Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social

Narrative and strategic approach in social anxiety disorder

Hardy Schaefer A.¹ y Patricia Rubí G.²

Social anxiety disorder (SAD) has great clinical relevance due to both, the impairment it causes and co-morbidity. The standard treatment is cognitive behavioral therapy, through exposure and cognitive restructuring, and additionally the use of psychotropic drugs. However, it is necessary to broaden the conceptualization and psychotherapeutic approach, adding a narrative approach through constructivist and constructionist perspectives. From this standpoint, there are contexts of invalidation and resignation processes. Therefore, the TAS is multidimensional and has two polarities, a constitutive and an operative, that guide therapy. This model increases the understanding and reflection regarding the phenomenon and make possible new options for intervention.

Key words: Social Anxiety Disorder, constructivism, social construction, narrative psychotherapy. *Rev Chil Neuro-Psiquiat 2015; 53 (1): 35-43*

Introducción

El presente trabajo aborda la temática de la ansiedad social patológica desde el punto de vista de la Psicoterapia en este tema, y tiene como objetivo general el integrar los modelos tradicionales más centrados en la conducta y los modelos de orientación post estructuralista de la tradición sistémica. De esta manera, se puede obtener una comprensión mayor del fenómeno y líneas de acción psicoterapéuticas alternativas y complementarias. Asimismo, se pretende describir las prácticas de psicoterapia más validadas por la tradición, como también desarrollar conceptualizaciones desde acercamientos cualitativos. Así también, se intenta ofrecer una

descripción de un modelo que permita integrar las dos líneas de psicoterapia desarrolladas, estas son, las cognitivo-conductuales y estratégicas, como las narrativas y colaborativas, las que respectivamente abordan las dimensiones operativas y constitutivas del trastorno. Todo esto debiera servir como orientación en la práctica clínica.

Para lograr los fines señalados, se consideró la literatura de los últimos quince años publicados en PubMed, y textos clásicos referentes al tema.

Breve reseña sobre la perspectiva actual en la comprensión y el tratamiento del TAS

El Trastorno de Ansiedad Social consiste en un miedo o ansiedad intensa en una o más situacio-

Recibido: 02/03/2015

Aceptado: 19/03/2015

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Psicólogo Clínico, Magíster en Psicología Clínica, Supervisor acreditado.

² Médico Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

nes sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas¹ y es reconocido como una condición psiquiátrica crónica e incapacitante, con una alta prevalencia y significancia clínica, por lo que es necesario un reconocimiento temprano y un tratamiento eficaz².

La fobia social implica un miedo a situaciones en las que la persona puede actuar de modo embarazoso, ridículo o humillante delante de otros o a que sean visibles los síntomas de ansiedad, llegando con el tiempo a tener una ansiedad anticipatoria, generando un círculo donde la ineficacia percibida trae más temor anticipatorio³. Asimismo, se señala que la fobia social puede variar según el grado de generalidad constituyendo subtipos, es decir, puede estar muy circunscrita a contextos sociales específicos o encontrarse muy generalizada, evidentemente en este último caso la gravedad es mayor. Así también, existe un bajo nivel de consulta, la que es normalmente hecha en forma tardía y mayoritariamente por hombres⁴.

Los estudios epidemiológicos señalan que habrían tasas de prevalencia que oscilan entre el 2% y el 13% y una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos⁵. Otro estudio señala que la prevalencia mundial oscila entre un 3% y un 13%⁶, siendo el trastorno de ansiedad más demandado para ayuda psicológica⁷. En la adolescencia la prevalencia se encuentra entre un 1,6% y un 7%⁸. Las investigaciones también demuestran la mayor probabilidad de padecer ansiedad social en mujeres que en hombres⁹, habiendo una prevalencia por sexo de 11,1% para hombres y un 15,5% en mujeres⁴.

Los modelos psicológicos explicativos más desarrollados vienen principalmente de la tradición cognitivo-conductual, ya que la combinación de exposición y reestructuración cognitiva es el tratamiento que ha traído más beneficios significativos a los pacientes, más aún con la adición de la psicofarmacología¹⁰. El modelo cognitivo-conductual es el estándar de elección recomendado por la *American Psychology Association* para el tratamiento según Jorstad-Stein y Heimberg¹¹, con un porcentaje de altas que de acuerdo a Labrador y Ballesteros alcanza el 64,2%⁷. Tanto para Baeza² como para Hofmann y Scepkowski¹² la modalidad más vali-

dada es el formato grupal, lo que es refrendado por Jorstad-Stein y Heimberg¹¹.

Los tratamientos cognitivo-conductuales corresponden a formas mixtas y poseen la ventaja que amplían la cobertura del tratamiento, ya que abordan lo fisiológico, lo conductual y lo cognitivo. Rey, Aldana y Hernández¹³ señalan que el tratamiento incluye las siguientes técnicas: entrenamiento en relajación, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva.

La necesidad de ir más allá de los modelos dominantes e incluir la subjetividad

Las limitaciones de los modelos tradicionales

Si bien los modelos dominantes han significado un aporte importante, es cierto también que un tercio de los sujetos no se benefician con los tratamientos señalados, ya sea por abandonos o bajas⁷. Asimismo, utilizar técnicas de control respiratorio y relajación puede ser problemático, ya que estas pueden significar estrategias de reaseguramiento, las que son sobre utilizadas en sujetos fóbicos⁴ y que son en buena medida responsables de la mantención del problema^{14,15}.

Por otra parte, los tratamientos manualizados se apegan excesivamente a la técnica, con gran deterioro de la alianza terapéutica, la participación del cliente y sus expectativas, elementos que son cruciales en los buenos resultados, y que en el caso de este trastorno, operan como predictores del cambio terapéutico¹¹.

Fernández-Álvarez y Bogiaizian⁴ señalan que la evolución al constructivismo permite otorgar un rol central a las creencias, y sugieren por ello, la importancia de explorar los significados personales.

El constructivismo concibe al ser humano como un participante activo, que anticipa hechos y que está en constante evolución en cuanto a su experiencia personal¹⁶; el sujeto es visto como un creador activo de conocimientos, los que se construyen en la interacción con su entorno, y donde la validez de lo construido, está en función de la adaptación lograda¹⁷.

Carretero, Feixas, Pellungrini y Saúl-Gutiérrez¹⁸ plantean que la exposición social amenaza la identidad del sujeto, por lo cual renuncia a la competencia social existiendo a la base dilemas cognitivos, explicando la refractariedad al entrenamiento en habilidades sociales.

La terapia estratégica breve y los acercamientos constructivistas

Por otra parte, desde la terapia estratégica breve, se entiende que los problemas se mantienen por pautas rígidas y por los intentos fallidos de solución, los cuales pasan a ser el blanco de intervención de las técnicas haciendo posible la re-estructuración del sistema¹⁹.

La terapia estratégica breve ha resultado promisorio en los trastornos de ansiedad²⁰⁻²², no obstante, no hay mayor referencia a la ansiedad social. Siendo una excepción, Rakowska¹⁵ probó la terapia estratégica breve en personas con fobia social, ya sea con o sin personalidad ansiosa. Este estudio conceptualiza la fobia social como el resultado de ciclos interaccionales de auto-perpetuación del miedo a los demás, donde la auto-observación del miedo y las conductas de evitación se retroalimentan recíprocamente, de tal modo que al interrumpir las conductas evitativas debiera cesar el ciclo vicioso, donde menos conductas evitativas llevan a menos miedo, luego a menos conductas evitativas y así sucesivamente. Los intentos de solución fallidos consisten en el uso del aplazamiento de la tarea hasta ser capaz de dominarla. Las técnicas usadas correspondieron a tareas con intención paradójica, las que fueron acompañadas de reencuadres. El estudio confirmó el valor de la terapia estratégica breve en pacientes sin desorden de personalidad, manteniendo sus mejoras incluso en los seguimientos, sin embargo, tendría un valor limitado en la prevención de recaídas en las personas con desorden de personalidad.

Por otra parte, y desde una visión más interna, Arciero y Bondolfi²³ entienden la fobia social desde una perspectiva constructivista fenomenológica hermenéutica, incorporando la dimensión temporal y narrativa de la experiencia humana, entendiéndola como una construcción de la experiencia

desde una modalidad recurrente de inclinación emocional. Por tanto, en la fobia social existiría un modo de funcionamiento que combina la orientación *outward* (externamente orientado) e *inward* (internamente orientado) y que se da a través de un estilo de personalidad predisponente denominado “hipocondríaco-histórico”, el que conlleva ambos modos de inclinación emocional. La manifestación fóbica social varía dependiendo del acercamiento al polo hipocondríaco o al polo histórico, de tal modo que en el primero resulta relevante la activación emocional y visceralidad como centro de la identidad, mientras que en el segundo la condición emocional y física varían en sus manifestaciones según los diferentes contextos. Desde el polo hipocondríaco el miedo intenso se atribuye a los síntomas físicos que podrían ocurrir durante un desempeño, en cambio, desde el polo histórico la ansiedad proviene del ser sujeto de evaluación durante el desempeño.

Ampliando la mirada: los mapas narrativos o la dimensión temporal-relacional

El construccionismo social ha sido una fuente conceptual que ha influido en la terapia familiar sistémica. Desde su concepción cultural e histórica del conocimiento, a la perspectiva relacional se han agregado una serie de conceptos como narrativas, conversaciones terapéuticas, disolución del problema, posición dialógica y colaborativa, deconstrucción de relatos, por mencionar algunos, los que están presentes en varias prácticas terapéuticas²⁴⁻²⁸.

Los mapas narrativos en el trastorno por ansiedad social

La perspectiva construccionista social en la actualidad permite un acercamiento a la noción de un “sí mismo relacional”^{29,30}, lo cual hace posible la relación entre la identidad y la interacción social. En este contexto y no existiendo conceptualizaciones desde esta perspectiva para el TAS, Schaefer³¹ plantea la necesidad de comprender la construcción de la experiencia ansioso-social patológica desde la perspectiva temporal, relacional y del *self*,

a través del uso del concepto de “mapas narrativos”^{32,33}, el cual vincula la identidad y los procesos relacionales, entendiendo la primera como el resultado de una elaboración conversacional sedimentada en la historia personal. De esta manera, es posible comprender mejor “el modo de ser” que acompaña a los sujetos con temor a los demás.

Los mapas narrativos implican tanto hechos puestos en trama como también sus significados asociados, lo que en conjunto lleva a deducciones de intenciones como también propósitos y conclusiones sobre la identidad³³.

La evidencia cualitativa mostró la presencia de “contextos relacionales de invalidación”³¹ debido a interacciones históricas con personajes caracterizados por una tonalidad emocional agresiva/dominante o una afectuosa pero sobre-implicada. En ambos casos, hay una relación asimétrica, donde el otro define el modo apropiado de comprender. En este contexto de “desequilibrio relacional”, los otros adquieren mayor importancia, ya sea en la capacidad de juicio, conocimientos, habilidades y en preferencias. La falta de validación puede ser también por omisión o carencia, es decir, el sujeto no tuvo a su disposición un espacio social de apoyo.

La persona va adquiriendo una actitud de “renuncia al protagonismo”, una recurrencia en el no hacerse presente en el espacio social. Las normas son percibidas como exigentes o desconocidas, no pudiendo ser atenuadas, matizadas y comprendidas al interior de una relación social mutuamente satisfactoria, no alcanzando el sentido de suficiencia y adecuación en su relación con los demás³¹.

Por lo anterior, el sujeto en los escenarios futuros oscila entre la “renuncia y la búsqueda de validación”, como únicas opciones posibles. La validación como eje temático se cristaliza como relato dominante que oscurece las excepciones, e instala una búsqueda permanente de validación. Esta dinámica otorga una direccionalidad a los encuentros futuros, la que se caracteriza por el hecho de que la persona está en las situaciones sociales, pero no completamente en ellas, está en un guión trans-contextual y no en la co-participación de lo emergente de la interacción concreta y actual. La “dinámica de la pro-reciprocidad” domina la

organización de la experiencia personal con alcances constitutivos en la identidad, manteniéndose también como un discurso en la propia red de relaciones significativas relevantes³¹.

La ansiedad social problemática, su multidimensionalidad y polaridades

Las formas recurrentemente invalidantes de relación y la existencia de relatos co-creados de insuficiencia y percepción negativa de sí, promueven acciones de renuncia, evitación, postergación y preparación constante, haciendo que la ansiedad frente al escenario social adquiera una connotación problemática³¹.

De esta manera, se agregan nuevas dimensiones a las ya descritas por la tradición, lo que acrecienta la complejidad del fenómeno, razón por lo cual cada uno de los modelos de psicoterapia serían sólo abordajes parciales.

Estas dimensiones pueden presentar mayor o menor cercanía con aspectos operacionales o bien estructurales de la identidad. Por ello, las ideas expuestas permiten hacer una distinción, clínica y teórica, entre una “ansiedad social operativa” y una “ansiedad social constitutiva” como extremos polares. Así, se puede especular que cada caso presente una mayor inclinación a uno u otro polo y que los modelos de psicoterapia señalados sean más útiles en uno u otro sentido.

La ansiedad social operativa ha sido bien descrita y tratada por modelos que se focalizan en las estrategias conductuales desadaptativas alterando el eje contexto-conducta. Por ello, las intervenciones cognitivo-conductuales y estratégicas-breves resultan apropiadas y cuentan con buenos resultados, explicándose además, por qué no resultan del todo adecuadas en aquellos casos donde está más acentuada una ansiedad social constitutiva.

Cuando la polaridad constitutiva de la ansiedad social esté mayormente implicada, podría resultar apropiado utilizar modalidades de orientación postestructuralista, con métodos deconstructivos, hermenéuticos y narrativos que aborden los planos relacionales, de la identidad, de la temporalidad y de los relatos implicados^{24,28}, como también las prácticas posracionalistas.

En la Figura 1 se integran las dimensiones, las polaridades y las entradas psicoterapéuticas.

Una psicoterapia de doble vía para el TAS

Como ya se ha señalado, una psicoterapia para el TAS requiere un abordaje doble que abarque tanto la polaridad constitutiva como la operativa, ya que respectivamente implican un modo de ser como posición frente al mundo, como también un modo invariante y restrictivo de operar en dicho mundo. Por lo tanto, la psicoterapia requiere intervenir en ambas vías, priorizando el inicio desde los mapas narrativos de la polaridad constitutiva. La razón de esto último, se debe a la premisa posmoderna en psicoterapia en cuanto al rol de experto y a los recursos del propio sujeto³⁴. Dicho en otras palabras, deconstruido el relato problemático y desarrollada una línea histórica alternativa, con nuevos significados e interpretaciones, puede resultar innecesario entregar directrices que reconfiguren pautas.

Abordaje temporal y narrativo

Shotter³⁰ afirma que el *self* se encuentra ligado a la temporalidad, siendo la psicoterapia una instan-

cia conversacional que promueve nuevas narrativas en ambos ejes temporales, promoviendo un entrelazado de narrativas; así por un lado, hacia una retrospectiva hermenéuticamente constituida, y por otro lado, hacia una prospectiva retóricamente construida. En dicho entrelazado, se halla el *self* en una labor hermenéutica y retórica constante. En el TAS hay un *self* detenido en el presente, marcado por una invariante conductual, mecánica y restrictiva. La falta de fluidez hermenéutica y retórica se debe a un déficit de diálogos externos e internos.

Considerando lo anterior, se hace necesario inicialmente generar conversaciones que permitan “externalizar” el mapa narrativo del sujeto, describiendo contextos relacionales pasados y ofreciendo preguntas que deconstruyan y tensionen el relato³³, por ejemplo, a través de la promoción de una “posición y empatía crítica”³¹ que devuelva el sentido de insuficiencia a otros personajes de la historia, de tal modo de suplementar el relato por medio de nuevos significados. De esta manera, es posible usar el guión restrictivo como horizonte comprensivo del presente limitante, a fin de verlo como una línea temporal elegida bajo ciertas circunstancias, y

Figura 1. Dimensiones, polaridades y entradas terapéuticas.

por ende, renunciabile, así como también observar el guión alternativo, suplementado y enriquecido como vía y horizonte retórico hacia un futuro más lleno de posibilidades.

Para lo anterior es necesario distinguir entre tres niveles: la posición terapéutica, consistente en la posición epistemológica del terapeuta, un modo de ser y de estar en terapia, lo cual coincide con lo señalado por Anderson²⁴; un proceso conversacional consistente en la línea temporal de la terapia orientada a ciertos logros, que si bien respeta el trabajo desde lo emergente, se rige siempre desde el propósito de la deconstrucción; por último, la práctica lingüística, consistente en el uso del lenguaje a modo de técnicas o la instrumentalización de la conversación, orientada a una búsqueda polisémica. Para comprender este abordaje se ofrece la Tabla 1.

Abordaje estratégico-conductual

Es posible que en un momento posterior o de manera paralela al abordaje anterior, el terapeuta ofrezca un modo de canalización conductual que promueva abierta y deliberadamente la modificación de pautas y conductas. Desde esta perspectiva, es recomendable utilizar la “exposición en vivo”, la que debe ir a la par con la modificación de las creencias asociadas. Para ello pueden resultar útiles

los abordajes cognitivo-conductuales, o para una mayor coherencia, un enfoque estratégico-breve. Así también, se recomienda el uso de las directrices propuestas por Yapko³⁵ para el quiebre de esquemas depresogénicos. Por último, resulta relevante al intervenir en la polaridad operativa, definir objetivos, graduados y basados en indicadores que permitan potenciar el sentido de agencia. Para apreciar los aspectos de este abordaje y sus características, obsérvese la Tabla 2.

Conclusiones y reflexiones posmodernas sobre el TAS

El TAS puede ser entendido como una construcción problemática multidimensional y con dos extremos polares, desde la cual se desprenden dos modos de abordaje psicoterapéutico, claramente complementarios. El abordaje narrativo permite deconstruir el relato limitante por medio de la práctica lingüística, mientras que el abordaje estratégico y conductual permite destrabar la pauta rígida conductual que le acompaña.

Por otro lado, ampliada la comprensión del fenómeno, es posible observar que el trastorno opera como un modo de ser caracterizado por la evaluación negativa de sí y una visión pobre sobre

Tabla 1. Aspectos en el abordaje narrativo-temporal en el TAS

Aspectos	Características
Posición terapéutica	Generación de una alianza conversacional Fomento de una actitud exploratoria Posición de ignorancia y de ser informado en el terapeuta Posición de colaboración Confianza en los recursos y logros del paciente
Proceso conversacional en el TAS	Externalización o separación de la identidad con el problema Deconstrucción y tensión de los relatos Enriquecimiento y complejización de significados Búsqueda de la disolución del problema Transformar el relato problemático como ajeno y no natural Alcanzar un nuevo relato crítico y suplementario
Práctica lingüística	Uso de preguntas (circulares, reflexivas) Uso de afirmaciones interpretativas (normalizadoras, transitivas, metafóricas) Énfasis en los logros y recursos Implicar autoeficacia y sentido de agencia

Tabla 2. Aspectos en el abordaje estratégico-conductual en el TAS

Aspectos	Características
Propósito estratégico	Lograr la exposición en vivo y modificación de percepciones Buscar alteración de la pauta del problema en contextos específicos y relevantes Generación de conductas diferentes frente al contexto problemático
Proceso conductual	Definición de metas y objetivos Promoción de actitud experimental Asignación de directrices Develación progresiva de pauta disfuncional
Uso de técnicas	Reencuadres y redefiniciones Técnicas paradójales (errores deliberados, revelar falencias) Diálogo estratégico Prescripción de recaídas Lenguaje sugestivo

la propia gestión en el ambiente, lo que recuerda al funcionamiento depresivo^{36,37}, superando la condición fóbica del TAS. La evaluación negativa y la insuficiencia son núcleos temáticos muy presentes, así como en la depresión sería uno de los tres componentes que configuran la condición predisponente a dicho trastorno³⁶, así también en los trastornos de ansiedad en general habría un sentido de insuficiencia o incapacidad respecto de la apreciación de los propios recursos para hacer frente a las situaciones amenazantes³⁸. Percibir el mundo y a sí mismo de modo negativo, estaría al centro de dichos trastornos, cumpliendo un rol decisivo en el TAS, razón por la cual no sorprende que al modificar dicho modo de ser y actuar en la depresión, pueda ser útil también en el miedo problemático a los demás.

Se puede agregar a lo anterior que las condiciones interaccionales de insuficiencia y déficit de validación, de renuncia y pérdida de protagonismo, pueden ocurrir en cualquier momento de la vida, por lo cual la ansiedad social problemática no se restringe en su origen sólo a la adolescencia.

Lo anterior está muy relacionado con aspectos socio-culturales, ya que no es difícil imaginar la ligazón que el sentido de insuficiencia pueda tener con discursos dominantes disponibles en nuestra cultura, como es el desempeño social esperado entre hombres y mujeres, y las valorizaciones sobre

desempeño y éxito heredadas en comunidades y familias.

A lo anterior, sería interesante agregar lo que señala Gergen³⁹ quien plantea que las nuevas tecnologías aumentan las posibilidades de relaciones sociales, alcanzándose un estado de saturación social por la multiplicidad de lenguajes, lo que va acompañado de un sentimiento de duda sobre sí mismo y de insuficiencia en las actividades que se emprenden. Dado el sentido de insuficiencia y la gran referencia externa, es posible no alcanzar ese sentido de dominio, generándose estilos de vida y metas que lo hacen aún más difícil.

Considerando las ideas anteriores, cabe preguntarse sobre los tiempos que corren, de cómo éstos promueven el perfeccionismo y la insuficiencia de logros, del cambio permanente en la vida social que resta la estabilidad de espacios de validación y pertenencia, generando condiciones de una trama de vida de insuficiencia que facilita el temor a los demás. Asimismo, esto se ve favorecido también por la soledad y el individualismo actual, que merman la co-participación social, más aún por las tecnologías de la información y las redes sociales que restringen la conversación plena, impidiendo la re-elaboración de los modos de entender el mundo, la vida y a sí mismo. Las implicancias para el desarrollo y la salud mental son innegables.

Resumen

El trastorno por ansiedad social (TAS) presenta una gran relevancia clínica debido al menoscabo que genera y a la co-morbilidad asociada. El tratamiento estándar consiste en la terapia cognitivo-conductual, mediante exposición y reestructuración cognitiva, más el uso de psicofármacos. No obstante, se hace necesario ampliar la conceptualización y abordaje psicoterapéutico, por lo cual las visiones constructivistas y construccionistas agregan una mirada narrativa. Desde lo narrativo, hay contextos de invalidación y procesos de renuncia. Por lo tanto, el TAS es multidimensional y posee dos polaridades que orientan la terapia; una constitutiva y una operativa. Esta conceptualización amplía la comprensión y reflexión sobre el fenómeno y permite nuevas opciones de intervención.

Palabras clave: Trastorno por ansiedad social, constructivismo, construccionismo social, psicoterapia narrativa.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013. p. 202-8.
2. Baeza C. Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. Cuad Neuropsicol 2007; 1 (2): 127-38.
3. Botella C, Baños R, Perpiña C. Fobia social. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A., 2003.
4. Fernández-Álvarez H, Bogiaizian D. El miedo a los otros. Avances en el tratamiento de la fobia social. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen, 2008.
5. Antona C, García-López J. Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. Rev Lat Am Psicol 2008; 40 (2): 281-92.
6. Olivares J, Rosa-Alcázar A, Olivares-Olivares P. Transmisión de información cualificada frente a tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada. Int J Clin Hlth Psych 2009; 9 (2): 241-58.
7. Labrador F, Ballesteros F. Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. Psicothema 2010; 23 (4): 560-5.
8. Inglés C, Piqueras J, García-Fernández J, García-López L, Delgado B, Ruiz-Esteban C. Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. Psicothema 2010; 22 (3): 376-81.
9. Zubeidat I, Fernández-Parra A, Sierra JC, Salinas JM. Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. Salud Ment 2008; 31 (3): 189-96.
10. Ito LM, Roso MC, Tiwari S, Kendall PC, Asbahr FR. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. Rev Bras Psiquiatr 2008; 30: 96-101.
11. Jorstad-Stein E, Heimberg R. Social Phobia: An update on treatment. Psychiat Clin N Am 2009; 32: 641-63.
12. Hofmann S, Scepkowski L. Social self-reappraisal therapy for social phobia: preliminary findings. J Cogn Psychot 2006; 20 (1): 45-57.
13. Rey C, Aldana D, Hernández S. Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. Ter Psicol 2006; 24: 191-200.
14. Nardone G. Miedo, pánico y fobias. La terapia breve. Barcelona: Editorial Herder S.A., 1997.
15. Rakowska JM. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. Psychother Res 2011; 21 (4): 462-71.
16. Neimeyer R, Mahoney M. Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A., 1998.
17. Von Glasersfeld E. Aspectos del constructivismo radical. En Pakman M. (Ed.), Construcciones de

- la experiencia humana (V.1) Barcelona: Editorial Gedisa S.A., 2005.
18. Carretero F, Feixas G, Pellungrini L, Saul-Gutiérrez L. Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Bol Psicol* 2001; 72: 43-55.
 19. Schaefer H. La terapia estratégica breve: fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En García F. (comp.). *Terapias sistémicas breves, fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: RIL Editores, 2013.
 20. Nardone G, Watzlawick P. El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance. Barcelona: Editorial Herder S.A., 1992.
 21. Nardone G. Miedo, pánico y fobias. La terapia breve. Barcelona: Editorial Herder S. A., 1997.
 22. Nardone G. Más allá del miedo. Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico. Buenos Aires: Editorial Paidós S. A., 2004.
 23. Arciero G, Bondolfi G. Selfhood, identity and personality styles. West Sussex: John Wiley and Son, 2010.
 24. Anderson H. Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires: Amorrortú Editores, 1999.
 25. Friedman S. Terapia familiar con equipo de reflexión. Buenos Aires: Amorrortú Editores, 2005.
 26. Mc Namee S, Gergen K. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós Ibérica S.A., 1996.
 27. White M. Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Editorial Gedisa S.A., 1994.
 28. White M, Epston D. Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A., 2008.
 29. Gergen K. Relational being, beyond self and community. New York: Oxford University Press, 2009.
 30. Shotter J. El lenguaje y la construcción del sí mismo. En Pakman, M. (Ed.), *Construcciones de la experiencia humana (V.1)*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A., 2005.
 31. Schaefer H. Mapas narrativos en pacientes adultos jóvenes con trastorno por ansiedad social. Aportes en Psicología Clínica, Construcciónismo social y constructivismo. Santiago: Ediciones de la Universidad Adolfo Ibáñez, 2012.
 32. Bruner J. Actual minds, possible words. Cambridge: Harvard University Press, 1986.
 33. White M. Maps of narrative practice. New York: W. W. Norton and Son Company, 2007.
 34. Schaefer H. Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2014; 52 (3): 177-84.
 35. Yapko M. When living hurts. Directives for treating depression. New York: Brunnel/Mazel, 1988.
 36. Beck A. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brower, 1983.
 37. Schaefer H. La psicoterapia cognitiva-estratégica-hipnótica de la depresión. En García F. (comp.). *Terapias sistémicas breves, fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: RIL Editores, 2013.
 38. Beck A, Clark D. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Bilbao: Desclee de Brouwer S. A., 2012.
 39. Gergen K. El yo saturado, dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Editorial Paidós S.A., 2010.

Correspondencia:

Hardy Schaefer A.

E-mail: harschae@yahoo.com