

PERSONALIZACIÓN DE TRATAMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRATIVA PARA UN CASO DE TAS DE DESEMPEÑO (ANSIEDAD ANTE EXÁMENES) CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ALIMENTARIA Y DIMENSIONES DISFUNCIONALES DE LA PERSONALIDAD ASOCIADAS

Treatment personalization from an integrative approach for a case of SAD performance-only (in academic field) with depressive and eating symptoms and associated dysfunctional personality dimensions

Lic. Cinthia Ortiz

Fundación Aiglé – Equipo de Ansiedad

Lic. Pilar Villamarín

Fundación Aiglé – Equipo de Ansiedad

Contacto: cinthiavortiz@gmail.com

Resumen: Durante las últimas décadas se ha hecho hincapié en la importancia de personalizar los tratamientos psicoterapéuticos, en pos de contrarrestar las limitaciones de los tratamientos manualizados para dar cuenta de la singularidad con que se presentan los cuadros clínicos en la consulta (heterogeneidad, comorbilidad, asociación con dimensiones de la personalidad). Sin embargo, los lineamientos para llevar adelante dicha personalización no han sido suficientemente desarrollados y sistematizados. Los principios genéricos del Modelo Integrativo en Psicoterapia, desarrollado por Héctor Fernández Álvarez, constituyen un recurso valioso para organizar y sistematizar la formulación de caso y diseño de tratamiento de manera ideográfica, brindando un marco teórico sólido y alineado con los principios de la psicoterapia basada en la evidencia. En el presente artículo intentaremos dar cuenta de su valor conceptual y la utilidad clínica a partir de la presentación de un caso clínico de TAS de desempeño (ansiedad ante exámenes) con sintomatología depresiva y alimentaria y dimensiones disfuncionales de la personalidad asociadas.

Palabras clave: *psicoterapia; personalización de tratamientos; trastorno de ansiedad social solo de desempeño; personalidad; ansiedad ante los exámenes*

Abstract: *Over the past decades, emphasis has been placed on the importance of personalizing psychotherapeutic treatments to counteract the limitations of standardized treatments in addressing the unique presentations of clinical cases (heterogeneity, comorbidity, and association with personality dimensions). However, guidelines for implementing this personalization have not been sufficiently*

developed and systematized. The generic principles of the Integrative Model in Psychotherapy, developed by Héctor Fernández Álvarez, offer a valuable framework for organizing and systematizing case formulation and treatment design in an idiographic way, providing a solid theoretical framework aligned with the principles of evidence-based psychotherapy. In this article, we will attempt to demonstrate its conceptual value and clinical utility through the presentation of a clinical case of SAD performance-only (test anxiety) with depressive and eating symptoms and associated dysfunctional personality dimensions.

Keywords: *psychotherapy; treatment personalization; social anxiety disorder performance-only; personality; test anxiety.*

INTRODUCCIÓN

Hace tiempo existe un amplio consenso respecto de las limitaciones de los sistemas de clasificación diagnóstica imperantes para dar cuenta de la complejidad de los fenómenos clínicos, así como de las limitaciones de los tratamientos manualizados desarrollados para abordar trastornos específicos alineados con dichos manuales diagnósticos y el enfoque biomédico en que se sustentan.

Se estima que, contemplando los abandonos de tratamiento, las remisiones parciales, las recaídas y las recurrencias, alrededor de un 50% de personas con ansiedad no obtienen los beneficios deseados de la TCC (Loerinc et al., 2015; Cuijpers et al., 2016; Springer et al., 2018). El fracaso de los tratamientos se ha asociado

a la presencia de mayor severidad sintomática, inicio temprano de los síntomas, comorbilidades y ciertas características y/o trastornos de la personalidad coexistentes (Lorimer et al., 2021; Hovenkamp-Hermelink et al., 2021).

En los últimos años, los enfoques dimensionales y transdiagnósticos en psicopatología han avanzado en el objetivo de identificar procesos biopsicosociales disfuncionales específicos, que cumplen un rol causal en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas asociados a distintos síndromes clínicos, para luego convertirlos en blancos del tratamiento (Kotov et al., 2017; Balling et al., 2023; Cicero et al., 2024).

En la misma línea, en el campo de la psicoterapia, surgieron propuestas que en lugar de orientarse a la remisión sintomática de cuadros clínicos específicos o implementar programas de tratamiento estandarizados, sugieren diseñar intervenciones personalizadas orientadas a modificar o flexibilizar los procesos disfuncionales identificados en cada paciente, o bien a promover la puesta en marcha de procesos biopsicosociales más adaptativos o saludables (Hayes & Hofman, 2018; Hofmann & Hayes, 2019; Hofmann et al., 2021; Wampold e Imel, 2021).

Sin embargo, aunque prometedoras, tales propuestas todavía constituyen herramientas poco sistematizadas y sujetas a revisión, por lo que aún no han logrado gran adhesión de los clínicos.

Ante los desafíos que representa el momento actual de transición en psicopatología y psicoterapia, encontramos en el Modelo Integrativo en Psicoterapia desarrollado por Héctor Fernández Álvarez (1992, 2008, 2015; Fernández Álvarez y Fernández Álvarez, 2017) un marco conceptual legítimo para guiar la formulación de casos y diseños de intervención personalizados integrando algunos de los aportes antes mencionados. En el presente artículo intentaremos, a partir de un caso clínico, dar cuenta del valor conceptual y la utilidad clínica de este modelo para organizar y sistematizar la formulación de caso y diseño de tratamiento de manera ideográfica y alineada con los principios de la psicoterapia basada en la evidencia (APA, 2006).

Para ello, partimos de la presentación de caso de un paciente cuya demanda inicial se construye a partir de experimentar ansiedad ante los exámenes en el ámbito universitario, pero que, desde la exploración inicial y con el devenir del tratamiento, deja en evidencia un perfil multisintomático (sintomatología depresiva y alimentaria) y la existencia de dimensiones/rasgos de personalidad disfuncionales, que requirieron atención clínica y ajustes de la intervención.

Aportes del Modelo Integrativo en Psicoterapia a la conceptualización y el abordaje de los trastornos de ansiedad

El Modelo Integrativo en Psicoterapia se nutre de aportes de los distintos enfoques y modelos en psicoterapia para dar cuenta de los ejes dominantes del funcionamiento personal y en virtud de abordar la extraordinaria complejidad de los fenómenos clínicos. A su vez, sostiene que es posible considerar el amplio cauce cognitivo-comportamental como una corriente con potencial asimilador, capaz de operar como eje articulador entre los diferentes enfoques y otras perspectivas teóricas. Propone tres principios organizadores de la integración, a saber: a) el empleo de un modelo de procesamiento de información conectivo amplio; b) la evaluación de los procesos disfuncionales y la elaboración de los diseños terapéuticos apoyadas en examinar de manera conjunta la conducta y la experiencia; c) la consideración de la personalidad y sus disfunciones como eje articulador del diagnóstico y la terapéutica (Fernández Álvarez y Fernández Álvarez, 2017).

Entendemos que los individuos se encuentran sometidos a una incesante tarea constructiva con miras a organizar la siempre dinámica realidad en la que le toca vivir (y auto-organizarse). Las reacciones de ansiedad emergen en el intento de dar respuesta a las demandas del entorno o del propio devenir vital sin afectar la integridad del sistema. Como todas las manifestaciones sintomáticas, constituyen expresiones adaptativas, aún en su expresión disfuncional, del delicado equilibrio entre identidad y cambio. La significación clínica de las manifestaciones ansiosas no estará dada por la intensidad o la cualidad de las mismas a nivel de la conducta (abierta o encubierta), sino, por su desajuste a las demandas del contexto y, fundamentalmente, por el grado de afectación de la calidad de vida y del proyecto personal del individuo (Ortiz et al., 2023).

Las reacciones de miedo y ansiedad constituyen manifestaciones a nivel de la conducta. Implican la puesta en marcha de una serie de operaciones o procesos que se organizan en función de orientar la respuesta del sistema a la prevención de algún riesgo percibido. Entender la ansiedad como un patrón de respuesta complejo, con una serie de procesos que lo sostienen y un soporte neurobiológico de base, nos permite operar sobre un nivel específico de la experiencia disfuncional, a nivel de la conducta, y constituye una estrategia legítima, científicamente fundada y necesaria. Pero consideramos igualmente importante explorar, en profundidad y desde el inicio, el modo en que dichas manifestaciones se inscriben en un nivel más amplio de la organización personal, a fin de identificar otros aspectos implicados en la disfunción que puedan requerir atención clínica.

Cabe agregar que, partiendo de la concepción de un procesamiento amplio y complejo de información, entendemos que los procesos implicados en el desarrollo y mantenimiento de las manifestaciones ansiosas no son lineales, sino que pueden influir y verse

influidos por múltiples operaciones de distintos niveles de procesamiento que ocurren en paralelo, generando diversos estados mentales en simultáneo que pueden conducir a la expresión de otras configuraciones sintomáticas asociadas.

La puesta en práctica de este modelo en el contexto clínico conlleva desde el inicio una evaluación multidimensional que orienta la formulación del caso y personalización del tratamiento, valiéndonos siempre de constructos, estrategias, intervenciones y técnicas con respaldo empírico. Dicha evaluación prioriza dos niveles: un nivel de análisis sintomático (que puede conducirnos tanto a un diagnóstico determinado, como a la identificación de una serie de procesos disfuncionales subyacentes), y otro que busca determinar la profundidad de las construcciones de significado personal implícitas en la situación clínica planteada, cuán nucleares son y qué tan extendidas se encuentran en la experiencia personal (Fernández Álvarez et al., 2016). Adicionalmente, desde el inicio se contempla la exploración (clínica e instrumental) de las dimensiones de la personalidad (en su expresión normal y psicopatológica) y las circunstancias contextuales (en sentido amplio) de quienes consultan, a fin de ponderar su potencial impacto en el trastorno y tratamiento.

FORMULACIÓN DE UN CASO DE TAS DE DESEMPEÑO SIGUIENDO LOS PRINCIPIOS DEL MODELO INTEGRATIVO

Juan es un joven de 19 años, proveniente del interior del país, que llega hace dos años a la Ciudad de Buenos Aires con el fin de iniciar sus estudios universitarios. Consulta preocupado por su bajo rendimiento académico y la dificultad que encuentra para gestionar los nervios que le ocasionan las instancias evaluativas, tanto al momento de intentar estudiar como al presentarse a rendir exámenes: *“Busco poder seguir con mi proyecto de vida, yo de chico quería esto, venir y estudiar una carrera. Pero no me di cuenta de lo complejo que era. Me gustaría poder hacerlo sin tanto malestar, eso me mata”*.

Como expresiones sintomáticas relata predominantemente un incremento de ansiedad a nivel cognitivo. Sostiene que con solo pensar en ponerse a estudiar lo atosigan pensamientos del tipo *“no voy a poder”, “no soy lo suficientemente inteligente”, “debería tener más confianza para hacerlo”* y entra en un bucle de pensamientos repetitivos negativos (rumiación y worry) que interfiere con su capacidad para concentrarse y enfocarse en la tarea. Esto lo lleva a procrastinar el estudio, obteniendo como resultado un mal desempeño que se expresa en desaprobación sistemáticamente en la primera instancia evaluativa y terminar aprobando siempre en instancias de recuperatorio.

De la evaluación instrumental, a nivel sintomático, se desprende un marcado temor a la evaluación negativa con base a un puntaje de 37 (26,5 puntaje de corte

en hombres) en la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE) (Watson & Friend, 1969). Sin embargo, de acuerdo con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (Liebowitz, 1987), Juan presenta sintomatología leve o subclínica de ansiedad social (36), con leve predominio de sintomatología de miedo/ansiedad (20) por sobre la evitación (16); entendemos que este puntaje disminuido obedece a que la expresión sintomática, en este caso, se restringe a un ámbito muy específico y con foco exclusivo en el desempeño. Adicionalmente, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) (Beck, 1996) arroja puntuación compatible con depresión moderada.

Con estos datos, la apreciación clínica inicial coincide con su demanda, centrada exclusivamente en lo que podríamos entender, desde una perspectiva diagnóstica categorial, como un Trastorno de Ansiedad Social de Performance (centrada en el ámbito académico) (APA, 2022), mientras la sintomatología depresiva parecería ser secundaria a la disfunción ansiosa.

Si siguiéramos un abordaje estandarizado de TCC para trastornos específicos, con estos datos bastaría para avanzar con la intervención. Sin embargo, como mencionan Hofmann, Hayes y Lorscheid (2021), décadas de investigación demuestran que individuos con los mismos problemas o trastornos a menudo experimentan desafíos y trayectorias vitales diferenciales y eso requiere intervenciones particulares. Adicionalmente, en diferentes oportunidades se ha señalado la importancia de contemplar el potencial impacto de las dimensiones de la personalidad en el diagnóstico y tratamiento (Yonkers et. al., 2003; Powers & Westen, 2009).

Retomando el relato, se hace evidente que Juan migra desde su ciudad natal a la Capital Federal con un proyecto centrado exclusivamente en el desarrollo profesional: estudiar una carrera universitaria y lograr el éxito profesional y económico. De hecho, eligió su carrera pensando en que pudiera garantizar ese futuro. Expresa *“siempre fui de tener buenos resultados, pero no necesitaba estudiar. Cuando vine acá me costó sentarme a estudiar. Me bloqueo”*. Hoy, pone en duda su capacidad para concretar dichos objetivos, realizando una atribución completamente interna y descontextualizada de sus dificultades actuales: *“No soy disciplinado, me falta constancia. Me pongo muy nervioso cuando algo no me sale y me distraigo con otra cosa. Si no entiendo, me frustró y no puedo seguir”; “que me vaya mal es culpa mía, debería poder controlar lo que me pasa o estudiar igual, aunque me sienta mal, no dejar que los nervios me controlen”*.

Resulta claro que, en la actualidad, el autoconcepto y autoestima de Juan dependen por completo del rendimiento académico, ámbito en el que experimenta una percepción de autoeficacia deficitaria. Relata que durante el secundario no descuidaba sus estudios, pero adicionalmente realizaba deportes, compartía

tiempo con amigos y mantenía una vida con mucho contacto con el aire libre. Sin embargo, desde que se instaló en su departamento de Buenos Aires se dedicó exclusivamente a la facultad y ante las dificultades que el estudio le representaba, fue renunciando por completo a sus hobbies, deportes y vida social. Su experiencia personal al momento de la consulta se encuentra teñida de la percepción de insatisfacción, fracaso y debilidad personal. Juan llega a terapia buscando estrategias para “controlar” los síntomas que delatan su fragilidad, lo que da cuenta de la afectación de las construcciones de significados asociadas al dominio y reconocimiento personal.

Con relación a la personalidad, en su relato se muestran acentuadas todas las dimensiones asociadas al perfeccionismo (orientado hacia sí mismo, hacia los otros, socialmente prescripto, preocupaciones y esfuerzos perfeccionistas) (Di Fabio et al., 2022). Destacan especialmente la elevada autocrítica y marcada discrepancia entre estándares deseados y obtenidos en tanto se ha mencionado su asociación a mayor ansiedad ante los exámenes y peor rendimiento (Arana y Keegan, 2016).

Alineada con estas apreciaciones, la evaluación instrumental de personalidad muestra algunos indicadores interesantes. Si bien la validez elevada en el DAPP-BQ (Livesley & Jackson, 2009) indica la intención de dar una imagen positiva de sí mismo, llama la atención la significativa elevación de las dimensiones de rechazo y problemas para intimar, características que parecen ser valoradas positivamente por él mismo.

Según el informe del equipo evaluador, la primera de estas dimensiones *“da cuenta de una tendencia a ser rígido en sus ideas y expectativas, así como controlador y crítico, probablemente espere que las situaciones, e incluso otros, estén bajo su dominio, y le cueste mucho perder el control, por lo que es posible que tenga muy baja tolerancia a la frustración”*. La segunda, denota que *“es posible que experimente dificultades interpersonales, ya que, si bien parece ser demostrativo y asertivo, muestra un cierto temor a desarrollar relaciones de mayor intimidad e involucración afectiva, lo que podría relacionarse con miedo a sentirse expuesto o vulnerable, al acercarse demasiado a los demás y hablar de sus problemas”*. Finalmente, consideramos que también destacan las puntuaciones bajas en problemas de conducta y búsqueda de estímulos, asociadas a un fuerte apego a las normas sociales, bajos niveles de transgresión y escasa orientación a la búsqueda de recompensas, como aspectos que también desea remarcar de sí mismo.

Entendemos entonces que la ansiedad emerge en contextos de desempeño académico mediada por patrones básicos de funcionamiento personal. Patrones que, en el caso de Juan, denotan una marcada tendencia a la rigidez/inflexibilidad psicológica, limitando su capacidad de dar respuestas funcionales a un

contexto signado por la superposición de distintas crisis vitales (migración y transición de la adolescencia a la adultez). Cabe destacar que Juan no hace mención alguna respecto al impacto que estos cambios vitales pueden haber tenido en su experiencia personal y los desafíos que le plantearon, a excepción de lo académico, dando cuenta de una marcada desconexión con sus estados afectivos y su experiencia personal.

Con base en los patrones antes descriptos y luego de las primeras sesiones con Juan, queda claro que para él no existían alternativas posibles al plan inicial cuando decide mudarse a Buenos Aires y, ante la dificultad de alcanzar los objetivos propuestos, su autoconcepto comienza a verse afectado y su agencia personal y autoestima, deterioradas. Como resultado de la discrepancia entre los estándares personales elevados y los niveles de autoeficacia disminuidos, aumenta la ansiedad cognitiva, Juan queda fusionado a sus pensamientos, al punto de ver significativamente interferido su rendimiento en lo inmediato.

Luego, se genera una paradoja que sostiene y profundiza la disfunción. Juan, por un lado, cree que para alinearse con sus valores de éxito profesional y económico debe reforzar las estrategias comportamentales rígidas asociadas al rasgo de escrupulosidad/responsabilidad: más esfuerzo, más estudio y menos tiempo para ocio, vínculos, descanso, autocuidado; pero, por otro, termina recurriendo a estrategias de evitación experiencial como la procrastinación, la compulsión alimentaria, la evitación emocional, el repliegue conductual y social, que atentan aún más contra su desempeño, su estado anímico y por ende su autoconcepto en el mediano plazo. A su vez, con su cambio de lugar de residencia, Juan pierde las estrategias de regulación emocional adaptativas con las que contaba (actividad física, vida al aire libre, tiempo de ocio/esparcimiento social) y tampoco logra desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas, como buscar una red de pares o desarrollar hábitos de estudio que optimicen el uso del tiempo y la selección de estrategias adecuadas. (Cassady & Johnson, 2002; Manchado Porras y Hervías Ortega, 2021; Albulescu et al, 2024; Alshareef et al., 2025)

Cabe mencionar que Juan cumple también criterios para el diagnóstico de trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo según el modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad (APA, 2022). Sin embargo, contemplando su edad (19 años) y el contexto de crisis vitales en el que emergen las manifestaciones sintomáticas en los últimos dos años, consideramos precipitado asignar este diagnóstico. Ello no implica desconocer: (1) la existencia de dimensiones acentuadas de personalidad que limitan su capacidad de adaptación y despliegue personal, constituyendo una clara vulnerabilidad a desarrollar un modo estable de funcionamiento patológico, y (2) que la disfunción actual, aunque focalizada en un área

específica y con una temática claramente delimitada, se encuentra anclada en patrones básicos de funcionamiento personal a los que habrá que atender.

Diseño y variables de personalización del tratamiento

En la *Tabla 1* se detallan los dos ejes del tratamiento definidos inicialmente, con sus objetivos específicos, mientras en la *Tabla 2* se enumeran las estrategias de intervención.

Tabla 1
Ejes y objetivos del tratamiento

Desarrollo de estrategias de regulación emocional (de la ansiedad) y afrontamiento del estudio:	Flexibilización de las dimensiones del perfeccionismo negativo:
Equilibrar rutina de estudio con hábitos saludables de descanso, alimentación, actividad física y contacto con el entorno más allá del departamento y la facultad (social y aire libre)	Ajustar estándares de rendimiento actual (construir expectativas realistas, metas alcanzables de corto y mediano plazo)
Contrarrestar la procrastinación, rumiación y <i>worry</i> promoviendo estrategias de defusión y la creación de una rutina y hábitos de estudio realistas y cotidianos, más allá de las fechas de exámenes.	Atenuar la autocrítica, desarrollar una mirada más compasiva de sí mismo y construir valoraciones alternativas respecto del error y la dificultad.
Promover mayor tolerancia al malestar y ajustar expectativas respecto a "controlar" la ansiedad.	

Cabe mencionar que, a pesar de que el diseño de intervención pueda parecer el de un abordaje simple, focalizado y breve, desde el inicio planteó grandes desafíos para la terapeuta. Requirió de algunas reformulaciones en el espacio de supervisión que fueron posibles a partir de la comprensión de los patrones básicos de la experiencia implicados en la disfunción. Los desafíos más grandes estuvieron asociados a la consolidación de la Alianza Terapéutica (Bordin, 1979) en dos niveles: por un lado en el establecimiento del vínculo terapéutico y por otro en construir acuerdo de metas y medios.

En principio, los patrones interpersonales asociados a la dificultad para intimar y el rechazo mencionado en la formulación se hicieron presentes

desde el primer momento en la relación terapéutica, la terapeuta experimentaba la frialdad y distancia del paciente que esperaba del espacio terapéutico estrategias operativas de acción o "tips" para controlar la ansiedad.

Tabla 2
Estrategias de intervención

Psicoeducación: respecto a la ansiedad, su función y la articulación entre sus componentes (cognitivo, fisiológico, conductual). Normalización de la ansiedad ante instancias de rendimiento y distinción entre manifestaciones adaptativas y desadaptativas de la ansiedad. Integrar las dimensiones del perfeccionismo negativo como mediadoras de la respuesta desadaptativa de ansiedad actual y justificar a partir de ello los objetivos de tratamiento antes descriptos para lograr el cambio deseado.

Implementación de registros, organización de rutinas y agenda

Implementación de activación conductual

Implementación de técnicas de defusión cognitiva y conducta orientada por valores

Implementación de estrategias de reevaluación cognitiva: identificación y cuestionamiento de creencias disfuncionales asociadas al perfeccionismo, construcción de ideas más flexibles respecto del "camino al éxito" y la valoración de sí mismo.

Si bien Juan escuchaba con atención a la terapeuta y asistía en horario y regularmente a las sesiones, expresaba cada semana (a modo de reproche) sentirse "igual de ansioso" y se mostraba reactante a modificar sus rutinas y estrategias habituales. Esto generaba una tensión sostenida en el vínculo, con la sensación de la terapeuta de no estar hablando el mismo idioma o no estar en la misma sintonía con el paciente, lo que tiene un punto de conexión con el segundo foco de tensión. Cabe agregar que existía una clara discrepancia entre el estilo personal de la terapeuta (Fernández Álvarez y García 2019), tendiente a la calidez y cercanía afectiva, y las mencionadas dimensiones de personalidad del paciente, que efectivamente generaba esta especie de desencuentro interpersonal o falta de sintonía.

Por otro lado, Juan no veía un problema en sus patrones perfeccionistas y seguía evaluando como una actitud irresponsable y contraria a sus valores el destinar tiempo a algo distinto que estudiar mientras seguía sin obtener el desempeño deseado. Palabras como compasión, aceptación, descanso, disfrute, autocuidado resultaban ajenas a su narrativa personal y los comportamientos asociados a ellas eran visto como un disvalor, acorde con la dimensión de rechazo.

En este punto, el desafío para la terapeuta fue comenzar a hablar el idioma de Juan y poder traducir los objetivos a metas asociadas con los valores de productividad y éxito que él sostenía. Desde el espacio de supervisión se construyó la propuesta de repensar la psicoeducación en función de *“qué nos dice la evidencia que necesita un cerebro para optimizar su rendimiento”* y desde ese marco se reencuadraron lo mismos objetivos, pero en esta oportunidad consiguiendo la adhesión de Juan al dispositivo.

Sabemos que son este tipo de ajustes los que pueden marcar la diferencia entre la adhesión a un dispositivo y la promoción de cambios o la deserción y fracaso de un tratamiento (Safran et al., 2011). Una formulación de caso que incluya aspectos más amplios que lo estrictamente sintomático y que, por lo tanto, nos permita comprender otras aristas de la conducta del paciente en el contexto terapéutico facilita su implementación. Cabe agregar que en el inicio del tratamiento conocemos una serie de variables contextuales y de personalidad que rodean la demanda que pueden llevarnos a anticipar, o no, potenciales obstáculos para el tratamiento, pero es durante el curso del tratamiento que afloran las dificultades y debemos estar atentos a identificarlas e integrarlas con nuestra formulación.

Con el devenir de las sesiones y el tratamiento Juan fue aportando información más detallada de su sintomatología cotidiana y de su vida en general que también fueron nutriendo la formulación de caso y diseño de intervención. Los síntomas alimentarios cobraron mayor relevancia, en tanto cumplían una función de regulador emocional por excelencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, representando tanto un reforzador positivo como negativo: *“si estudié mal, me pido algo para compensar; si estudié bien, me pido algo para premiar el esfuerzo”*. Juan refería como consecuencia un aumento de peso significativo (también asociado al sedentarismo de su vida actual, por oposición a los hábitos deportivos que tenía antes de mudarse a Buenos Aires) y expresaba sentirse insatisfecho con su imagen corporal, lo que profundizaba el autoconcepto y autoestima deficitarios.

Frente a estos detalles y considerando que al mudarse a Buenos Aires Juan asumió a su cargo las tareas domésticas, incluyendo el hacer las compras y cocinar, consideramos oportuno realizar interconsulta con una nutricionista del equipo de trastornos alimentarios de nuestra institución e iniciar un abordaje combinado. El espacio nutricional se orientó a la educación alimentaria y desarrollo de hábitos de alimentación saludables, pero alineado con los objetivos y estrategias del espacio psicoterapéutico de desarrollar estrategias de regulación emocional más adaptativas y funcionales, así como también de flexibilizar el perfeccionismo (ajustar estándares y

moderar autocrítica). Cabe mencionar que al administrar a Juan el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) (Garner, 1998) destaca el deseo de adelgazar (90). Este resultado se asocia a marcadas preocupaciones por la dieta y el peso y temor a aumentar de peso, pudiendo constituir un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en un marco de necesidad de aprobación y temor a no cumplir con los estándares de los demás.

Algunas conclusiones de la evaluación de proceso

Al momento actual Juan promedia el año de tratamiento, en tanto se trata de un tratamiento en curso, aún no podemos brindar datos concluyentes de resultado. Sin embargo, contamos con algunos datos de cambio cuantitativos y cualitativos de la evaluación de proceso, realizada en el mes de noviembre del corriente año, que creemos que pueden aportar información relevante para valorar el curso del tratamiento.

Los cambios a nivel de la conducta fueron graduales pero significativos y también se han logrado algunos avances en la flexibilización de la autocrítica y ajuste de expectativas asociados al perfeccionismo. Juan modificó la rutina de estudio con expectativas más realistas (ya no se propone estudiar 8 horas por día, aparte de ir a cursar), procrastina menos al momento de estudiar y pudo sobrellevar de manera más efectiva las instancias de evaluación que desaprobó. Ello redundó en menores niveles de ansiedad autopercebidos, un mejor desempeño objetivo (en ocasiones Juan logra aprobar en la primera instancia de evaluación), una clara mejoría del estado de ánimo (ausencia de depresión según BDI-2 con un puntaje de 3) y la consolidación de un vínculo terapéutico sólido basado en la confianza y valoración mutua.

Paradójicamente, si bien en la Escala de Ansiedad social de Liebowitz (LSAS) su puntaje sigue siendo subclínico y descendió 7 puntos (de 36 a 29), en la escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) el puntaje obtenido por Juan superó por 6 puntos el de la evaluación inicial (de 37 a 43), manteniéndose en el mismo rango de severidad. Adicionalmente, se observaron modificaciones aún más significativas en las puntuaciones del DAPP-BQ: mientras la validez sigue elevada a pesar de haber descendido algunos puntos (se asocia al intento de dar una buena imagen de sí mismo), descendieron a niveles subclínicos las dimensiones de rechazo y problemas para intimar, mientras cobró protagonismo la dimensión narcisismo. En la misma prueba, también se observa un descenso significativo en cuatro dimensiones asociadas al rasgo de afectividad negativa que, sin llegar al límite de significación clínica, se mostraban

acentuadas en el inicio (ansiedad, labilidad afectiva, distorsión cognitiva y problemas de identidad).

Las conclusiones del informe del equipo de evaluación respecto a la evaluación de seguimiento pueden arrojar luz a la interpretación de los resultados: “Los presentes resultados no reflejan síntomas de perturbaciones emocionales e indicarían una marcada mejoría anímica respecto del perfil inicial (...) la disminución de las escalas de rechazo y problemas para intimar, podría indicar una mayor flexibilidad en sus ideas y apertura en cuanto a la expresión emocional (...) El pasaje desde el rechazo y la evitación hacia un perfil más narcisista podría implicar una mayor autovaloración, pero también una tendencia a sostener su autoestima en la aceptación y adulación de otros. En ese sentido, presentarse de forma positiva y socialmente deseable puede operar como un modo de reducir la posibilidad de ser criticado o rechazado por los demás (...) Esto se propone por el temor persistente a la evaluación negativa de los otros, así como por las metacogniciones positivas sobre la preocupación, lo que pudiera favorecer una tendencia a la rumiación ansiosa y la vigilancia frente a posibles fallas o críticas (...) El perfil actual muestra a un paciente que parece intentar resguardar su autoestima a través de una imagen socialmente deseable, pero cuya base emocional parece seguir estando atravesada por una inseguridad interpersonal y el temor al rechazo.”

Los resultados presentan un nuevo desafío en relación a la necesidad de explorar con más detalle el miedo a la evaluación negativa y sus repercusiones en la experiencia subjetiva para evaluar la potencial necesidad de redefinir objetivos terapéuticos. Conocer las creencias que tiene Juan respecto de los vínculos y cómo son los otros puede comenzar a orientarnos en esta línea. Consideramos necesario retomar el intento de explorar otras áreas y roles de la vida social de Juan, por fuera del rendimiento académico, que parecen estar completamente relegados. Inicialmente Juan mostraba niveles muy altos de reactancia al momento de ser interrogado sobre otras áreas de su vida. Quizás en estas instancias del recorrido terapéutico y habiendo construido un vínculo positivo con su terapeuta muestre mayor disposición a profundizar en áreas no exploradas.

Será central identificar si esta actitud tiene que ver genuinamente con sus intereses y valores, o con niveles muy elevados de evitación experiencial e inhibición comportamental. Creemos importante supervisar que el logro no se instale como la estrategia de compensación del miedo al rechazo o a ser evaluado negativamente, limitando la posibilidad de construir vínculos genuinos y gratificantes.

REFERENCIAS

- Albulescu, I., Labar, A. V., Manea, A. D., & Stan, C. (2024). The mediating role of cognitive test anxiety on the relationship between academic procrastination and subjective wellbeing and academic performance. *Frontiers in public health*, *12*, 1336002. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1336002>
- Alshareef, N., Giga, S., & Fletcher, I. (2025). Test anxiety, emotional regulation and academic performance among medical students: a qualitative study. *Medical education online*, *30*(1), 2505177. <https://doi.org/10.1080/10872981.2025.2505177>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>
- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.)
- Arana, F. G. y Keegan, E. G. (2016). La relación entre las dimensiones del perfeccionismo y la ansiedad frente a los exámenes en estudiantes de psicología argentinos. *Ansiedad y Estrés*, *22*(1), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.ans.2016.04.004>
- Balling, C. E., South, S. C., Lynam, D. R., & Samuel, D. B. (2023). Clinician Perception of the Clinical Utility of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) System. *Clinical Psychological Science*, *11*(6). <https://doi.org/10.1177/21677026221138818>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-II. Manual* [Registro de base de datos]. Pearson. doi.org
- Bogiaizian D. y Fernández Álvarez, H. (2022). *Ansiedad Social. Conceptualización y Tratamiento del Miedo a los Otros*. Buenos Aires: Lumen.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(3), 252–260.
- Cassady, J. C. y Johnson, R. E. (2002). Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, *27*(2), 270–295. <https://doi.org/10.1006/ceps.2001.1094>
- Cicero, D. C., Ruggero, C., Balling, C., Bottera, A. R., Cheli, S., Elkrief, L., Forbush, K. T., Hopwood, C., Jonas, K., Jutras-Aswad, D., Kotov, R., Levin-Aspenson H. F., Mullins-Sweatt S., Johnson-Munguia, S., Narrow MD, W., Negi, S., Patrick, C., Rodriguez-Seijas, C. A., Sheth, S., Simms, L., Thomeczek, M. L. (2024). State of the Science: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Behavior*

- Therapy*, 55(6):1114-1129
<https://doi.org/10.31234/osf.io/qjm2t>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huijbers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 245–258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Di Fabio, A., Saklofske, D.H., Gori, A. & Svicher, A. (2022). Perfectionism: A network analysis of relationships between the Big Three Perfectionism dimensions and the Big Five Personality traits. *Personality and Individual Differences*, 199, 111839. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111839>
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (2015). *Integración y salud mental: El proyecto Aiglé*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Fernández Álvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157–169. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Fernández Álvarez, H., Consoli, A. J., & Gómez, B. (2016). Integration in psychotherapy: Reasons and challenges. *American Psychologist*, 71(8), 820–830. <https://doi.org/10.1037/amp0000100>
- Fernández Álvarez H. (Coomp.) y García, F. S. (Coomp.). (2019). *El estilo personal del terapeuta*. Buenos Aires: Akademia.
- Garner, D. M. (1998). *EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria: Manual*. TEA Ediciones.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S.H. (2018). *Process-Based CBT: the science and core clinical competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Context Press.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*: 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., Hayes, S. H., & Lorscheid, D. N. (2021). *Learning Process-Based Therapy: a skill training manual for targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice*. Context Press.
- Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., Jeronimus, B. F., Myroniuk, S., Riese, H., & Schoevers, R. A. (2021). Predictors of persistence of anxiety disorders across the lifespan: a systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 8(5), 428–443. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30433-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30433-8)
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., (...) & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (2009). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*. Sigma Press.
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical psychology review*, 42, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004>
- Lorimer, B., Kellett, S., Nye, A., & Delgadillo, J. (2021). Predictors of relapse and recurrence following cognitive behavioural therapy for anxiety-related disorders: a systematic review. *Cognitive behaviour therapy*, 50(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1812709>
- Manchado Porras, M. y Hervías Ortega, F. (2021). Procrastinación, ansiedad ante los exámenes y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Interdisciplinaria. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2),243-258. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.16>
- Ortiz, C. V., Vitale Ruiz, D., Novellis, E., Villamarin, P., Tejero, A. y García, F. S. (2023). Abordaje cognitivo integrativo de las consultas por ansiedad: de la terapia breve a los diseños complejos en una muestra de 114 pacientes. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental, 10° Edición*. Buenos Aires: Fundación Aiglé. <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/>
- Powers, A., & Westen, D. (2009). Personality subtypes in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.006>
- Safran, J., Muran, C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87
- Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 61, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2021). *El gran debate de la psicoterapia. La evidencia que hace que la psicoterapia funcione*. Eleftheria.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire (MCQ-30). *Educational and Child Psychology*, 21(4), 100-104.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17(3), 173–179. <https://doi.org/10.1002/da.10106>