

CONOCIMIENTOS, INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICAS EN EL CAMPO DE LA SALUD: ENFOQUES METODOLÓGICOS RENOVADOS

Comps.

Ana Belén Barragán Martín
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
María del Mar Simón Márquez

Edita: ASUNIVEP

**Conocimientos, Investigación y prácticas en el
campo de la salud: Enfoques metodológicos
renovados**

Comps.

**Ana Belén Barragán Martín
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
María del Mar Simón Márquez**

© Los autores. **NOTA EDITORIAL:** Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Conocimientos, Investigación y prácticas en el campo de la salud: Enfoques metodológicos renovados”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-09-44435-9

Depósito Legal: AL 2992-2022

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: ASUNIVEP

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright

CAPÍTULO 1

Manejo del catéter PICC en atención primaria

Isabel María Perdigones Galán, Fernanda Julia da Silva Pires, y Paula Caro Seco de Herrera13

CAPÍTULO 2

Tratamiento de un trastorno de ansiedad social

Sonsoles Martín Martín, Alba Iglesias Antón, Cristina Jenaro Río, Aránzazu Vellaz Zamorano, Victoria López Andrés, Noelia Flores Robaina, Aisa García Nasri, Andrea Vázquez Martínez, y Víctor José Villanueva Blasco19

CAPÍTULO 3

Revisión bibliográfica del manejo de Enfermería frente a personas ancianas que llevan un Catéter Venoso Periférico

María José Montero Morano, Patricia Fernández Gamaza, y Laura Doval Gil29

CAPÍTULO 4

Conocimientos básicos de la intubación orotraqueal para enfermería

Sergio Plaza Salguero, Marina Soto Bernal, y Víctor María García García35

CAPÍTULO 5

Tratamiento de un Trastorno de Ansiedad Generalizada

Alba Iglesias Antón, Sonsoles Martín Martín, Cristina Jenaro Río, Victoria López Andrés, Aránzazu Vellaz Zamorano, Aisa García Nasri, Noelia Flores Robaina, Andrea Vázquez Martínez, y Víctor José Villanueva Blasco41

CAPÍTULO 6

Gastrosquisis: Revisión de manejo neonatal en unidades de tercer nivel

Nazareth Fernández Rosales49

CAPÍTULO 7

Patologías causadas por Thaumetopoea Pityocampa en niños y adultos

Alfredo Franco García, Carmen Belén Arana Blandino, y Celia María Mesa Cairón55

CAPÍTULO 8

Linfoma testicular primario: Características clínicas y factores pronósticos

Sara Díez Farto, Francisco José López Jaim, y Olga Benítez Hidalgo61

CAPÍTULO 9

Adhesión y satisfacción percibida por los participantes a un programa teórico-practico basado en Escuela de la Espalda

Pablo Hernández Lucas, Raquel Leirós Rodríguez, y Ángela González de Mena67

CAPÍTULO 10

Cuidados de salud y complicaciones en el trasplante de Médula Ósea

Enrique Sepúlveda González, Laura Vera Villegas, Asensio Jesús Segado Sánchez, Araceli Balsera Cañas, María José Hellín García, Vanessa Roldán Barreiro, María Trinidad Mazón Ruiz, María José Sánchez Sánchez, Ana Martínez Sierra, y Víctor Gallego Herrera 75

CAPÍTULO 11

Proyecto LOGOFOX: Caracterización morfofuncional de circuitos neuronales FOXP2: Implicación en el control de la actividad laríngea

Manuel Víctor López González, Marta González García, Laura Carrillo Franco, Claudia Casermeiro García, y Marc Stefan Dawid Milner 81

CAPÍTULO 12

Cuidados de Enfermería en la Inserción del Catéter Vesical en hombres

Cintia María Muñoz García, Alberto Longobardo Dueñas, y Martín Javier Manzorro Valdés 91

CAPÍTULO 13

Variaciones anatómicas del Nervio Radial y su relación con neuropatologías: Una revisión sistemática

Francisco José Quiñonero Muñoz, Cristina Mesas Hernández, Laura Cabeza Montilla, Gloria Perazzoli, Ana Cepero Martín, Cristina Luque Uceda, Alba Ortigosa Palomo, Lidia Gago Bejarano, Raúl Vergara Rubio, y Kevin Doello González..... 99

CAPÍTULO 14

¿La Terapia Manual mejora la sintomatología de la Dismenorrea Primaria? Una revisión sistemática

Raquel Leirós Rodríguez, Pablo Hernández Lucas, y Ángela González de Mena 107

CAPÍTULO 15

La biblioterapia en el tratamiento terapéutico del área sociocomunicativa en niños con Trastorno del Espectro Autista

María Pérez-Marco y Andrea Fuster-Rico..... 113

CAPÍTULO 16

El conocimiento del profesorado sobre el Trastorno del Espectro Autista en función de la tipología de centro y del tipo de formación recibida

Andrea Fuster-Rico y María Pérez-Marco..... 123

CAPÍTULO 17

Revisión sistemática sobre nanofibras con base de ácido poliláctico (PLA) en el tratamiento del Cáncer Colorrectal

Cristina Luque Uceda, Alba Ortigosa Palomo, Lidia Gago Bejarano, Raúl Vergara Rubio, Laura Cabeza Montilla, María Mercedes Peña Contreras, Ana Cepero Martín, Cristina Mesas Hernández, Kevin Doello González, y Gloria Perazzoli..... 129

CAPÍTULO 18

Los tubos orotraqueales con sistemas de aspiración subglótica y su efecto preventivo sobre la Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica

Miguel Ángel Arcos López y Ana Belén Acedo Avilés 135

CAPÍTULO 19

Actuación de Enfermería con el paciente anticoagulado que presenta diversos síntomas

Cristina Carmen Galvin Madruga, David Caparrós Mancera, e Isabel Otero Bueno 141

CAPÍTULO 20

Eficacia del tratamiento de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en pacientes que sufren diástasis abdominal como consecuencia del embarazo y parto

Gloria Álvarez Maldonado, Gemma María López Segura, y Clara Isabel Manzano Montaña..... 147

CAPÍTULO 21

El papel de enfermería en la historia y deshumanización de la atención al parto

María Esperanza Rubio Martínez, Claudia Vargas Ortiz, Rocío Reina Cabrera, Tania Segura Guillen, Pablo José López Quirós, y Amanda Cantón Morales 153

CAPÍTULO 22

Hemospermia: Revisión hematológica y urológica

Francisco José López Jaime, Sara Díez Farto, y Olga Benítez Hidalgo 161

CAPÍTULO 23

Las Tecnologías de Información y Comunicación aplicadas en el ámbito de la Enfermería

Alejandro Molina García, Salvador Calvo Llorca, y Lidia Molina Gómez 167

CAPÍTULO 24

Papel del estrés oxidativo en la infertilidad masculina

Mohamed Ali El Hadi Barghout, Jesús Gálvez Remón, y Miguel Luque Zafra 173

CAPÍTULO 25

RCP en decúbito prono en pacientes COVID-19

María José García Soler, Verónica Carmona Moreno, Antonio Jesús Santos Luna, Elena Córdoba Salamanca, Luz María Obregón Delgado, Álvaro Rojano Gálvez, Dolores Jiménez Prieto, Carmen María Jiménez Prieto, Francisco Javier Sánchez Jiménez, y Verónica Galán Marín 183

CAPÍTULO 26

Actualización en dispositivos e intervenciones para el cuidado y mantenimiento de las vías venosas periféricas

Rocío Herrera Rodríguez, Santiago Torres Pérez, y María Esther García Molina 189

CAPÍTULO 27

Dispositivos en salud para la atención de las gestantes en condición de discapacidad auditiva

Anyela Mancilla Lucumi, Alba Francy Suarez Méndez, Jaime Eduardo Sabogal Toro, Yaneth Patricia Caviativa Castro, Vanessa Burbano Rivera y William Armando Álvarez Anaya..... 197

CAPÍTULO 28

Incontinencia urinaria: Terapias alternativas y coadyuvantes desempeñadas por el personal de enfermería al tratamiento conservador para frenar las pérdidas de orina

María Soledad Martínez Cerón, María Luisa Zapata Ballester, Laura Tudela De Gea, Juan Carlos Sánchez López, Sara Guilló Conesa y Macarena Cayuela Crespo..... 203

CAPÍTULO 29

Factores predisponentes a la Preeclampsia en mujeres gestantes

María Esther García Molina, Sara Castillo Peñalver, y Carmen Cano Lebrón..... 209

CAPÍTULO 30

Comportamientos de automanejo y calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores con artritis reumatoide

Vanessa Burbano Rivera, Yaneth Patricia Caviativa Castro, William Armando Álvarez Anaya, Mónica Paola Murcia Doncel, Verónica Tatiana Chaves, y Alexander Gutiérrez-Sánchez..... 215

CAPÍTULO 31

El cuidado femenino en las figuras de matrona y enfermera: Denominación, formación y práctica asistencial (s. XV-XVIII)

Blanca Espina Jerez, Sagrario Gómez Cantarino, Abel Checa Peñalver, Cristina del Rocío Rodríguez López, y Juan Emilio Navarro Rognoni 221

CAPÍTULO 32

Cuidados enfermeros ante el paciente que ha sufrido quemaduras

Javier García Padilla y Anabel Fernández Vargas229

CAPÍTULO 33

Evacuación de un hospital en caso de incendio para personal sanitario y no sanitario

Pelayo Álvarez Suárez, Marina Álvarez Fano, Arantxa Doce Pérez, Carla Castela Sierra, Sandra Costales Arroyo, y Nuria Devesa Castaño237

CAPÍTULO 34

Uso de simulador Phet para modelar físicamente la marcha humana con velocidad y aceleración constante

Carlos Andrés Collazos Morales, Juan Guillermo Torres Hurtado, Jelibeth Racedo Gutiérrez, Alexander Gutiérrez-Sánchez, Carlos Duván Páez Mora, y Alba Francy Suarez Méndez243

CAPÍTULO 35

Revisión sistemática de los diferentes métodos de detección fenotípica de cepas productoras de carbapenemasas

María José Artacho Reinoso, María del Mar Gallardo García, y Fátima Roperó Pinto249

CAPÍTULO 36

Fisiopatología y técnicas de diagnóstico del Virus del Papiloma Humano

Laura Carrillo Franco, Marta González García, Claudia Casermeiro García, Marc Stefan Dawid Milner, y Manuel Víctor López González255

CAPÍTULO 37

Cuidados de enfermería en el Porta Cath para evitar las principales complicaciones

Irene Debrán Álvarez, Marina Florido Delgado, y Carlos Víctor Jiménez Calvo261

CAPÍTULO 38

Herramienta digital en educación comunitaria sobre planificación familiar para adolescentes

Yaneth Patricia Caviativa Castro, Anyela Mancilla Lucumi, Vanessa Burbano Rivera, Carlos Andrés Caldas, Carlos Andrés Collazos Morales, y Mónica Paola Murcia Doncel267

CAPÍTULO 39

Rehabilitación de miembro superior en terapia ocupacional y fisioterapia tras un ictus

Gloria Álvarez Maldonado, Gemma María López Segura, y Clara Isabel Manzano Montaña..... 275

CAPÍTULO 40

Sexualidad de las personas con discapacidad/diversidad funcional

María Honrubia Pérez, Esther Sánchez Raja, Myriam Ponsa Masana, Zoraida Granados Palma, y Marta Hernández Meroño 281

CAPÍTULO 41

Dificultades en el tratamiento de úlceras por presión en personas con pieles oscuras y representación en la literatura científica y médica: Revisión bibliográfica

Laura María Árbol Guerrero, Yolanda Fernández Morodo, y Antonio Jesús Mora Talavera 291

CAPÍTULO 42

Avances en el conocimiento sobre dispositivos de sujeción de accesos vasculares en cuidados neonatales: Revisión de la literatura científica reciente

Laura María Árbol Guerrero y Yolanda Fernández Morodo 299

CAPÍTULO 43

Role of post-exercise ventilatory recovery on blood pressure and heart rate in young adults

Daniel Velázquez Díaz, Alejandro Pérez Pérez, Juan Corral Pérez, María Rebollo Ramos, Rubén Aragón Martín, Alberto Marín Galindo, Adrián Montes de Oca García, Andrea María González Mariscal, José María Martín Cano, & Jesús Gustavo Ponce González 305

CAPÍTULO 44

Estudio metodológico para determinar el pico de oxidación de grasas durante el ejercicio a través de la frecuencia cardíaca como parámetro práctico

Jesús Gustavo Ponce González, Daniel Velázquez Díaz, Alejandro Pérez Pérez, Juan Corral Pérez, María Rebollo Ramos, Adrián Montes De Oca García, Sonia Ortega Gómez, Alberto Marín Galindo, Laura Ávila Cabeza De Vaca, y Cristina Casals Vázquez 315

CAPÍTULO 45

Manejo multidisciplinar de la candidiasis ocular

Lucía Ocaña Molinero, Sergio Ferra Murcia, y Elena María Gázquez Aguilera323

CAPÍTULO 46

Revisión bibliográfica enfermera del método Baby-Led Weaning frente a otros métodos de alimentación complementaria en lactantes

María de la Paz Zurrón Pérez, Ana Silva Campos, y Elia Nieto Ureña331

CAPÍTULO 47

Revisión de la canalización ecoguiada de catéteres intravenosos centrales de inserción periférica y cuidados de enfermería

Sheila Pulgarín Vilches, Luna López González, María José García Soler, Verónica Carmona Moreno, Antonio Jesús Santos Luna, Elena Córdoba Salamanca, Luz María Obregón Delgado, Álvaro Rojano Gálvez, Dolores Jiménez Prieto, y Carmen María Jiménez Prieto.....339

CAPÍTULO 48

Cuidados de Enfermería en mujeres tras una Mastectomía

María Dolores Linuesa Pérez, Eloina Valero Merlos, Emilia Blanca Ortega, Carmen Sánchez Alés, Laura Hernández Salvador, Ana Isabel Ruiz Ruiz, Lucía Higuera Liébana, y María Salud Galdón Fernández347

CAPÍTULO 49

Comportamiento de Pseudomonas Aeruginosa en pacientes con Fibrosis Quística

Andrea Prieto Bollullos y Guillermo Rivas Salva355

CAPÍTULO 50

Metrónomo y masaje cardiaco: Sistemas de retroalimentación

Antonio Jesús Moreno Bernal, Ana Font Ballester, Magdalena Martínez Castro, Andrea Romera Melgares, Juan Moya Ruiz, María Rueda Rúa, Laura Rico Furones, y Paloma Martínez Ortega361

CAPÍTULO 51

Análisis de la Artropatía de Charcot como complicación del pie diabético desde todos sus contextos clínicos y de la salud

Miriam Zapata Pérez, María Esperanza Mellinas Rodríguez, Paulina Paloma Muñoz Sánchez, Soledad García Martínez, Francisco San Agapito Martín, María del Pilar Núñez González, Adriana Ortega Espinosa, Marta López Sandoval, y Víctor Gallego Herrera367

CAPÍTULO 52

Opinión del alumnado de la licenciatura en Enfermería sobre su formación en las aulas virtuales durante la pandemia de Covid 19

María del Pilar Sosa Rosas y Zoila León Moreno 373

CAPÍTULO 53

Nutrición y deporte en paciente trasplantado renal

María Cruz García Martínez, Gloria Ortiz Jiménez, y María Teresa Castro Anguita ... 381

CAPÍTULO 54

Entrenamiento de la resiliencia en estudiantes de secundaria: Una revisión sistemática

Pablo Molina Moreno, María del Carmen Pérez-Fuentes, Maria Sisto, y África Martos Martines..... 389

CAPÍTULO 55

Evolución de la Enfermería Escolar

Andrés Sebastián Ceballos Campos, María Vega Zájara, y José Miguel Téllez Rey 399

CAPÍTULO 56

Enfermería y el abordaje inicial de las heridas de urgencias

María de La Rubia Pérez y David Estela Anguita 405

CAPÍTULO 2

Tratamiento de un trastorno de ansiedad social

Sonsoles Martín Martín*, Alba Iglesias Antón**, Cristina Jenaro Río**,
Aránzazu Vellaz Zamorano**, Victoria López Andrés**, Noelia Flores Robaina**,
Aisa García Nasri**, Andrea Vázquez Martínez**, y Víctor José Villanueva Blasco***
*Psicología; **Universidad de Salamanca; ***Universidad Internacional de Valencia

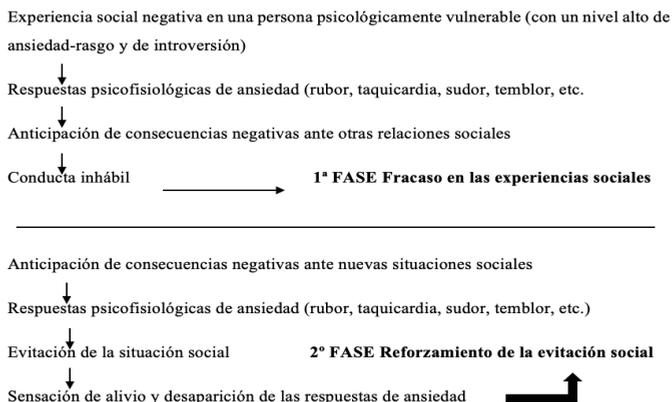
Introducción

En la actualidad, tras la crisis sanitaria provocada por la Covid-19, han aumentado los diagnósticos de ansiedad social. Muchos pacientes manifiestan que las restricciones les facilitaban no enfrentarse a situaciones temidas y que, tras la eliminación de estas, han tenido que afrontar la realidad, generándoles en ocasiones un elevado malestar. Por este motivo, es importante que las personas con ansiedad social cuenten con las herramientas psicológicas necesarias para desafiar determinados estímulos. En este estudio se presenta la intervención llevada a cabo en una mujer adulta que cumple con los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social según el DSM-5 y que muestra a su vez sintomatología depresiva moderada. Durante un largo periodo de tiempo, se hablaba de fobia social para hacer referencia al trastorno de ansiedad social. La fobia social no adquiere entidad diagnóstica hasta la publicación del DSM-III en 1980 (Echeburúa, 1993).

El término de "trastorno de ansiedad social" aparece por primera vez en el DSM-IV-TR, para diferenciar el concepto, de una forma de fobia específica (American Psychiatric Association [APA], 1994). Según Echeburúa (1993), cuando hablamos de este trastorno debemos considerarlo como un miedo concreto y persistente en el tiempo a sentirse observado por los demás de manera crítica, esto ocasiona temor a ser rechazado por los otros, tratándose de una conducta excesiva y poco racional. Para Bados (2010), la fobia social o trastorno de ansiedad social, es un fuerte temor, duradero en el tiempo, que aparece ante la exposición a ciertas situaciones sociales en las que la persona puede ser evaluada o analizada por los otros, suele manifestarse con una ansiedad elevada.

Para Echeburúa (1993) existen unas fases en el desarrollo de la fobia social, tal y como se explica en la Figura 1, donde prima la respuesta psicofisiológica.

Figura 1. Fases en el desarrollo de la fobia social (Echeburúa, 1993)



En función de sus características, en la actualidad podemos considerar el trastorno de ansiedad social (fobia social) como un trastorno de ansiedad, partiendo de los datos presentes en el DSM-5 (APA, 2013) (véase Tabla 1).

Tabla 1. Criterios del trastorno de ansiedad social según el DSM-5

| |
|--|
| A. 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). |
| Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos. |
| B. 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). |
| C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. |
| Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales |
| D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. |
| E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. |
| F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. |
| G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. |
| H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica. |
| I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo. |
| J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva. |
| Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público. |

Prevalencia, epidemiología y comorbilidad

El trastorno de ansiedad social es un trastorno muy frecuente, aunque en ocasiones no se realiza un diagnóstico. De hecho, según el estudio realizado por Knappe, Beesdo-Baum, y Wittchen (2010) se conoce que la prevalencia media, de la población general, a lo largo de la vida es de aproximadamente el 6,7% y alrededor del 2,0-3,0% para los últimos 12 meses. Los datos sobre la edad de inicio apuntan que se trata de un trastorno de inicio temprano, suele aparecer durante la infancia o la adolescencia, considerando este periodo una etapa sensible para la aparición de este trastorno, principalmente cuando el grupo de iguales adquiere gran relevancia (Kannape et al., 2010; Leigh y Clark, 2018). En cuanto a la comorbilidad con el trastorno de ansiedad social, se han asociado la aparición de otros trastornos, entre los que se encuentran otros trastornos de ansiedad, fobias específicas, trastornos afectivos, trastornos alimentarios, dependencia del alcohol y esquizofrenia (Muñoz y Alpízar, 2016). Muñoz y Alpízar (2016) indican que en la NCS (National Comorbidity Survey) evidenciaron que un 37,2% de las personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad social, habían presentado al menos un episodio de depresión mayor.

El estudio de Lampe (2009), permite afirmar que la depresión comórbida con el trastorno de ansiedad social complica su pronóstico, asociándose a ideas e intentos suicidas.

Tratamientos y evidencia de su eficacia

Tratamiento farmacológico De la revisión de recientes trabajos de meta-análisis (Beidel y Turner, 2007; Blanco et al., 2003; Levitan et al., 2011; Mululo, Menezes, Vigne, y Fontenelle, 2012) sobre los diferentes tratamientos farmacológicos en trastornos de ansiedad social, podemos extraer varias conclusiones. Así, anteriormente se empleaban antidepressivos tricíclicos (ATC), pero en la actualidad los ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, son el tratamiento farmacológico de elección para los adultos con trastorno de ansiedad social. Tratamiento psicológico La eficacia del abordaje psicológico ha venido siendo objeto de estudio desde hace varias décadas.

Así, Taylor, (1996) demostró que las personas que realizaron reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y exposición combinada con reestructuración cognitiva, obtuvieron una mejoría más rápida que quienes continuaron en lista de espera. En un meta-análisis posterior, Federoff y Taylor, (2001) verificaron la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad social, consistente en el empleo de exposición, reestructuración cognitiva, exposición con reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación. Tratamiento farmacológico y psicológico combinados

Según Levitan et al. (2011), la mejor opción para el tratamiento de adultos es la asociación de psicoterapia cognitivo-conductual con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Por su parte, en el estudio de Beidel y Turner (2007), en el que se realizó tratamiento cognitivo-conductual (TCC) y apoyo educativo (AE), se demostró que el medicamento tenía un efecto más inmediato, aunque las recaídas eran mayores y que a largo plazo era más efectivo el TCC y el AE. Las tasas de recaída de los medicamentos fueron considerables, aunque variables dependiendo del tipo. Esto sugiere que los efectos duran mientras el individuo siga tomando el fármaco y que la combinación de tratamientos conductuales y farmacológicos parece facilitar un resultado positivo del tratamiento.

Objetivos

Objetivo general:

El objetivo general de la intervención es la disminución de la respuesta de ansiedad y de la sintomatología depresiva a través de la una intervención basada en el modelo cognitivo-conductual.

Objetivos específicos de evaluación:

Evaluar la conducta normal y patológica de A. a través de métodos cuantitativos y cualitativos.

Realizar un diagnóstico diferencial de otros posibles trastornos.

Hacer un análisis funcional de la conducta de A. 4. Aplicar una intervención centrada en el modelo cognitivo-conductual, basándonos en las individualidades de A.

Valorar los cambios durante la intervención, así como los cambios pre-post tratamiento.

Objetivos específicos de intervención:

Fomentar el autocuidado y el bienestar personal.

Disminuir la activación a través de técnicas de relajación.

Ajustar las expectativas, centradas en el momento vital de la paciente.

Modificar pensamientos irracionales o desadaptativos relacionados con la sensación de peligro.

Reducir la frecuencia, intensidad y duración de sus preocupaciones.

Proporcionar herramientas de afrontamiento para hacer frente a situaciones temidas y ayudar a la paciente a exponerse a estas.

Entrenar en habilidades sociales y de comunicación.

Aportar recursos que faciliten una mejor gestión emocional.

Favorecer una mayor autoestima y seguridad.

Hipótesis

En el presente estudio se plantean una serie de hipótesis, siendo necesario diferenciar entre hipótesis diagnósticas e hipótesis de intervención.

Hipótesis diagnósticas:

La paciente presentará elevadas puntuaciones en ansiedad, principalmente en lo referido al contacto social.

La paciente mostrará síntomas depresivos como consecuencia de su situación social.

La paciente manifestará rasgos de aislamiento social.

La paciente tendrá dificultades para hacer frente a situaciones donde el número de personas sea elevado.

La paciente no presentará puntuaciones elevadas en apertura mental.

Hipótesis de intervención:

Durante el proceso de intervención se obtendrán cambios en los esquemas mentales de la paciente.

Tras la intervención se lograrán mejoras significativas en síntomas ansiosos y depresivos.

Tras la intervención la ansiedad basal será menor que al inicio de esta.

Tras la intervención se reducirá la frecuencia, la intensidad y duración de las preocupaciones de la paciente.

Tras la intervención la paciente presentará una mejor autoestima.

Tras la intervención la paciente tendrá más facilidad para hacer frente a diferentes situaciones sociales.

Método

Procedimiento

Se trata de un estudio de caso. Para obtener la muestra, la paciente fue seleccionada entre un grupo de voluntarios estudiantes que respondieron a la solicitud para participar en dicho estudio. Dicha paciente cumplía los requisitos para realizar la intervención planteada. El tratamiento realizado se ha asentado en un modelo empíricamente validado, y las sesiones se han desarrollado en base a una evaluación continuada y a las necesidades de la paciente.

La intervención ha cumplido con los criterios del Código Deontológico del Psicólogo y los principios éticos básicos del profesional de la psicología. Se ha buscado en todo momento la beneficencia de la paciente y se ha evitado causarle cualquier tipo de perjuicio.

Descripción del caso A. es una joven de 21 años de edad estudiante de psicología de la Universidad de Salamanca, procedente de una ciudad asturiana. Actualmente vive en un piso compartido, con otras dos compañeras estudiantes, con las que tiene muy buena relación. Su padre tiene 49 años, vive en Oviedo y trabaja en la industria. La relación que mantiene la paciente con su progenitor no es demasiado buena, incluso en algunas ocasiones llega a ser muy conflictiva. Esto ocurre desde la muerte de su abuela; ella afirma que su padre no ha vuelto a ser el mismo. A. refiere que en la actualidad éste experimenta una ansiedad elevada que se ha agravado con la Covid-19. Su madre, de 53 años, casada con su padre, tiene problemas psiquiátricos desde los 18 años; desde esta edad toma medicación para la ansiedad y la depresión.

La relación con su madre es bastante mejor, aunque A. afirma que su progenitora está muy influenciada por la opinión de su padre y cree que en ocasiones el trato de este hacia su madre tampoco es demasiado bueno. También tiene una hermana menor, de 16 años, soltera, que estudia en Oviedo; con ella la relación es bastante buena. Mantiene una relación a distancia con su pareja, él tiene 23 años y llevan casi dos años juntos. Él intenta ayudarla; la suele animar cuando no quiere salir de casa. Ella siente que esta relación se ha visto afectada por lo ocurrido en su relación anterior que era una de mal trato, en la que él consiguió aislarla de su entorno. Tiene miedo a que se repitan ciertas situaciones que vivió con su anterior pareja, como discusiones frecuentes o la necesidad de pedir permiso para hacer cualquier cosa. A. afirma que no tiene motivos para sentir esto, pero que la relación anterior le ha generado mucha inseguridad. En cuanto a sus relaciones sociales, indica que con la gente de su clase no tiene relación, que se lleva bien con un par de personas con las que únicamente queda para hacer trabajos de clase.

Afirma que a veces siente que le cuesta acercarse a las personas por miedo a que le hagan daño en un futuro. No sale casi de casa y cuando lo hace necesita que le acompañe alguna de sus compañeras de piso. Manifiesta que en la actualidad no tiene muchos intereses, ni ocupaciones en su tiempo libre. Le gustaría hacer deporte y bailar para ocupar sus ratos libres.

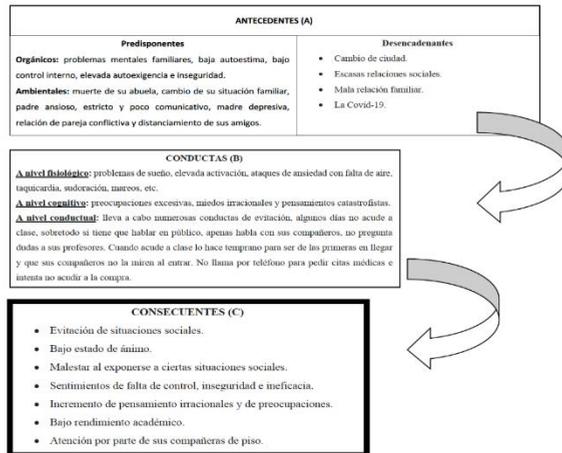
Motivo de consulta

Su demanda principal es la ansiedad que presenta ante ciertas situaciones sociales, que señala que interfiere en numerosos aspectos de su día a día. Describe que siente un gran malestar cuando tiene que estar con otras personas, llegando a tener ataques de ansiedad muy fuertes cuando se expone a estas situaciones. Los síntomas más frecuentes que experimenta ante estas situaciones son respiración agitada, taquicardia, dolor de estómago, entre otros. Asimismo, hay días en los que se siente decaída y no encuentra motivación para levantarse de la cama, por lo que muchas veces deja de asistir a clase. También dice que frecuentemente tiene pensamientos intrusivos y preocupaciones excesivas. Años anteriores, empleaba el alcohol como vía de escape, pero en actualidad afirma que el consumo de alcohol es prácticamente inexistente y social, pues indica que suele hacerlo cuando sale a tomar una caña con sus amigas. Refiere, que, ahora, ante situaciones muy extremas, casi siempre motivadas por discusiones con su padre, se hace cortes para provocarse el dolor. Cuenta que nunca se los ha hecho con el fin de acabar con su vida.

Análisis funcional de la conducta

Antes de comenzar la intervención y con la información recogida a través de las entrevistas, se llevó a cabo una descripción funcional de la problemática presente en la paciente.

Figura 2. Análisis funcional de la problemática de A Técnicas y procedimiento de evaluación



Instrumentos de evaluación

Entrevista inicial semiestructurada: obtención de datos personales, motivo de consulta, historia del problema, información familiar y antecedentes, tratamientos previos, área social y sentimental e intereses.

Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1994). Este cuestionario de cuantificación sintomática, permite hacer un screening inicial y conocer posibles síntomas presentes en la paciente.

Cuestionario "Big five" (BFQ) (Caprara, Barbaranelli, y Borgogni, 2006). Este cuestionario se emplea para hacer una evaluación de la Personalidad del sujeto.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Ferrando, Bobes, Gibert, y Soto, 1998). Se usa para explorar, detectar u obtener una posible orientación diagnóstica.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 2008). Se emplea para medir la ansiedad estado-rasgo; incluye dos escalas, una de ellas mide el estado de ansiedad, y la otra escala mide el rasgo de ansiedad.

Inventario de depresión de Beck (BDI-II Beck, Steer, y Brown, 1996). Se utiliza con el objetivo de hacer una evaluación breve de la existencia y severidad de síntomas depresivos.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel y Cano, 2002). Se utiliza para evaluar la ansiedad del paciente a diferentes niveles: cognitivo, fisiológico y motor, aportando datos de cada sistema (R) y la suma de los tres, ansiedad general (T).

Escala Multidimensional de Atribuciones (EMA-II) (Alonso, Mateos, y Montero, 1992). Con esta escala se pretende evaluar el estilo atribucional, es decir la tendencia que cada persona a la hora de explicar la causa de un suceso.

Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (B-FNE) (Leary, 1983). Se emplea para conocer el miedo a la evaluación negativa del sujeto evaluado, siendo esta una de las características principales del trastorno de ansiedad social.

Escala de ansiedad Social de Liebowitz (ISAS) (Liebowitz, 1987). Se emplea para valorar el rango de interacción social y de desempeño en situaciones sociales que los individuos con ansiedad social pueden temer o evitar.

Autorregistros. El objetivo principal de los autorregistros empleados es la modificación del pensamiento de la paciente, pero también han sido una herramienta fundamental para cuantificar la ansiedad que la paciente sentía ante las diversas situaciones y poder comprobar si las herramientas con las que se estaban trabajando estaban siendo eficaces.

Técnicas y procedimientos de intervención

Temporalidad de la intervención, distribución y contenido de las sesiones El tratamiento consistió en un total de 12 sesiones semanales de 60 minutos de duración, más una última sesión de seguimiento, 2 meses después de la intervención, de 60 minutos de duración (véase Tabla 1).

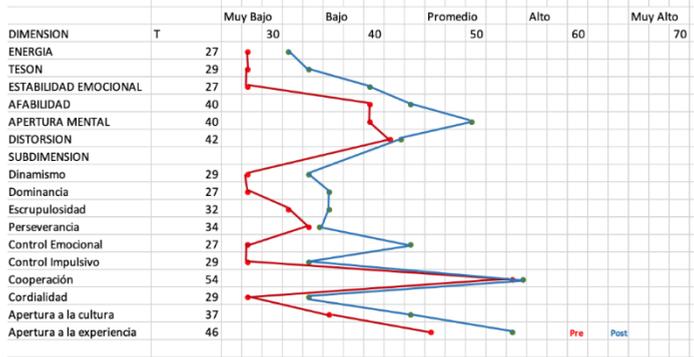
Tabla 2. Cronograma y planificación de la intervención

| Sesión | Contenido | Duración |
|--------|--|----------|
| 1 | Presentación de la intervención Evaluación inicial | 1 hora |
| 2 | Evaluación inicial Establecimiento de objetivos | 1 hora |
| 3 | Autocuidado y bienestar Manejo de la ansiedad | 1 hora |
| 4 | Manejo de la ansiedad | 1 hora |
| 5 | Manejo de la ansiedad | 1 hora |
| 6 | Manejo de la ansiedad | 1 hora |
| 7 | Gestión emocional Evaluación-inter | 1 hora |
| 8 | Autoestima Evaluación-inter | 1 hora |
| 9 | Autoestima | 1 hora |
| 10 | Habilidades sociales Toma de decisiones Comunicación | 1 hora |
| 11 | Prevención de recaídas | 1 hora |
| 12 | Evaluación final Cierre | 1 hora |
| 13 | Seguimiento (Pasados 2 meses) | 1 hora |

Resultados

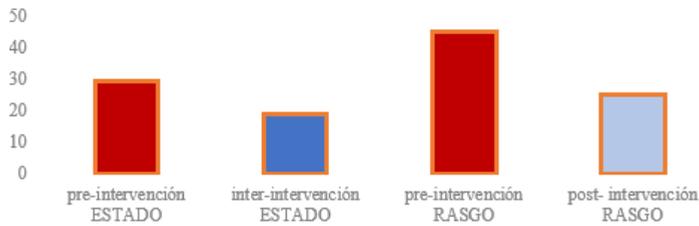
Se detectan cambios en la personalidad de A., aumenta su energía, tesón y estabilidad emocional, aunque las puntuaciones continúan siendo bajas. En la Figura 3 podemos observar los resultados obtenidos por la paciente en el Cuestionario "Big five" (BFQ) (Caprara et al., 2006).

Figura 3. Resultados obtenidos por la paciente A. en Cuestionario "Big five" (BFQ) (Caprara et al., 2006)



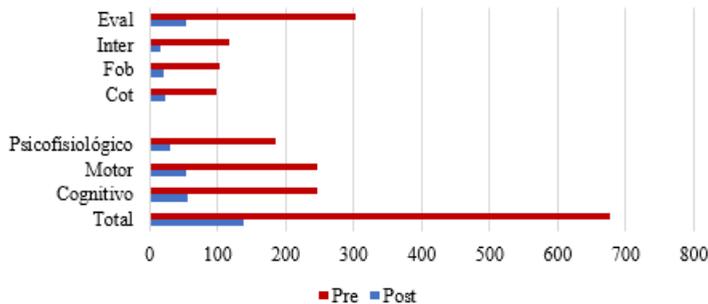
La ansiedad de A. también se ha visto reducida en el transcurso de la intervención, se puede comprobar en la Figura 4.

Figura 4. Resultados obtenidos por la paciente A. en Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 2008), durante la evaluación previa e intermedia y post



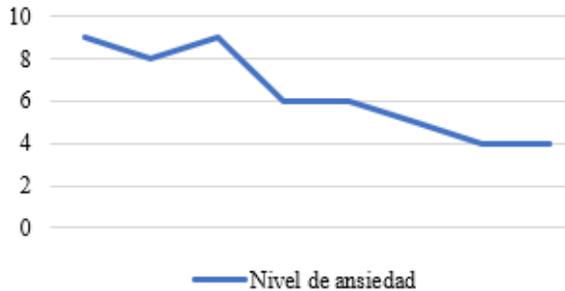
La disminución de la ansiedad también aparece reflejada en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel y Cano, 2002).

Figura 5. Resultados obtenidos por la paciente A. en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel y Cano, 2002) en los tres niveles y el total



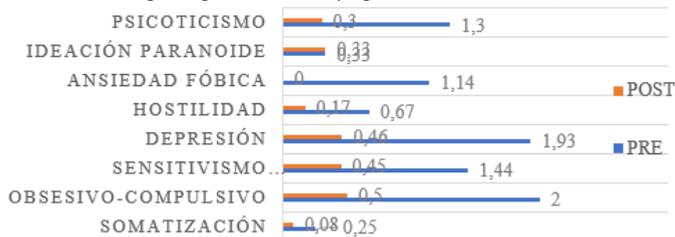
La paciente indica que las crisis de angustia desaparecen, tras finalizar la intervención. La ansiedad va disminuyendo poco a poco a lo largo de las sesiones, viéndose reflejado en los autorregistros, en la Figura 6 se expone dicha evolución.

Figura 6. Ansiedad registrada por la paciente en los autorregistros a lo largo de la intervención



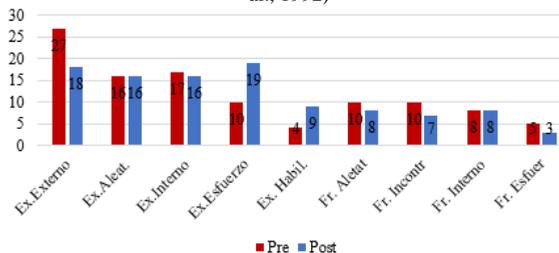
Con respecto a la ansiedad social en el Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) se pueden apreciar los resultados en la figura 7, expuesta a continuación.

Figura 7. Resultados obtenidos por la paciente en el Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1994)



Las preocupaciones frecuentes de A. a la hora de enfrentarse a diversas situaciones sociales (ir a clase, hacer un pedido por teléfono, salir a tomar algo, etc.) se reducen. Se le administra la Escala de ansiedad Social de Liebowitz (ISAS) (Liebowitz, 1987), donde obtiene una puntuación total de 29, lo que indica que no se aprecia ansiedad social. A. disminuye su miedo elevado a la evaluación negativa, en la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (B-FNE) (Leary, 1983) alcanza una puntuación directa de 24, siendo inferior a la media de puntuación obtenida en población normal (28,81 (\pm 4,78)). Podemos comprobar que se han producido cambios en el estilo atribucional de A., aumentando su consideración en la consecución de sus logros y distanciándose de las sensaciones de fracaso. Se pueden confirmar estas afirmaciones en la Figuras 8.

Figura 8. Resultados obtenidos por la paciente en la Escala Multidimensional de Atribuciones (EMA-II) (Alonso et al., 1992)



Discusión/Conclusiones

En base a los resultados obtenidos tras la evaluación inicial podemos comprobar que las hipótesis iniciales con respecto a la evaluación se cumplen, debido a que la paciente muestra elevadas puntuaciones en ansiedad, principalmente en lo referido al contacto social. Además, la paciente presenta síntomas depresivos como consecuencia de su situación social, así como rasgos de aislamiento social. Manifiesta también dificultades para hacer frente a situaciones donde el número de personas es elevado y no se detectan puntuaciones elevadas en apertura mental. Los resultados obtenidos demuestran la utilidad del tratamiento cognitivo-conductual y de los componentes incluidos para el trastorno de ansiedad social. Esto coincide con lo hallado en investigaciones señaladas previamente (por ejemplo: Baeza, 2007; Federoff y Taylor, 2001; Gaston et al., 2006; Labrador y Ballesteros, 2011; Lincoln et al., 2003; Olivares, Rosa-Alcázar, y Olivares, 2009; Taylor, 1996) y aumentan las evidencias sobre la eficacia de esta aproximación psicológica al tratamiento de estos trastornos.

No obstante, es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones. Así, esta intervención ha sido diseñada específicamente para A., por lo que nos hemos adaptado a sus necesidades y características, no siendo posible la generalización de los hallazgos, como sucede con todo estudio de tipo clínico. También creemos necesario realizar un seguimiento a largo plazo, para conocer cómo evoluciona la paciente y si los cambios se mantienen y generalizan, factores claves para concluir sobre la eficacia de la intervención. Por último, la aplicación del programa de intervención a un grupo más extenso de pacientes, permitirá ofrecer conclusiones definitivas sobre su aplicabilidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos concluir que el tratamiento diseñado ha sido eficaz para la paciente A. Se han alcanzado todos los objetivos específicos, así como el objetivo general de lograr una disminución de la respuesta de ansiedad y de la sintomatología depresiva a través de la una intervención cognitivo-conductual. En conclusión, los resultados obtenidos en la evaluación previa a la intervención, durante la intervención y tras la intervención, permiten afirmar que las técnicas cognitivo-conductuales, empleadas durante la intervención, tienen efectos positivos en el tratamiento de la fobia social con sintomatología depresiva moderada.

Referencias

- Alonso, J., Mateos, M., y Montero, I. (1992). *Escala Multidimensional de Atribuciones (EMA-II)*. Universidad Autónoma de Madrid.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^o ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed.). American Psychiatric Association.
- Bados, A. (2010). *Fobia social*. Síntesis.
- Baeza, C. (2007). Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social. *Cuaderno de Neuropsicología*, 1(2), 127-138. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v1n2/v1n2a04.pdf>
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*. Psychological Corporation.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (2007). Pharmacological Treatment of Social Anxiety Disorder. En By C. Deborah, C. Beidel, and S.M. Turner (Eds.), *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders*, 2a ed. (pp. 173-199). American Psychological Association. doi: 10.1037/11533-007
- Blanco, C., Schneier, F.R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C.R., Marshall, R.D., Sánchez-Lacay, A., y Liebowitz, M.R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 18(1), 29-40. doi: 10.1002/da.10096
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., y Borgogni, L. (2006). *Cuestionario "Big five" (BFQ)*. TEA Ediciones.
- Clark, D.M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En G. Heimberg, M. R., Liebowitz, D., y Scheier, F. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). The Guilford Press.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. National Computer System.

- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento*. Eudema.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*.
- Federoff, I. y Taylor, S. (2001). Psychological and Pharmacological Treatments of Social Phobia: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11386495/>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, M., y Soto, M. (1998). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*. Instituto IAP.
- Gaston, J.E., Abbott, M.J., Rapee, R.M., y Neary S.A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practise? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16480565/>
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., y Wittchen, H.U. (2010). Familial risk factors in social anxiety disorder: Calling for a family-oriented approach for targeted prevention and early intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12), 857-871. doi: 10.1007/s00787-010-0138-0
- Labrador, F.J. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23(4), 560-565. Recuperado de: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2015-04-29-Efectividad%20de%20los%20tratamientos%20para%20la%20fobia%20social%20en%20el%20%C3%A1mbito%20aplicado.pdf>
- Lampe, L.A. (2009). Social anxiety disorder: Recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(10), 887-898. doi: 10.1080/00048670903179111
- Leary, M.R. (1983). *Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (B-FNE)*. Personality and Social Psychology Bulletin
- Leigh, E. y Clark, D.M. (2018). Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: Applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 388-414. doi: 10.1007/s10567-018-0258-5
- Levitan, M.N., Chagas, M.H.N., Crippa, J.A.S., Manfro, G.G., Hetem, L.A.B., Andrada, N.C., ... Nardi, A.E. (2011). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social = Guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of social anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 292-302. doi: 10.1590/S1516-44462011000300014
- Liebowitz, M. (1987). *Escala de ansiedad Social de Liebowitz (ISAS)*. Universidad de Columbia.
- Lincoln, T., Winfried, R., Hahlweg, K., Frank, M., Von Wittleben, I., Schroeder, B., y Friegnbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14527526/>
- Miguel, J.J. y Cano, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (5ª ed. rev.).
- Mululo, S.C.C., Menezes, G.B. de, Vigne, P., y Fontenelle, L.F. (2012). A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 92-100. doi: 10.1590/S1516-44462012000100016
- Muñoz, J.P. y Alpízar, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula*, 30(1), 40-47. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>
- Olivares, J., Rosa- Alcázar, A.I., y Olivares, P.J. (2009). Trasmisión de información cualificada frente a tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 241-258. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33712028004.pdf>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7ª ed. rev.). TEA Ediciones.
- Taylor S. (1996). Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8814516/>