

137



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0290950

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES
SOCIALES PARA LA DISMINUCION DE FOBIA SOCIAL
EN ADOLESCENTES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

HELENA OLIMPIA MADERA ALARCON
CIRENEA SANCHEZ HERNANDEZ

DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la enorme Gracia de existir, aprender y servirlo en mi prójimo.

A Héctor e Isabel por ser mis padres, por su amoroso cuidado y apoyo en todo momento.

Olimpia

A mi padre Bonifacio y a mi madre Filomena les dedico con gran amor este logro, que también es suyo. Gracias por los muchos ejemplos de superación, confianza y por su gran apoyo moral y económico.

Cirenea

A nuestros maestros por compartimos sus conocimientos y brindarnos la paciencia necesaria para alcanzar este logro, especialmente a:

Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. Mariana Gutiérrez Lara

Lic. Fabián Martínez Silva

Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola

Lic. Angelina Guerrero Luna

Mtra. Fayne Esquivel Ancona

Y al Profesor Aurelio Sánchez Hernández por las facilidades brindadas para la realización de este trabajo en la Escuela Secundaria que dirige.

A todos ellos, Mil Gracias.

Olimpia y Cirenea

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
I. INTRODUCCION	6
II. ADOLESCENCIA	8
III. FOBIA SOCIAL	12
Criterios Diagnósticos	13
Prevalencia	16
Curso del Trastorno	16
Trastorno de la Personalidad por Evitación, Timidez y Angustia Social	18
Criterios Diagnósticos	19
Prevalencia	21
Curso del Trastorno	21
VI. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EHS	24
Elementos Básicos del EHS	25
Características del Trabajo en Grupo del EHS	26
Procedimientos Principales del EHS	28
Autoestima	33
Asertividad	34
Derechos Humanos Asertivos	35
Pensamientos Distorsionados	36
Iniciación, Mantenimiento y Terminación de Conversaciones	39

V. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	41
Cuestionario de Fobia Social (FS y TPE)	41
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	44
Escala de Conducta Asertiva para Niños (ECAN)	46
VI. METODOLOGIA	50
Planteamiento del Problema y Justificación	50
Objetivo General	51
Objetivos Particulares	52
Tipo de Estudio	52
Diseño Experimental	52
Hipótesis	52
Definición Conceptual de las Variables	53
Definición Operacional de las Variables	54
Población y Muestra	55
Variables de Inclusión	55
Escenario	56
Material	56
Procedimiento	57
VII. RESULTADOS	60
VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	72
IX. ANEXO	78
X. BIBLIOGRAFIA	94

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación cuasiexperimental, de campo y de tipo exploratorio en la que se pretendió disminuir la Fobia Social en 87 adolescentes de secundaria con un promedio de edad 12.6, a través de la aplicación de un programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales basado en la Terapia Cognitivo Conductual.

Fue preciso crear dicho programa y utilizar instrumentos de medición con diseño de medida "pre y post test": Escala de Conducta Asertiva para Niños (ECAN), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y un Cuestionario de Fobia Social elaborado con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.

Con objeto de someter a prueba las hipótesis planteadas en las que se buscaba saber si existen diferencias en los niveles de Fobia Social, Ansiedad y Asertividad en los adolescentes que recibieron el EHS, y tomando en cuenta que se trataba de grupos correlacionados, se aplicó el estadístico T de Student para el análisis inferencial.

Los resultados indicaron que hubo una mejoría general en los adolescentes, lo que permite pensar en la necesidad de considerar más seriamente el trastorno de Fobia Social, sea para prevenir su aparición o disminuirla tanto como sea posible, así como para capacitar en Habilidades Sociales no sólo al adolescente sino también a los padres y maestros, dado que es en el hogar y la escuela los ámbitos principales en los que se desarrolla.

I. INTRODUCCION

El hombre es, por esencia, un ser social, creador, consciente de su existencia y capaz de experimentar una amplia gama de emociones que recorre todos los matices. Es así que, al no contar con las habilidades necesarias para interrelacionarse con los otros, vive síntomas de ansiedad: siente vergüenza, se sonroja, se tensiona, tiembla, tartamudea y acaba por evitar las situaciones sociales que más teme, perdiendo muchas oportunidades que la vida le ofrece: es la llamada **Fobia Social**.

Este trastorno suele desarrollarse durante la adolescencia, etapa difícil en la vida de todo individuo en razón de los cambios drásticos, tanto físicos como psicológicos a los que se enfrenta.

El propósito de este trabajo fue la creación de un programa de **Entrenamiento en Habilidades Sociales**, basado en la Terapia Cognitivo-Conductual, cuyo objetivo es la disminución de la Fobia Social en los adolescentes.

Las técnicas empleadas fueron: ensayo de la conducta, desensibilización sistemática, relajación, modelado, instrucciones, retroalimentación, reforzamiento, tareas para casa y autoanálisis ABC de la Terapia Racional Emotiva.

Este trabajo consta de cuatro capítulos: el primero trata del tema de la adolescencia, en que se abordan los cambios físicos y psicológicos propios de esta etapa; el segundo, se refiere a la Fobia Social, sus criterios diagnósticos, prevalencia y curso, así como su relación con el Trastorno de Personalidad de

Evitación, la Timidez y la Angustia Social; el tercero, toca lo referente al Entrenamiento en Habilidades Sociales sus características y técnicas; y el cuarto, detalla los instrumentos de medición utilizados: Cuestionario de Fobia Social, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de Conducta Asertiva para Niños.

II. ADOLESCENCIA

Se llama adolescencia a aquel periodo del desarrollo que sucede inmediatamente a la niñez, que comienza con la pubertad y, con ella, notorios cambios físicos y psicológicos. Puede decirse, en términos generales, que empieza desde los diez o doce años y termina alrededor de los 18 años. Las mujeres comienzan más pronto, algunas a partir de los 9 o 10 años, y los hombres entre los 12 y 14 años (Pick, 1995). Así, algunas veces se verá que los chicos de 13 años son más pequeños que las mujeres de la misma edad; la mayor parte de las chicas alcanza su estatura definitiva alrededor de los 16 años, mientras que los hombres continúan creciendo hasta los 18 años o más.

En las mujeres se da el crecimiento de las mamas, ensanchamiento de caderas, hombros y glúteos, la aparición de vello axilar y púbico, crecimiento de los órganos genitales y, por supuesto, el primer sangrado menstrual. Y en los varones, el crecimiento del pene y testículos, aparición de vello en genitales, axilas, cara y tórax, cambio de voz, ensanchamiento de espalda y presentación de eyaculación (CONAPO, 1994).

Todos estos cambios pueden causar sorpresas, inquietudes, necesidades nuevas y algunas veces ansiedad, duda o temor; o bien, son tomados como un proceso natural.

“El descubrimiento de una nueva conciencia de su cuerpo es lo que pone al adolescente sobre el camino de la vida interior. Responde más que a una fuga, a una necesidad urgente de comprenderse y de explicarse” (Ponce, 1984).

“¿Quién soy?” es la pregunta que muchas veces se hacen los adolescentes y que indudablemente no es sencilla de responder, ya que necesita tiempo.

La adolescencia es una etapa de novedades e incertidumbres, pues el chico comienza a salir del núcleo familiar, e ingresa a un sistema escolar diferente, que lo lleva a formar parte de nuevos grupos en los que ha de relacionarse, incluso con coetáneos del sexo opuesto.

La publicidad, por su parte, le sugiere otros deseos e intereses: cómo hablar, cómo vestirse, comportarse, divertirse y hasta que tan esbelto estar. Todo esto lo desorienta y lo vuelve inseguro, a menudo se encierra en sí mismo, se separa de los demás, deja de tomar iniciativas por el temor de fracasar y, casi al mismo tiempo, trata de “hacerse notar” en las formas más equivocadas: se torna alborotador, arrogante, excéntrico y se comporta como nunca (Vida y Psicología, 1990).

Es justamente el poder de la imaginación del adolescente lo que le empuja a crearse nuevas expectativas sobre lo que puede llegar a ser; pero esto constituye un arma de dos filos, pues de la misma manera en que se imagina como alguien famoso, rico e importante, puede verse como todo lo contrario y sentirse duramente criticado por los demás, minando su autoestima.

Comienza a vivir sus propios pensamientos distorsionados: “como el presente no le interesa mucho que digamos, vive del pasado y del futuro, aunque el resultado pueda ser una adaptación muy frágil a la realidad. Además, su poder para representarse mentalmente personas y situaciones se vuelve tan grande, que los límites entre lo real y lo imaginario acaban por ser muy vagos, de tal manera que vive unos auténticos sueños con los ojos abiertos, sin importar cuán objetivamente este inmerso en el ajetreo de la vida cotidiana” (Vida y Psicología, 1990).

Comprende que le esperan muchas responsabilidades, pero tiene miedo de no hallar su sitio en el mundo, con frecuencia se debate entre la euforia y la más honda tristeza sin saber cómo combatirla. No es nada fácil para el adolescente encontrar su justo equilibrio ni sentirse en paz con él y con los demás (Vida y Psicología, 1990).

En su vida social el adolescente siente que ya no forma parte del grupo de los "chicos" pero todavía no pertenece al de los "grandes". El grupo es indispensable entre quienes viven iguales problemas, encuentra seguridad y al mismo tiempo aprende una forma de competencia que lo satisface y apacigua, busca ser diferente, adopta del grupo la forma de vestir, de gesticular, de hablar y de utilizar ciertas salidas en la conversación, de esta forma se siente menos aislado, más protegido y más diferente al grupo de los adultos.

En el grupo también es posible encontrar al amigo del alma, que asume una función "de espejo": en él se puede ver, identificar y encontrar la ayuda tan deseada. Ambos se vuelven "uña y carne", entre ambos fluyen los secretos más profundos, las confidencias más íntimas, los proyectos y las ambiciones más descabelladas (Vida y Psicología, 1990). En realidad esta no es una amistad tan desinteresada, pues en el amigo el adolescente se ve a sí mismo, de ahí que lo defienda a capa y espada.

Es también la etapa de la rebeldía y la negligencia, busca convencer y convencerse de que es autónomo y por tanto puede tomar sus propias decisiones, lo que implica cuestionarse los valores, normas e intereses que hasta entonces han sido suyos. El adolescente asume a cada rato actitudes no asertivas, y como quiere darse la ilusión de fuerza, gusta de hacer ostentación de ciertas formas rudas, tanto en las opiniones como en los gestos (Ponce, 1984).

La rebeldía y el anticonformismo, tan típicos de la adolescencia, son precisamente índices de la necesaria ruptura con los vínculos familiares y no deben verse como una forma de hostilidad hacia los padres. Parece no tener alternativa; tiene que modificar el comportamiento hacia ellos y criticar todos aquellos valores, normas e intereses que antes fueron también suyos; de esta manera crea, exagerando, un conflicto para conseguir un mayor espacio en el mundo (Vida y Psicología, 1990).

La niñez le había dado al adolescente un concepto del mundo y una regla de conducta: es decir, un manojito de creencias y de prácticas que no responden ahora a la nueva situación. Mientras no se formen y organicen las que habrán de reemplazarlas, el adolescente debe improvisar sus respuestas a los problemas que le asaltan (Ponce, 1984).

A todo lo anterior debe añadirse que, por naturaleza, el adolescente es menos propenso a expresar abiertamente sus propias emociones y pensamientos, replegándose hacia sí mismo.

Es claro entonces que, siendo la adolescencia una etapa de incertidumbre, expectativas e insuficiencias, se de paso a los estados de ansiedad con suma facilidad.

III. FOBIA SOCIAL

Al parecer fue Janet (Caballo, 1995), quién a principios del siglo XX, introdujo el término “Fobia Social” para describir a pacientes que temían hablar, tocar el piano en público o escribir mientras los observaban.

Otros autores (Barlow, 1988; Heiberg, Dodge y Becker, 1987; Scholing y Emmelkamp, 1990; Turner, Beidel y Townsley, 1992) plantean que el término Fobia Social lo introdujeron Marks y Gelder en 1966, definiéndolo de modo que incluyera el “temor a comer, beber, temblar, ruborizarse, escribir o desmayarse en presencia de otras personas”, con la característica esencial del miedo a hacer ridiculizado en público. En general, el individuo se vuelve muy ansioso en situaciones en las que está sujeto al escrutinio por parte de otras personas mientras realiza una tarea (Caballo, 1995).

Es hasta 1980 que el concepto de Fobia Social fue adoptado en el DSM III y para 1987 el DSM III-R amplió la definición para incluir un “tipo generalizado” en donde el individuo temía a la mayoría de las situaciones sociales. El DSM IV permanece casi igual con respecto al DSM III-R, excepto porque incluye el Trastorno por Evitación en la Infancia.

Mattick y Clarke (1988) han propuesto dos aspectos de la Fobia Social: “la ansiedad ante la interacción social y los temores al escrutinio”: El término “ansiedad ante la interacción social” se refiere a la ansiedad que se experimenta cuando se conoce y se habla con otras personas, pudiendo ser estas del sexo opuesto, desconocidas o amigas. De forma específica, las preocupaciones principales incluyen temores a ser incapaz de expresarse, a ser aburrido, a parecer estúpido, a no saber qué decir o cómo responder en las interacciones sociales y temor a ser

ignorado (Caballo, 1995). Ahora bien, el “temor al escrutinio” es el temor a ser observado y la preocupación a delatar ciertas señales de ansiedad.

Según el DSM IV (APA, 1995) la Fobia Social es uno de los tantos Trastornos de Ansiedad, y como tal, se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Así la define: “Un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme a actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso”.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas **(criterio A)**.

La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad **(criterio B)**.

Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulte excesivo o irracional **(criterio C)**, puede que esto no suceda en los niños.

En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror (**criterio D**).

El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo (**criterio E**).

En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante seis meses antes de poder diagnosticar una Fobia Social (**criterio F**).

El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (**criterio G**).

Si existe otro trastorno mental (por ejemplo, tartamudez, enfermedad de Parkinson, anorexia nerviosa), el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social (**criterio H**).

Los individuos con Fobia Social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (por ejemplo, palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión) en las situaciones sociales temidas y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia. El enrojecimiento es muy típico de la Fobia Social.

Estas personas suelen tener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase (DSM IV, 1995).

Las situaciones sociales más frecuentemente temidas por los sujetos con Fobia Social son las siguientes: iniciar y/o mantener conversaciones, citarse con alguien, asistir a una fiesta, comportarse asertivamente (por ejemplo expresar desacuerdo o rechazar una petición), telefonar (especialmente a personas a quienes no se conoce muy bien), hablar con personas con autoridad, hacer y recibir cumplidos, hablar en grupos pequeños, asistir a reuniones y congresos, hablar en público ante una audiencia, actuar ante otras personas, ser el centro de la atención, comer/beber en público, escribir/trabajar mientras le están observando y utilizar los urinarios públicos (Caballo, 1995).

Los estudios epidemiológicos sugieren que la Fobia Social es más frecuente en las mujeres, sin embargo, cuando se estudian poblaciones clínicas ambos sexos se muestran igualmente propensos, o bien se constata que el trastorno incide más frecuentemente en los varones (DSM IV, 1995).

Se ha encontrado que en la población general los sujetos con Fobia Social suelen tener un menor nivel económico y educativo.

Por otra parte, los sujetos con Fobia Social suelen estar solteros con más frecuencia que los sujetos sin ese trastorno, tanto en la población general como en muestras clínicas (Caballo, 1995).

PREVALENCIA

Es difícil calcular la frecuencia de las fobias en general debido a que no hay una clara distinción entre “temores normales” y fobias y también porque la gente tiende a reservarse sus temores. Un elemento de gravedad de los temores sociales es el grado de evitación conductual (Caballo, 1995).

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la Fobia Social que oscila entre el 3 y el 13%. Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. En uno de estos trabajos el 20% de los casos manifestaba un miedo excesivo a hablar o actuar en público pero sólo el 2% aproximadamente parecía experimentar suficiente malestar o afectación general como para poder asegurar que se trataba de una Fobia Social. La Fobia Social rara vez constituye un motivo de ingreso hospitalario. Entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio un 10-20% presentan igualmente algún tipo de Fobia Social, si bien estas cifras varían ampliamente de unos estudios a otros (DMS IV, 1995).

CURSO DEL TRASTORNO

Según el DSM IV, la Fobia Social suele aparecer en la mitad de la adolescencia, algo sobre lo que están de acuerdo numerosos autores, que señalan al periodo de los 15 a los 20 años como el más frecuente en la adquisición de la Fobia Social (Caballo, 1995).

Ohman (1986) explica el por qué de la prevalencia de la Fobia Social en los adolescentes. Dice que se debe a la necesidad natural de esta etapa de establecer nuevas relaciones sociales fuera de la familia: con los iguales, con los maestros. Su conducta es evaluada cuidadosamente por los otros miembros del grupo y se establece normalmente una jerarquía. Una hipótesis es que aquellos que son constitucionalmente vulnerables a volverse ansiosos en situaciones estresantes (por ejemplo, sujetos temperamentamente inhibidos) pueden responder al reto de esta tarea evolutiva con una conducta ansiosa o de retirada, disminuyendo así su nivel social (Caballo, 1995).

En ocasiones la Fobia Social que aparece en la adolescencia parece surgir de una historia infantil de inhibición social o timidez. La aparición del trastorno puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o bien puede hacerlo de forma lenta e insidiosa. El curso de la Fobia Social acostumbra ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, aunque a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión (DSM IV, 1995).

Una crítica que puede hacerse sobre la edad de la Fobia Social es que suele ser difícil acordarse del comienzo real de la misma. Teniendo en cuenta que el inicio de la adolescencia significa el comienzo de las relaciones interpersonales especialmente importante en los iguales, pudiera ser que debido a esta prominencia de las relaciones sociales el sujeto se acordase especialmente de esos años en lo que respecta a los mismos. Pero también podría suceder que frecuentemente el problema estuviese presente mucho antes de que el sujeto pudiera considerarse a sí mismo como una "persona social" (Caballo, 1995).

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN, TIMIDEZ Y ANGUSTIA SOCIAL

Antes de la publicación del DSM III los problemas de ansiedad social se han considerado desde la perspectiva de las dimensiones de la personalidad. El Trastorno de la Personalidad por Evitación, se confunde con frecuencia con la Fobia Social (Heimberg y Barlow, 1988 en Echeburúa, 1992). En ambos casos hay una preocupación por la opinión de los demás hacia uno, se desea vivamente la aceptación de los otros, se puede experimentar problemas en el trabajo o en las relaciones sociales a causa de este trastorno y puede haber una preocupación por los fallos personales percibidos. De hecho es infrecuente la aparición de un Trastorno de la Personalidad por Evitación sin el acompañamiento de una Fobia Social; no obstante, un sujeto puede ser fóbico social sin reunir los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad por Evitación. Una posibilidad de esta frecuente asociación entre ambos cuadros clínicos es la ausencia de un repertorio de habilidades sociales en el fóbico social; otra, que el sobreaprendizaje del fóbico en la emisión de conductas de evitación condicione su escasez de recursos y habilidades sociales y facilite de este modo su progresivo aislamiento social (Polaino, 1988 en Echeburúa, 1992).

Sea como fuere ambos términos han conflictuado al clínico al momento de hacer el diagnóstico. Bellack y Hersen (1990) señalan también que parece poco lógico tener dos categorías nosológicas distintas que muestran la misma fenomenología y responden más o menos a los mismos tratamientos, especialmente en ausencia de datos claros sobre las diferencias en la etiología o en el curso. Es probable que la psicopatología general en este ámbito varíe a lo largo de un continuo, desde la fobia circunscrita hasta el Trastorno de Personalidad por Evitación (Caballo, 1995).

Desde otro punto de vista, podría decirse entonces, que la Fobia Social generalizada -a diferencia de la discreta-, al abarcar un mayor número de situaciones sociales temidas viene siendo lo mismo que el Trastorno de Personalidad por Evitación en tanto que hablamos de grados de gravedad, de un continuo patológico, pero esto se ha dejado a criterio de quien diagnostica.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Según el DSM IV (APA, 1995) La característica esencial del TPE es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan a diversos contextos.

Los sujetos con TPE, evitan trabajos o actividades escolares que impliquen un contacto interpersonal importante, porque tienen miedo de las críticas, la desaprobación o el rechazo (**criterio 1**).

Pueden declinar las ofertas de promoción laboral debido a que las nuevas responsabilidades ocasionarían críticas de los compañeros. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén seguros de que van a ser apreciados y aceptados sin críticas (**criterio 2**).

Hasta que no superan pruebas muy exigentes que demuestren lo contrario, se considera que los demás son críticos y les rechazan. Las personas con este trastorno no participan en actividades de grupo a no ser que reciban ofertas repetidas y generosas de apoyo y protección. La intimidad personal suele ser difícil para ellos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay seguridad de una aceptación acrítica. Pueden actuar con represión, tener dificultades para hablar de sí

mismos y tener sentimientos íntimos de temor a ser comprometidos, ridiculizados o avergonzados (**criterio 3**).

Los sujetos con este trastorno, puesto que les preocupa la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales, tienen el umbral para detectar estas reacciones exageradamente bajo (**criterio 4**).

Pueden sentirse extremadamente ofendidos si alguien se muestra crítico o incluso levemente en contra. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e invisibles por temor a que la atención vaya a comportar la humillación o el rechazo. Piensan que digan lo que digan los demás lo van a encontrar equivocado y que, por tanto, es mejor no decir nada. Reaccionan mal a las bromas sutiles que son sugerentes de ridículo o burla. A pesar de sus ansias de participación activa en la vida social, temen poner su bienestar en manos de los demás. Los sujetos con Trastorno de la Personalidad por Evitación están inhibidos en las situaciones interpersonales nuevas porque se sienten inferiores y tienen un baja autoestima (**criterio 5**).

Las dudas respecto a su aptitud social y su interés personal se hacen especialmente manifiestas en las situaciones que implican interacciones con extraños. Estos sujetos se creen a sí mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás (**criterio 6**).

Normalmente son reacios a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades, ya que esto puede ponerles en aprietos (**criterio 7**).

Son propensos a exagerar el peligro potencial de las situaciones ordinarias, y de su necesidad de certeza y seguridad puede surgir un estilo de vida restrictivo. Los sujetos con este trastorno son capaces de anular una entrevista laboral por temor a

encontrarse en aprietos por no vestir adecuadamente. Los síntomas somáticos secundarios u otros problemas pueden ser una razón suficiente para evitar nuevas actividades.

PREVALENCIA

La prevalencia del Trastorno de la Personalidad por Evitación en la población general está entre el 0.5 y el 1%. El TPE se ha descrito en el 10% de los pacientes ambulatorios vistos en las clínicas de salud mental.

CURSO DEL TRASTORNO

El comportamiento de evitación suele comenzar en la infancia o la niñez con vergüenza, aislamiento y temor a los extraños y a las situaciones nuevas. Aunque la vergüenza en la niñez sea un precursor habitual del TPE, en muchos sujetos tiene a desaparecer gradualmente a medida que se hacen mayores. Por el contrario, los individuos que van a desarrollar este trastorno se vuelven cada vez más vergonzosos y evitadores a lo largo de la adolescencia y el principio de la edad adulta, cuando las relaciones sociales con gente nueva se hacen especialmente importantes. Hay algunas pruebas de que el TPE en los adultos tiende a ser menos evidente o a remitir con la edad.

Por otro lado, tenemos otro término que se presta a confusión: “timidez”, cuyas características tienen mucho en común con la Fobia Social.

Jones, Briggs y Smith (1986) definen la timidez como el malestar e inhibición que se experimenta en presencia de otras personas. Refleja una tendencia o predisposición duradera y no simplemente una reacción ante algunas características temporales y específicas de la situación. La timidez como rasgo es la propensión a responder con una elevada ansiedad, una notable conciencia de sí mismo y retraimiento en una serie de contextos sociales; una persona con un rasgo elevado de timidez experimentará mayor actuación que una persona con rasgo bajo de timidez, independientemente del nivel de amenaza interpersonal de la situación (Caballo, 1995).

Turner, Beidel y Townsley (1990) encuentran varias diferencias entre Fobia Social y timidez. Mientras que en la Fobia Social el deterioro social y laboral es mayor, el comienzo más tardío, la condición crónica y la evitación evidente; en la timidez el deterioro es menor, el comienzo más temprano, su condición transitoria y la evitación de menor gravedad (Caballo, 1995).

Finalmente cabe hacer mención de un tercer constructo utilizado para definir Fobia Social: "**Angustia Social**" que como se puede apreciar viene definiendo lo mismo: Consiste en la percepción de una situación como peligrosa o amenazante lo que conlleva un estado emocional fisiológico de excitación, sentimientos de temor, etc., y respuestas conductuales de evitación y temblor. La angustia social se puede dividir en factores menores correspondientes a diferentes clases de amenaza social. Los factores más comunes son: temor a desempeñarse en público, a ser el centro de atención; temor al conflicto, al rechazo o a la desaprobación; temor a la intimidad heterosexual o de otro tipo; temor a encontrarse con desconocidos, y angustia por inseguridad de sí mismo (Argyle, 1980 en Feldman, 1985).

Vemos pues que las definiciones de **“Fobia Social”**, **“Trastorno de Personalidad por Evitación”**, **“Timidez”** y **“Angustia Social”** incluyen todas la vergüenza al ridículo como sentimiento asociado, pero con diferentes niveles de gravedad y que son utilizados por unos y otros autores según sus diferentes puntos de vista. Para los fines de este trabajo emplearemos solamente el término **“Fobia Social”**, tal como lo maneja el DSM IV.

VI. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (EHS)

Se entiende por conducta socialmente habilidosa “el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras *minimiza* la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1991).

La habilidad social debe quedar enmarcada dentro de tres dimensiones: la conductual, cognitiva y ambiental.

Ahora bien, el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se puede definir como “un enfoque general de la terapia, dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida o como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal-individual en clases específicas de situaciones sociales” (Caballo, 1991). Por supuesto, ello implica un cambio radical de forma de pensar, para lo que es menester echar mano de los elementos de las psicoterapias cognoscitivas, pues como indica Sarason (1996) buscan corregir las malas interpretaciones que contribuyen a la inadaptación, la derrota y la infelicidad.

ELEMENTOS BÁSICOS DEL EHS (CABALLO, 1991)

1. Entrenamiento en Habilidades: Donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. Concretamente se emplean procedimientos tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de la conducta, tareas para casa, procedimientos cognitivos, la retroalimentación y el reforzamiento.

2. Reducción de la Ansiedad: En situaciones sociales problemáticas. Normalmente esta reducción se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente, es incompatible en la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1958), Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación o desensibilización sistemática.

3. Reestructuración Cognitiva: En donde se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Las técnicas aplicadas son Terapia Racional Emotiva, Autoinstrucciones, etc...

4. Entrenamiento en Soluciones de Problemas: En donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los "valores" de todos los parámetros situacionales relevantes para procesar, seleccionar o enviar una comunicación interpersonal objetiva.

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO EN GRUPO DEL EHS

La aplicación del EHS en grupo tiene grandes ventajas, ya que ofrece una situación social establecida en la que los participantes que reciben el entrenamiento pueden practicar con diferentes tipos de personas necesarias para crear las representaciones de papeles y para proporcionar un mayor rango de retroalimentación.

El número de sujetos más empleado y recomendado en el EHS en grupo es de 8 a 12 miembros. Generalmente las sesiones de EHS tienen lugar una vez a la semana, a lo largo de 8 a 12 semanas. La duración de cada sesión también ha variado desde los 30 minutos hasta 2 ½ horas (Caballo, 1991).

Tratándose entonces de un entrenamiento grupal, conviene conocer los elementos comunes de toda terapia grupal, pues son fuente de mejoría:

Sarason (1996) nos dice que los pacientes pueden aprender por medio de la observación de los intentos adaptados o inadaptados de resolver problemas personales de los otros miembros del grupo. Los grupos -dice- son en especial efectivos cuando ofrecen a los participantes la oportunidad de adquirir nuevas habilidades sociales mediante el modelado. Las oportunidades de ensayar y practicar estas habilidades en el grupo aumentan las probabilidades de que los participantes en verdad utilicen las habilidades recién adquiridas en la vida diaria.

Las características observadas en las terapias de grupo son las siguientes: (Sarason, 1996).

Autorrevelación: La oportunidad de hablar al grupo acerca de los problemas y preocupaciones personales.

Aceptación y apoyo: Experimentar una sensación de pertenencia y de ser valorado por los miembros del grupo.

Aclaración de las normas: Aprender que los problemas propios no son únicos ni más graves que aquéllos de los demás miembros del grupo.

Aprendizaje social: Ser capaz de relacionarse en el grupo de manera constructiva y adaptada.

Aprendizaje vicario: Aprender sobre sí mismo mediante la observación de los otros miembros del grupo, incluyendo al terapeuta.

Comprensión de sí mismo: Descubrir el comportamiento propio en el escenario del grupo y la motivación que contribuye al comportamiento.

PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES DEL EHS

Ensayo de la Conducta: Su objetivo consiste en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas. El paciente representa escenas cortas que simulan situaciones de la vida social, donde describe brevemente la situación-problema real. Una vez que empieza a representar la escena, es responsabilidad de los entrenadores asegurarse de que el paciente representa el papel y que intenta seguir los pasos conductuales mientras actúa. Los terapeutas reforzarán las mejoras empleando una estrategia de moldeamiento a aproximaciones sucesivas (Caballo, 1991).

Desensibilización Sistemática: Esta técnica, desarrollada por Joseph Wolpe (1958,1969), está dirigida específicamente al alivio de la ansiedad de desadaptación y combina el entrenamiento conductual (relajación muscular) con la actividad cognoscitiva.

Empieza con la inducción del estado de relajación: Mientras el paciente está relajado, imagina escenas que se relacionan con su temor específico. La desensibilización empieza con escenas o imágenes que sólo crean un temor leve. Se motiva al cliente para que se concentre en la conservación del estado de relajación mientras imagina esas situaciones. Una vez que el cliente es capaz de conservarse relajado, se presentan escenas cada vez más atemorizantes en forma progresiva.

La teoría que se encuentra detrás de la desensibilización sistemática es que la respuesta de relajación compite con las respuestas de ansiedad que se aprendieron antes, como los temores y fobias (Sarason, 1996). Es lo que se llama principio de contracondicionamiento, pues se aprende a sustituir un tipo de respuesta por otro (la relajación por la ansiedad).

Entrenamiento para la Relajación: Este entrenamiento con frecuencia ayuda a las personas que padecen tensión y ansiedad general. En una aproximación, se hace especial énfasis en aprender a contrastar la tensión muscular con la relajación muscular. En otro, se utilizan procedimientos de meditación. Las terapias de relajación parecen ser útiles para una variedad de trastornos psicosomáticos, en especial dolores de cabeza por lesión y migrañas.

La relajación muscular involucra la tensión y después relajación de los distintos grupos de músculos. Se alienta al individuo para que observe las diferencias entre sentirse tenso y sentirse relajado. La capacitación para la relajación se utiliza en muchos métodos de parto natural y en el yoga. Las personas que tienen problemas para conciliar el sueño con frecuencia encuentran que los ejercicios de relajación les ayudan a dormirse más pronto. En un principio, los individuos utilizan los ejercicios de relajación sobre todo en la situación de terapia. Pero conforme mejoran su habilidad para relajarse solos, se sienten motivados a realizar los ejercicios de relajación en las situaciones estresantes que enfrentan en la vida diaria.

En el entrenamiento para la relajación que abarca la meditación, el individuo aprende a concentrarse en un pensamiento, sensación, palabra, objeto o estado mental. Algunas técnicas son muy activas y requieren que la persona realice un gran esfuerzo para concentrarse en algo específico. Por ejemplo, ciertas técnicas de yoga requieren que la persona que las practica mantenga posiciones específicas y controle en forma deliberada su respiración u otras funciones del organismo (Sarason, 1996).

Modelado: La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación. El modelo suele ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo y puede representarse

en vivo o grabado en video. La representación puede hacerse de todo el episodio o de únicamente una parte de él. Se ha demostrado que el modelo es más efectivo cuando los modelos son de edad parecida y del mismo sexo que el observador, y cuando la conducta del modelo se encuentra más próxima del observador, en vez de ser altamente competente o más extrema (Caballo, 1991).

Instrucciones: El término “coaching” que se ha traducido como “retroalimentación correctiva”, intenta proporcionar al sujeto información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su ejecución y el criterio (por ejemplo, “tu contacto ocular fue demasiado breve, auméntalo). También suele incluir información específica sobre lo que constituye una respuesta apropiada (por ejemplo, “quiero que practiques el mirar directamente a la cara de la otra persona cuando estás hablando con ella”), anotaciones que dirigen la atención del sujeto hacia sus necesidades, etc.

El término instrucciones (instructions) es más amplio, abarcando, además de todo lo anterior, información específica y general sobre el programa de EHS o presentar bajo diversas formas, por medio de representaciones de papeles, discusiones, material escrito, descripciones en la pizarra, grabaciones en video, etc. Ejemplos de información que se recomienda presentar en las primeras sesiones, son los relativos a los “derechos humanos básicos” y a la distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas (Caballo, 1991).

Retroalimentación y Reforzamiento: Muchas veces estos componentes se funden en uno, cuando la retroalimentación que se da al paciente es reforzante para él.

El reforzamiento sirve para adquirir nuevas conductas, recompensando aproximaciones sucesivas, como para aumentar determinadas conductas adaptativas en el paciente. Twentyman y Zimering (1979) señalan que el tipo de reforzamiento más empleado en los programas en EHS ha sido verbal. Las recompensas sociales son refuerzos efectivos para la mayoría de la gente y en el EHS se hace por medio de la alabanza y el dar ánimo (Caballo, 1991).

También se puede instruir a los pacientes para que se autorrecompensen, "que se digan y hagan algo agradable para sí mismos" si practican bien sus nuevas habilidades (Caballo, 1991).

La retroalimentación proporciona información específica al sujeto, esencial para el desarrollo y mejora de una habilidad. La retroalimentación la puede dar el entrenador, otros miembros del grupo, u ofrecerse por medio de la repetición por audio o video. Si la retroalimentación la ofrecen los otros miembros del grupo deberían ser entrenados para que fuesen positivos y la presentaran de tal manera que fuese beneficiosa para el paciente (Caballo, 1991).

Tareas para Casa: Las tareas para casa constituyen el vehículo por medio del cual las habilidades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practican en el ambiente real, es decir, se generalizan a la vida diaria del paciente. El implicar a los pacientes en su propio tratamiento fuera de las horas de la terapia, puede ayudarles a que se vean a sí mismos como los principales agentes de cambio y motivarles a que actúen en beneficio de su propio interés (Caballo, 1991).

Procedimientos Cognitivos: Los procedimientos cognitivos se encuentran dispersos a todo lo largo del EHS. Desde la integración de los derechos humanos básicos en el sistema de creencias del paciente, hasta la modificación directa de

cogniciones desadaptativas que inhiben o desbaratan la conducta social del mismo, el EHS está impregnado de numerosos elementos cognitivos. El entrenamiento en solución de problemas o en percepción social son procedimientos explícitos que se utilizan a veces dentro de EHS. La reducción de las autoverbalizaciones negativas y el aumento de las positivas suele estar incluido en todo EHS (Caballo, 1991).

Terapia Racional Emotiva (TRE): Consta de una teoría de personalidad, un sistema de filosofía y una técnica de tratamiento psicológico. En la TRE definimos los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y la felicidad de los humanos.

Albert Ellis propone su famosa estructura del ABC:

Donde “A” simboliza el acontecimiento desencadenante o activador, “B” representa lo que la persona cree de ese acontecimiento y “C” denota las respuestas emocionales y de comportamiento o las consecuencias que se derivan de esas creencias particulares.

Es justamente en “B” donde se trabajan esas creencias, la más de las veces irracionales.

En los grupos de la TRE, se hace mucha discusión cognoscitiva y de resolución de problemas, pero los miembros también llevan a cabo tareas de toma de riesgos, ataque de vergüenza, autorrevelación, desempeño de papel y otros ejercicios emotivo-conductuales para ayudarse a comprender que lo que ellos consideran un comportamiento “vergonzoso” y “terrible” en realidad es sólo “poco afortunado” e “inconveniente” (Ellis, 1986).

Un Entrenamiento en Habilidades Sociales que pretenda disminuir justamente la Fobia Social habrá de abarcar aspectos claves como la autoestima, asertividad, derechos humanos asertivos, pensamientos distorsionados y la iniciación, el mantenimiento y la terminación de conversaciones, empleando todas las técnicas antes mencionadas.

AUTOESTIMA

La autoestima se refiere a cuánto se aprecia y valora una persona a sí misma. Se desarrolla desde la más temprana edad, a partir del afecto y reconocimiento que reciben de su entorno el niño y la niña. Las personas con una adecuada autoestima son seguras de sí y saben hacer respetar sus decisiones y deseos (Bendezú, 1992).

En la adolescencia la autoestima se debilita, pues uno de los factores importantes, como lo es la imagen corporal, cambia y se da la confusión de roles. En esta etapa el(la) adolescente cuestiona, rechaza, pregunta y necesita que le ayuden a valorar sus logros con el fin de fortalecer su posición personal y autoestima (Aguilar Kubli, 1995).

Una adecuada autoestima se asocia con un reconocimiento de cualidades y defectos que se refleja en un buen nivel de aceptación personal y agrado de sí y, aunque esto no aumenta su valor como ser, sí lo ayuda a vivir con más autoconfianza y autorrespeto.

ASERTIVIDAD

Uno de los componentes de la comunicación clara y abierta es la asertividad. Actuar asertivamente significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa. Ser asertivo no es ser agradable al otro, es triunfar en el respeto mutuo. La asertividad implica también control emocional, saber decir y escuchar, ser positivo y la expresión no verbal de los mensajes. La conducta asertiva requiere el manejo armonioso de estos elementos con el fin de lograr una comunicación satisfactoria permanente (Aguilar Kubli, 1993).

La ventaja de ser asertivo es que puede obtenerse lo que se desea sin ocasionar trastornos a los demás. Siendo asertivo se puede actuar a favor de los propios intereses sin sentirse culpable o equivocado por ello; igualmente dejan de ser necesarios la docilidad extrema o la retracción, el ataque verbal o el reproche, estas formas de actuación pasan a verse como lo que son, formas inadecuadas de evitación que crean más dolor y estrés del que son capaces de evitar.

La falta de conducta asertiva se ha relacionado con una autoestima baja, por lo que la falta de asertividad contribuye al poco contacto social positivo. (Michelson y Cols, 1988; en Aguilar R., 1995).

Antes de empezar a desarrollarse una conducta asertiva hay que tener bien claro el hecho de que tanto la conducta agresiva como la conducta pasiva, generalmente no sirven para lograr lo que se desea.

La conducta pasiva consiste en no comunicarse o hacerlo de una manera débil, hablando con demasiada suavidad o “timidez” (Aguilar Kubli, 1995). Dejamos que los demás digan, o decidan por uno, implica falta de lucha, falta de control, mucha frustración e impotencia; produce coraje y obstaculiza el logro de metas (Pick Susan y cols., 1995) además de permitir que violen nuestros derechos.

Por su parte la conducta agresión se refiere a la expresión hostil, frecuentemente poco honesta, fuera de tiempo y con el objetivo de ganar o de dominar, haciendo que el otro pierda o se sienta mal. La conducta agresiva generalmente rompe la comunicación mientras que la asertividad la fomenta (Pick, Susan y cols., 1995).

Como primer paso en el proceso de llegar a ser asertivos, se debe tener en cuenta que nadie puede manipular las emociones o comportamientos de los otros si estos no lo permiten.

DERECHOS HUMANOS ASERTIVOS

Los derechos humanos asertivos constituyen una estructura básica para la sana participación de cada individuo en toda relación humana. Estos derechos asertivos individuales constituyen la estructura sobre la cual edificamos nuestras conexiones positivas entre las personas tales como la confianza, la comprensión y el afecto (Aguilar Kubli, 1993).

Algunos de estos derechos humanos asertivos son:

- A establecer tus propias prioridades y tomar tus propias decisiones.
- A decir “no lo entiendo”.
- A cometer errores.

- A no usar tus derechos
- A calmarte, a tomar tu tiempo y pensar.
- A hacer menos de lo que eres humanamente capaz de hacer.
- A no dar razones o excusas para justificar nuestro comportamiento.
- A cambiar de opinión.
- A ser tratado con respeto y dignidad.
- A tener y expresar tus propios sentimientos y opiniones.
- A rehusar peticiones sin sentirte culpable o egoísta.
- A tu privacidad, a que te dejen solo.
- A tener éxito.
- A obtener la calidad relativa a lo que pague.
- A pedir lo que quieres.

PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

La mente, codificadora de las señales recibidas, puede tener prejuicios y mostrarse tendenciosa al editar la información que le llega en su contra, distorsionándola de múltiples maneras, creando un malestar y bajando la autoestima..

Así pues, gran parte del sufrimiento humano es innecesario, ya que procede de falsas conclusiones que la gente hace de los acontecimientos cotidianos. Son las interpretaciones, lo que la gente se dice a sí misma sobre sus experiencias, las que crean ansiedad, cólera o depresión.

Los doce de los pensamientos distorsionados más comunes son:

Filtrado: Se presta atención selectivamente a lo negativo y se desatiende lo positivo, es decir, que se toman los detalles negativos y se magnifican, mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación.

Ser Extremista: Por este pensamiento, el individuo lleva las cosas a sus extremos, las expresa en categorías de blanco o negro, buenas o malas, todo o nada; sin un término medio. Tiene que ser perfecto o, de lo contrario, no vale nada.

Sobregeneralización: A partir de un hecho aislado, hace una regla general y universal. Si se fracasa una vez, siempre se fracasará. Dicho en otras palabras: Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia. Si ocurre algo malo en una ocasión, esperará que ocurra una y otra vez.

Lectura de la Mente: Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto es capaz de “adivinar” qué sienten los demás respecto de ella.

Catastrofizar: Exagera las consecuencias de su conducta o la de los demás. Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse: “Y si ...”: “¿Y si estalla la tragedia? ¿Y si me sucede a mí?”

Personalización: Es la tendencia a relacionar todos los objetos y eventos con uno mismo. Esto crea una gran cantidad de sufrimiento porque la víctima tergiversa constantemente lo que ve, y reacciona consecuentemente según esa mala interpretación. Supone que todo tiene algo que ver con uno y se compara negativamente con los demás.

Falacia de Control: Este es el pensamiento con el que la persona se hace responsable de todo lo que pasa a su alrededor o, ubicándose en el otro extremo, piensa que todo mundo tiene control menos él.

Razonamiento Emocional: Consiste en regir nuestros comportamientos y hacer que las propias interpretaciones se basen sólo en emociones. Los sentimientos interpretan la realidad: sentirse menos automáticamente significa que se es menos.

Falacia del Cambio: Una persona espera que los demás cambiarán para seguirle si los influye o engaña lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello.

Etiquetar: Se utilizan automáticamente términos ofensivos para describirse a sí mismo, en vez de describir con exactitud las cualidades. Se generalizan una o dos características de un juicio negativo global y con este decimos que así se es todo el tiempo.

Debería: La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son: debería, habría que o tendría que.

Culpabilidad: La persona se culpa permanentemente de cosas que no pueden ser responsabilidad suya. Mantiene que los demás son causantes de su sufrimiento o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos y adversidades que le rodean.

INICIACIÓN, MANTENIMIENTO Y TERMINACIÓN DE CONVERSACIONES

La manera exacta con que se debe iniciar una conversación depende del contexto: la situación material (el trabajo, el autobús, una fiesta, la escuela), la hora del día (el desayuno, la comida, la salida de la escuela), la persona en cuestión (hombre, mujer, subordinado, superior), etc.

Hay una serie de procedimientos que nos ayudan a que las conversaciones se desarrollen de una forma más fluida. Estos procedimientos son los siguientes:

Preguntas con Final Cerrado/Abierto: Con el fin de obtener información sobre la otra persona, es necesario hacer preguntas. Existen al menos dos clases. Las preguntas con final cerrado son aquellas en las que el que responde no tiene otra elección en su respuesta que la ofrecida por el que pregunta. Las preguntas con final abierto son aquellas que pueden contestarse de diversas maneras, dejando la respuesta abierta al que responde.

Libre Información. Nos enseña a identificar los simples indicios que nos da la otra persona en el curso de su vida cotidiana y que permiten reconocer qué es lo interesante o importante para esta persona. Consiste en captar las claves que los demás nos dan acerca de sí mismos. La información que se proporciona no fue pedida, pero se utiliza y se saca el mejor provecho para ser tema de conversación.

Autorrevelación. Es compartir lo que somos con otros, hablar de cómo pensamos, sentimos, de nuestras actitudes, deseos y metas. Nos ayuda a que las otras personas nos conozcan y tengan la confianza de abrirse con nosotros al entablar una conversación.

La Escucha. Es muy importante en una conversación, que la persona que habla se sienta escuchada, sentirá que es de interés lo que está diciendo y probablemente se estará más motivada a seguir con la conversación. Existen expresiones verbales que demuestran la escucha como por ejemplo: “Ah-hah”, “Uh-huh”, “¡Oh!”, “Ah ¿sí?”, etc.

Las Pausas Terminales. Cuando se tocan temas superficiales que se agotan rápidamente con la conversación, es una muy buena oportunidad cambiar de tema, pero sino se tiene nada en mente en ese momento, se puede rescatar la conversación con comentarios extras, por ejemplo: “a propósito de lo que estuvimos platicando hace un momento, no me quedo claro tal cosa”, y seguir con la conversación o también sirve como oportunidad para finalizar con ésta.

Los Silencios. Las conversaciones conllevan períodos de silencio. Estos pueden aprovecharse y no ser siempre molestos. Para algunas personas esto resulta ser muy estresante por no saber que decir en ese momento, porque piensan que deberían llenar esos silencios; lo mejor en este caso es dejar que pase el silencio y tomarlo como pausa para reflexionar sobre lo que se ha dicho, para hacer preguntas o para cambiar de tema.

V. INSTRUMENTOS DE MEDICION

CUESTIONARIO DE FOBIA SOCIAL (FS Y TPE)

Este instrumento "lápiz papel", realizado expresamente para el presente trabajo, tuvo como base los criterios diagnósticos del DSM IV relativos a la Fobia Social (FS) y al Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE).

Se sometió a una "validación interjueces" conteniendo en su redacción los criterios que se pretendían calificar.

Constó de 39 reactivos: 25 de FS y 14 de TPE que se contestan con "sí" o "no".

Para su calificación, y de acuerdo al DSM IV (APA 1995) se tomó en cuenta: "la presencia de síntomas de carácter vegetativo y la presencia simultanea de por lo menos dos síntomas de ansiedad que se limiten a las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones" y al menos cuatro de los siete criterios del TPE —según lo establecido en el propio manual— quedando estos últimos como mero apoyo en caso de duda al momento de hacer el "diagnóstico" de FS (ver marco teórico).

Cabe señalar que también fue considerado el número de respuestas por criterio de dicho cuestionario, como puntaje crudo al momento de establecer el análisis estadístico, para poder conocer las posibles mejorías en aquellas personas que incluso seguían teniendo este "diagnóstico".

Algunas de las preguntas de que se compone este cuestionario son:

Cuestionario F.S. y T.P.E. (DSM IV)

INSTRUCCIONES: A continuación se te presentan varias preguntas sobre tus hábitos y la forma en que sueles reaccionar ante ciertas situaciones. Contesta con si o no poniendo una cruz (X) en el lugar correspondiente. No hay respuestas "buenas" o "malas". Por favor no dejes de contestarlas todas.

SI NO

- | | | |
|---|-----|-----|
| 8.(1.C) Al hablar en público ¿piensas que el temor que sientes es exagerado, que no es para tanto? | ___ | ___ |
| 10.(3.A) Cuando estás con otras personas ¿te preocupa mucho pensar en que puedas hacer el ridículo? | ___ | ___ |
| 14.(4.1) ¿Te preocupas por ser criticado(a) en situaciones sociales ya sea por tu forma de vestir o expresarte? | ___ | ___ |
| 18.(5.1) Cuando no entiendes algo en clase ¿preguntas para que te expliquen? | ___ | ___ |
| 19.(2.B) ¿Sueles ponerte rojo(a) al hablar en público? | ___ | ___ |
| 21.(2.D) ¿Tiendes a poner excusas para no ir a reuniones sociales? | ___ | ___ |
| 25.(6.2) ¿Te consideras una persona agradable? | ___ | ___ |

29.(3.B) ¿Te da por tartamudear al hablar en público? ___ ___

30.(3.D) ¿Evitas hablar en público, por ejemplo, exponer
 en clase? ___ ___

32.(4.A) ¿Sientes que a menudo los demás están criticando
 tu comportamiento? ___ ___

36.(5.2) ¿Dices que piensas lo mismo que tus amigos(as),
 porque tienes miedo que ellos(as) piensen que
 eres tonto(a)? ___ ___

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Esta es una prueba "lápiz papel", creada por Aaron Beck, es autoadministrable y se compone de 21 reactivos que se califican de cero al tres, dependiendo de cuatro tipos de respuesta:

- Poco o nada (0)
- Más o menos (1)
- Moderadamente (2)
- Severamente (3)

El puntaje crudo nos da el nivel de ansiedad correspondiente, de acuerdo con la siguiente tabla:

- 0-5 mínima
- 6-15 leve
- 16-30 moderada
- 31-63 severa

Cabe mencionar entre muchas investigaciones realizadas, esta prueba ha sido administrada en pacientes psiquiátricos adolescentes de 13 a 17 años en los Estados Unidos (Steer y Beck, 1995).

Dicha prueba fue estandarizada para a población mexicana (Varela y Villegas, 1998). Un primer estudio tuvo como fin el obtener datos de confiabilidad y validez en una población de 350 estudiantes universitarios. Los resultados de los análisis estadísticos mostraron que la escala posee una confiabilidad a través de la consistencia interna de .84; por medio de un análisis factorial de componentes;

principalmente se comprobó la validez de constructo que arrojó cuatro factores principales con carga factoriales que van de .35 a .75. Y un segundo estudio tuvo como fin obtener una muestra representativa con el objeto de confirmar los datos anteriores, y de derivar las normas de calificación y puntos de corte para población mexicana. La muestra estuvo formada por 1000 sujetos, adolescentes y adultos de la ciudad de México. El BAI resultó ser un instrumento sensible, confiable y válido tanto para uso experimental como clínico en población mexicana.

A continuación se presentan a manera de ejemplo algunos de los reactivos de este Inventario:

Inventario de Beck (BAI)

INSTRUCCIONES: Abajo hay lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana. Inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERA- DAMENTE	SEVERA- MENTE
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO	_____	_____	_____	_____
21. SUDORACIÓN (NO DEBIDA AL CALOR)	_____	_____	_____	_____

Versión estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enequina Villegas Hernández. Facultad de Psicología, UNAM.

ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS (ECAN)

La Escala de Conducta Asertiva para Niños desarrollada por Michelson Wood en 1981 y estandariza para la población infantil mexicana por Aguilar en 1995, consta de 27 reactivos relacionados con conducta asertiva, agrupados en: empatía, dar y recibir cumplidos, quejarse, iniciar conversaciones y pedir algo.

La obtención de las normas mexicanas de esta escala están dadas por puntuación T y Rango Percentil.

Esta prueba para niños (8 a 16 años) es un instrumento autoadministrable que puede ser aplicado individual o colectivamente.

Sus reactivos se califican conforme el valor que tienen. El puntaje de los reactivos va de 5 a 1, donde 5 es la respuesta asertiva, 4 la menos asertiva, 3 la mas pasiva, 2 la menos agresiva, 1 la más agresiva. El máximo que se puede obtener es de 135 puntos; entre mayor sea el puntaje más asertivo es el sujeto, entre menor sea el puntaje mas Agresivo se es (Aguilar 1995).

Algunos de los reactivos que contiene esta prueba son:

ECAN

INSTRUCCIONES: Vas a responder a algunas preguntas sobre lo que tu haces en varias situaciones. No hay respuestas “buenas” o “malas”. Sólo debes responder tal como te comportas realmente en la situación que se describe.

3.- Estás trabajando en algo que te gusta y tu piensas que realmente está bien. Alguien dice “¡No me gusta lo que haces!”. Lo que normalmente harías es:

- a) Decir “¡Eres un tonto!”
- b) Decir “Yo pienso que está bien”
- c) Decir “Tienes razón”, aunque realmente no estás de acuerdo.
- d) Decir “Yo pienso que es fantástico; además ¡tú que sabes!”
- e) Te sientes lastimado y no dices nada

5.- Alguien con quien quedaste de verte llega treinta minutos tarde, lo cual te molesta. La persona no dice nada de por qué llego tarde. Lo que normalmente harías es:

- a) Decir “Me molesta que me dejes esperando así”
- b) Decir “Me estaba preguntando cuándo llegarías”
- c) Decir “¡Esta es la última vez que te espero!”
- d) No dirías nada a la persona
- e) Decir “¡Qué idiota! ¡Llegas tarde!”

7.- Alguien te pide que hagas algo, que no te deja hacer lo que realmente te gusta. Lo que normalmente harías es:

- a) Decir "Tenía otra cosa que hacer; pero haré lo que quieras"
- b) Decir "¡De ninguna manera! Búscate otra persona"
- c) Decir "Está bien, haré lo que quieras"
- d) Decir "¡Olvidalo y lárgate!"
- e) Decir "Ya tengo otra cosa que hacer, posiblemente la próxima vez"

11.- Estás enojado y alguien te dice "Te ves enojado". Lo que normalmente harías es:

- a) Te das la vuelta y te alejas o no dices nada
- b) Decir "¡No es asunto tuyo!"
- c) Decir "Sí, estoy enojado, gracias por preguntar"
- d) Decir "No es nada"
- e) Decir "Estoy enojado, déjame en paz"

17.- Estás formado en una fila y alguien se mete adelante de ti. Lo que normalmente harías es:

- a) Haces comentarios en silencio tales como "Alguna gente es muy atrevida" sin que directamente digas algo a la persona
- b) Decir "¡Vete al final de la fila!"
- c) No dirías nada a la persona
- d) Decir en voz alta "¡Salte de la fila, idiota!"
- e) Decir "Yo llegué primero, por favor fórmese al final de la fila"

25.- Cometes un error y otra persona es culpable por tu error. Lo que normalmente harías es:

- a) No dices nada
- b) Decir “¡Es su error!”
- c) Decir “Fue mi error”
- d) Decir “No creo que esa persona lo cometiera”
- e) Decir “¡Eso es mala suerte!”

27.- Alguien interrumpe frecuentemente cuando estás hablando. Lo que normalmente harías es: a) Decir “Disculpa, me gustaría terminar de decir lo que estaba diciendo”

- b) Decir “Esto no es justo ¿No me dejan hablar?”
- c) Empiezas a hablar otra vez e interrumpes a la otra persona
- d) No dices nada y dejas que la persona continúe hablando
- e) Decir “¡Cállate, estoy hablando!”

VI. METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Siendo la adolescencia una etapa crítica del desarrollo, es común que se den una serie de cuestiones tales como el replanteamiento de valores y cambios drásticos del estado de ánimo, en una intensa búsqueda de identidad.

El adolescente tiene la necesidad de establecer nuevas relaciones sociales diferentes a las de la familia. El simple hecho de pasar de la educación primaria a la secundaria, le exige una mayor capacidad para relacionarse: ahora tiene que hacerlo con un gran número de maestros, se le pedirá que exponga en clase, que trabaje en equipos, que participe de manera más activa dando su opinión.

El cambio escolar es drástico, además de los que ya implican la misma adolescencia. Ya lo indica Ponce (1984) que durante esta etapa los adolescentes oscilan del sentimiento de triunfo a la emoción de fracaso con una casi idéntica fragilidad en los motivos, y que pueden o vencer su incapacidad, o exhibirla como excusa.

A todo lo anterior se suma la presión y los temores de saberse evaluado por sus superiores e incluso por sus iguales, de ahí que emerja con prontitud la ansiedad, pudiendo convertirse en Fobia Social, cuestión nada extraña si consideramos que se vive en una cultura que exige el cumplimiento de diversos patrones a veces incongruentes o inalcanzables.

Es por los motivos antes descritos que se considera importante volver la mirada hacia la población adolescente, dada su vulnerabilidad al desarrollo de patologías.

La creación de un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales elaborado específicamente para los adolescentes, tiene como objetivo coadyuvar a los jóvenes en el conocimiento de sí mismos a través de una forma de pensamiento más flexible y racional, y con ello, a resolver una amplia gama de problemas cotidianos en forma práctica y constructiva. Es decir, al desarrollo de conductas que permitan la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos del individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y minimizando el miedo y la vergüenza a tratar con otras personas.

Entonces, dadas las características propias de la adolescencia, que implican la necesidad de establecer un papel y un lugar dentro de un sistema social diferente al de la familia (Ohman, 1986) y dada también la vulnerabilidad a la Fobia Social (Caballo, 1995) que se manifiesta claramente con respuestas de ansiedad: ¿Es posible que un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales, basado en técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual, permita disminuir la Fobia Social?

Los beneficios obtenidos no sólo redundarían en el joven mismo, sino que además se verían reflejados en el amplio ámbito de lo social.

OBJETIVO GENERAL

Evaluación clínica de la Fobia Social y elaboración de un programa para la disminución de este trastorno en adolescentes, basado en técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Elaboración de un cuestionario para detectar Fobia Social, basado en los criterios diagnósticos del DSM IV.

- Aplicación del mismo cuestionario.

TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación cuasiexperimental, de campo y de tipo exploratorio (Hernández Sampieri, 1992 ; Kerlinger, 1988 y Zinser, 1993).

DISEÑO EXPERIMENTAL

Se empleará un diseño de “medida pre y post” para grupos consecutivos ya que la conducta de los sujetos se medirá antes (M1) y después (M2) de la administración del tratamiento (T) (Hernández Sampieri, 1992 ; Kerlinger, 1988 y Zinser, 1993).

M1 ----- T ----- M2

HIPÓTESIS

Si como indica Caballo (1995), que el adolescente es vulnerable a la Fobia Social, dada su necesidad de establecer un papel dentro del sistema social, diferente al de la familia (Ohmar,1986), la aplicación de un programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales basado en la Terapia Cognitivo-Conductual para los adolescentes, permitirá entonces la disminución de la Fobia Social en los

adolescentes que la manifiesten, ya que las técnicas de este tipo de terapia buscan corregir las malas interpretaciones que contribuyen a la inadaptación, la derrota y la infelicidad (Sarason, 1996) e incrementan la competencia de la actuación en situaciones sociales (Caballo, 1991).

H₀ = No existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de los pre y post-tests (Cuestionario de Fobia Social, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de Conducta Asertiva para Niños) contestados por los adolescentes a los que fue aplicado el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales, con respecto al nivel de Fobia Social.

H₁ = Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de los pre y pos-tests (Cuestionario de Fobia Social, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de Conducta Asertiva para Niños) contestados por los adolescentes a los que fue aplicado el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales, con respecto al nivel de Fobia Social.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variable Independiente:

Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales: “Se podría definir como un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida (Goldsmith y McFall, 1975) o como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal, individual en clases específicas de situaciones sociales (Caballo, 1991).

Variables Dependientes:

Fobia Social: “Un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme a actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso” (DSM IV, 1995).

Asertividad: Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, directa, positiva, oportuna y respetuosa (Kubli, 1993).

Ansiedad: Estado de aprensión, de temerosa incertidumbre o miedo producido por una amenaza anticipada. Frecuentemente va acompañada de síntomas físicos como problemas de respiración, palpitación, aceleración de la tasa cardíaca, sudor y temblores. Algunos trastornos de ansiedad son: fóbicos, crisis de angustia y obsesivo-compulsivos (Papalia, 1990).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable Independiente:

Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales: que se elaboró con base en la Terapia Cognitivo-Conductual, cuyas técnicas a utilizar fueron: ensayo de la conducta, desensibilización sistemática, relajación, modelado, instrucciones, retroalimentación, reforzamiento, tareas para casa y Terapia Racional Emotiva.

Variables Dependientes:

Fobia Social: Son las respuestas a la prueba que mide Fobia Social: Cuestionario de Fobia Social (FS y TPE).

Asertividad: Son las respuestas a la prueba que mide Asertividad: Escala de Conducta Asertiva para Niños (ECAN).

Ansiedad: Son las respuestas a la prueba que mide Ansiedad: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se tomó una muestra de tipo accidental que constó de 98 adolescentes (divididos en dos grupos de 49 y 49 alumnos respectivamente) de ambos sexos –42 hombres y 46 mujeres- todos estudiantes del segundo grado de una secundaria, cuyas edades oscilaron entre los once y los catorce años.

VARIABLES DE INCLUSIÓN

- Adolescentes varones y mujeres
- De once a catorce años de edad
- Estudiantes de segundo grado de secundaria
- Nacionalidad Mexicana

ESCENARIO

Se utilizó el auditorio y, en ocasiones, los salones de clases de la escuela secundaria en que se trabajó.

MATERIAL

Se utilizó un cuestionario de Fobia Social (según los criterios del DSM IV), el Inventario de Ansiedad de A. Beck y la Escala de Conducta Asertiva para Niños; así como el Manual de EHS para la disminución de Fobia Social que fue preciso elaborar.

Durante la realización del programa basado en dicho manual, se ocupó material diverso:

- Audiocassettes de música clásica y géneros similares como: “He is Sailing”, “Le Petite Fille de la Mer”, “Sleepy Shores”; de canciones de motivación: “La Felicidad”, “Soy el Mejor”, “Hoy puede ser un Gran Día”, “Mi Exito” y de ejercicios de relajación diafragmática, que se basa en la respiración profunda y la concentración en imágenes y sensaciones.
- Papelógrafos con definiciones.
- Láminas alusivas a cada tema.
- Fotocopias con ejercicios y tareas para casa.

PROCEDIMIENTO

Antes de la fase experimental se realizó una amplia revisión de libros sobre los temas de Adolescencia, Ansiedad, Fobia Social, Autoestima, Asertividad, Terapia Racional Emotiva y Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Así mismo las responsables de este trabajo asistieron a los siguientes talleres como parte de su preparación para la elaborar el EHS:

- Autoestima, Genero y Sexualidad (Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”).
- Control del Estrés y la Salud (Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”).
- Manejo y Control del Estrés (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER).
- Autoestima en adolescentes y adultos (Facultad de Psicología UNAM).

Después se elaboró un cuestionario que permitiera detectar rasgos típicos de Fobia Social para tener una aproximación de “diagnóstico” de dicho trastorno (en el conocimiento de que para hacer un diagnóstico más preciso se requiere de la entrevista individual, observación minuciosa y aplicación de más pruebas).

Este instrumento se realizó con base en los criterios diagnósticos del DSM IV relativos a la Fobia Social (FS) y al Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE). Con las preguntas concernientes a este segundo trastorno, sólo se pretendió tener un mayor apoyo y objetividad al momento de cuantificar los rasgos fóbicos, ya que en la opinión de algunos autores (véase marco teórico) ambos criterios diagnósticos tienen mucho en común.

Un primer cuestionario fue piloteado en una Escuela Secundaria Federal a una población de 75 estudiantes de dos grupos de 1ro. y 2do. grado, cuyas edades oscilaron de los 12 a 14 años. Siendo 37 mujeres y 38 hombres.

Con los resultados obtenidos se modificaron algunas preguntas cuya redacción no resultó clara para los alumnos. Este segundo cuestionario se sometió a una validación "interjueces" en la que participaron diez Psicólogos Clínicos: cuatro del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", tres de la Facultad de Psicología UNAM, dos del Centro Educativo DOMUS y uno con experiencia clínica por ejercicio particular.

Nuevamente el cuestionario fue corregido, eliminándose las preguntas que resultaron no calificar el trastorno en cuestión; otras, fueron cambiadas en su redacción. Finalmente el cuestionario quedó compuesto de 39 preguntas: 25 de FS y 14 de TPE.

Mientras esto ocurría se realizó el Manual de EHS con su respectivo material didáctico y programa por cada sesión: temas, objetivos, técnicas y material. (Ver cartas descriptivas de este programa en el anexo).

Fue necesaria una basta consulta bibliográfica (Aguilar, 1995; Caballo, 1991; Caballo 1993; Cautela y Grodin, 1985; Davis, Robbins y MacKay, 1985; Ellis, 1989; Fabra, 1996; Jurado, 1997; MacKay, Davis y Fanning, 1985; Monroy y Tanamachi, 1997; Pick, 1995; Rimm y Masters, 1990; Rodríguez y Serralde, 1992; Smith, 1989; y Zemach-Bersin, 1996).

El EHS fue aplicado a los 98 adolescentes de secundaria en doce sesiones con duración de 50 minutos por cada grupo en un lapso de mes y medio.

Fundamentalmente se emplearon las técnicas de Ensayo de Conducta, Instrucciones, Retroalimentación y Reforzamiento, Tareas para Casa, Terapia Racial Emotiva y Relajación Diafragmática, todas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual.

Al tratarse de un estudio cuasiexperimental con diseño “pre y post”, se aplicaron los cuestionarios antes citados al inicio del entrenamiento y al término de éste. Lo anterior permitió hacer un análisis de la efectividad del programa en forma más objetiva.

VII. RESULTADOS

Análisis Estadístico de los 87 Adolescentes

De los 98 alumnos que recibieron el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) fue necesario excluir a once de ellos, ya que no contestaron los cuestionarios (pre y post) en su totalidad.

El análisis descriptivo quedó con una población de 87 adolescentes: 51 mujeres y 36 hombres cuya Media en cuanto a la edad fue de 12.6, con una desviación estandar de .622 (ver tabla no. 1)

ADOLESCENTES	HOMBRES	MUJERES	MEDIA	DS
87	36	51	12.6	.622

Siendo nuestro interés principal conocer quiénes tenían el “diagnóstico” de Fobia Social, según los resultados del Cuestionario FS y TPE, se encontró que de los 87 adolescentes, 59 cumplían con los criterios para dicho diagnóstico. Estos mismos 59 se analizan estadísticamente más adelante.

Con objeto de someter a prueba las hipótesis planteadas en las que se buscaba saber si existían diferencias en los niveles de Fobia Social, Ansiedad y Asertividad en los adolescentes que recibieron el EHS, y tomando en cuenta que se trataba de grupos correlacionados, se aplicó el estadístico T de Student para el análisis inferencial a los 87 adolescentes, comparando los resultados de las tres pruebas de antes y después de la aplicación de dicho Entrenamiento (estudio pre-post test).

El grado de libertad (gl) para 87 sujetos (N) fue de 86, utilizando un nivel de significancia al .05.

Se tomaron en cuenta los puntajes crudos de cada prueba y se obtuvo lo siguiente (ver tabla no. 2):

TABLA 2			
INSTRUMENTO	VALOR DE T OBTENIDA	GI	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
CUESTIONARIO DE FOBIA SOCIAL (FS Y TPE)	7.27	86	P < .000
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	5.17	86	P < .000
ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS (ECAN)	-2.90	86	P < .005

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (Ho), es decir que sí hubo cambios estadísticamente significativos en las tres pruebas una vez aplicado el entrenamiento.

Un análisis más minucioso con respecto a las diferencias (pre-post test) entre hombres y mujeres en cuanto a Fobia Social, Ansiedad y Asertividad, y los niveles de estos dos últimos dio los siguientes resultados:

Cuestionario de Fobia Social

De los 87 adolescentes 59 de ellos: 17 hombres y 42 mujeres cumplían con los criterios diagnósticos de Fobia Social antes de la aplicación del entrenamiento, quedando al finalizar 15 hombres y 29 mujeres con este "diagnóstico", es decir que 2 hombres y 13 mujeres tuvieron un cambio favorable como se puede apreciar en la tabla no. 3.

"DIAGNOSTICO" FOBIA SOCIAL	HOMBRES		MUJERES	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
SI	17	15	42	29
NO	19	21	9	22
TOTAL	36	36	51	51

En cuanto a los puntajes crudos del cuestionario de Fobia Social (FS y TPE) encontramos datos más precisos de los cambios que reflejan una mejora en los 87 adolescentes, tanto en hombres como en mujeres (véase tabla no. 4):

INSTRUMENTO	VALOR DE T OBTENIDA	GI	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
FOBIA SOCIAL PRE Y POST-TEST EN HOMBRES	6.96	35	P < .000
FOBIA SOCIAL PRE Y POST-TEST EN MUJERES	4.18	50	P < .000

Inventario de Ansiedad de Beck

En el Inventario de Ansiedad de Beck que se evalúa con cuatro niveles (mínima, leve, moderada y severa) se encontró que hubo una disminución de ésta como se observa en la tabla no. 5.

NIVEL DE ANSIEDAD	HOMBRES		MUJERES	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
Mínima	4	9	5	10
Leve	21	20	16	24
Moderada	8	6	22	13
Severa	3	1	8	4
TOTAL DE ADOLESCENTES	36	36	51	51

En este análisis se encontró que sólo en las mujeres hubo cambios estadísticamente significativos como se aprecia en la tabla no. 6

INSTRUMENTO	VALOR DE T OBTENIDA	GI	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
NIVEL DE ANSIEDAD PRE Y POST-TEST EN HOMBRES	1.69	35	P < .099
NIVEL DE ANSIEDAD PRE Y POST-TEST EN MUJERES	5.55	50	P < .000

Escala de Conducta Asertiva para Niños

Igualmente, se encontraron diferencias significativas en la Calificación T de los niveles de Asertividad (muy superior, superior, superior al término medio, término medio, inferior al término medio, inferior y deficiente). Véase tabla no. 7.

TABLA 7				
ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS				
NIVEL DE ASERTIVIDAD	HOMBRES		MUJERES	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
Muy superior	13	16	22	25
Superior	6	1	7	9
Superior al termino medio	5	8	7	7
Termino medio	4	5	8	5
Inferior al termino medio	5	3	4	2
Inferior	1	2	1	0
Deficiente	2	1	2	3
TOTAL ADOLESCENTES	36	36	51	51

El análisis estadístico demuestra que sólo para población femenina si hubo cambios significativos sucediendo lo contrario para la población masculina, como se aprecia en la tabla no.8.

TABLA 8 ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS			
INSTRUMENTO	VALOR DE T OBTENIDA	GI	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
NIVEL DE ASERTIVIDAD PRE Y POST-TEST EN HOMBRES	-1.96	35	P < .058
NIVEL DE ASERTIVIDAD PRE Y POST-TEST EN MUJERES	-2.13	50	P < .038

Análisis Estadístico de los 59 Adolescentes

Ahora bien de los 59 adolescentes (17 hombres y 42 mujeres) que tuvieron el "diagnóstico" de Fobia Social, se tiene que 15 de ellos dejaron de tenerlo:

TABLA 9		
ADOLESCENTES	HOMBRES	MUJERES
59	17	42

Para saber si existían diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Fobia Social, Ansiedad y Asertividad antes y después de recibir el entrenamiento, se aplicó nuevamente el estadístico T Student.

El grado de libertad (gl) para los 59 sujetos (N) fue de 58, utilizando un nivel de significancia al .05 (véase tabla no. 10).

TABLA 10			
INSTRUMENTO	VALOR DE T OBTENIDA	GI	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
CUESTIONARIO DE FOBIA SOCIAL (FS Y TPE)	5.96	58	P < .000
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	5.59	58	P < .000
ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS (ECAN)	-2.86	58	P < .006

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (Ho), es decir que sí hubo cambios estadísticamente significativos en las tres pruebas una vez aplicado el Entrenamiento.

Un análisis más detallado en cuanto a las diferencias (pre-post test) entre hombres y mujeres en cuanto a Fobia Social, Ansiedad y Asertividad, y los niveles de estos dos últimos dio los resultados que se presentan a continuación:

Cuestionario de Fobia Social

De los 59 adolescentes, 17 hombres y 42 mujeres quedaron ubicados dentro del “diagnóstico” de Fobia Social, y al finalizar el Entrenamiento estas cifras se redujeron a: 15 hombres y 29 mujeres, es decir que 15 de ellos (2 hombres y 13 mujeres) dejaron de pertenecer a dicho “diagnóstico”. Sin embargo en los 59 adolescentes hubo una disminución de Fobia Social, como quedó demostrado en el análisis estadístico (véase tabla no.11).

TABLA 11				
CUESTIONARIO DE FOBIA SOCIAL				
“DIAGNOSTICO” FOBIA SOCIAL 59 ADOLESCENTES	HOMBRES		MUJERES	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
	17	15	42	29

Los resultados del Cuestionario de Fobia Social dieron, para la población masculina y femenina los siguientes valores de T (véase tabla no. 12):

TABLA 12 CUESTIONARIO DE FOBIA SOCIAL			
INSTRUMENTO	VALOR DE T OBTENIDA	GI	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
FOBIA SOCIAL PRE Y POST-TEST EN HOMBRES	4.74	16	.000
FOBIA SOCIAL PRE Y POST-TEST EN MUJERES	4.20	41	.000

Los resultados anteriores nos indican que si hubo cambios estadísticamente significativos en ambos grupos.

Inventario de Ansiedad de Beck

En el Inventario de Ansiedad de Beck que se evalúa con cuatro niveles (mínima, leve, moderada y severa) se encontró que hubo una disminución de ésta como se aprecia en la tabla no 13.

NIVEL DE ANSIEDAD	HOMBRES		MUJERES	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
Mínima	0	3	0	3
Leve	9	11	12	23
Moderada	7	3	22	13
Severa	1	0	8	3
TOTAL DE ADOLESCENTES	17	17	42	42

El análisis estadístico del Inventario de Ansiedad de Beck dio para la población masculina y femenina los siguientes valores (véase tabla no 14).

INSTRUMENTO	VALOR DE T OBTENIDA	GI	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
NIVEL DE ANSIEDAD PRE Y POST-TEST EN HOMBRES	2.20	16	.043
NIVEL DE ANSIEDAD PRE Y POST-TEST EN MUJERES	5.26	41	.000

Se concluye entonces, que en los dos grupos si hubo cambios estadísticamente significativos.

Escala de Conducta Asertiva para Niños

Igualmente, se encontraron diferencias significativas en la Calificación T de los niveles de Asertividad (muy superior, superior, superior al término medio, término medio, inferior al término medio, inferior y deficiente). Véase tabla no 15.

TABLA 15				
ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS				
NIVEL DE ASERTIVIDAD	HOMBRES		MUJERES	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
Muy superior	6	9	14	18
Superior	2	2	7	8
Superior al termino medio	4	3	7	6
Termino medio	2	2	7	5
Inferior al termino medio	1	0	4	2
Inferior	1	0	1	0
Deficiente	1	1	2	3
TOTAL				
ADOLESCENTES	17	17	42	42

Los resultados del análisis estadístico de ambas poblaciones fueron los siguientes (véase tabla no. 16):

TABLA 16			
ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS			
INSTRUMENTO	VALOR DE T OBTENIDA	GI	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
NIVEL DE ASERTIVIDAD PRE Y POST-TEST EN HOMBRES	-2.62	16	.019
NIVEL DE ASERTIVIDAD PRE Y POST-TEST EN MUJERES	-1.93	41	.061

Por lo que se concluye que sólo hubo cambios estadísticamente significativos en los hombres.

VIII. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa difícil de la vida, ya que los cambios físicos y psicológicos que se presentan, modifican drásticamente la relación del individuo con su entorno. El adolescente se enfrenta a la necesidad de establecer nuevas relaciones fuera de la familia y su conducta es evaluada cuidadosamente por los demás. Aquellos que son vulnerables a volverse ansiosos en situaciones estresantes, disminuyen su nivel de socialización. Así explica Ohman (1986) la razón de la prevalencia de la Fobia Social en los adolescentes.

Con este trabajo se pretendió justamente atender, en lo posible, esta problemática mediante la aplicación de un Entrenamiento en Habilidades Sociales para la disminución de Fobia Social en Adolescentes, en el que se manejaron tres dimensiones: cognitiva, conductual y ambiental.

En la primera, se trabajó lo relativo a la autoaceptación y seguridad en uno mismo, pues sin autoestima es difícil disminuir la Fobia Social, como quedó demostrado en una franca correlación: la Asertividad, elemento propio de la Autoestima (Michelson y cols, 1998, en Aguilar R., 1995) era mayor, cuanto menor lo eran la Ansiedad y Fobia Social. De ahí la razón de que se trabajara una reestructuración cognitiva con diferentes técnicas, como la Terapia Racional Emotiva.

Con respecto a la dimensión conductual fue preciso el ensayo: iniciación mantenimiento y finalización de las conversaciones en forma asertiva, cuidando los aspectos verbales y no verbales de la comunicación, en situaciones lo más acordes con la realidad cotidiana de los adolescentes. Por ejemplo: exponer en clase, dar y recibir cumplidos, hacer peticiones o aclarar malos entendidos.

Y tocante a la dimensión ambiental tuvo que propiciarse un estado de relajación a través de fondos musicales y ejercicios de respiración, para facilitar la participación en todas las actividades antes mencionadas.

Disminuir la Fobia Social a través de un entrenamiento grupal permite que quienes en él participan aprendan sobre sí mismos mediante la observación de los otros miembros del grupo, lo que da pie a una mejor relación con los demás.

Al tratarse de jóvenes que viven una misma realidad bio-psico-social se crea una sensación de pertenencia y con ésta, una mejor retroalimentación dentro de las técnicas grupales empleadas, todas ajustadas a los problemas de la vida real.

Se puede concluir que, efectivamente, el Entrenamiento en Habilidades Sociales resultó benéfico para el grupo total de adolescentes con quienes se trabajó (N=87) como quedó demostrado en el análisis estadístico pre y post de los tres instrumentos aplicados (Cuestionario de Fobia Social, Escala de Conducta Asertiva para Niños e Inventario de Ansiedad de Beck).

Tanto en hombres como en mujeres sí hubo diferencias estadísticamente significativas en los resultados del cuestionario de Fobia Social, pero no así en la población masculina con respecto a las pruebas de Ansiedad y Asertividad. Sin embargo pudieron apreciarse en éstas, cambios favorables en cuanto a sus niveles (BAI: mínima, leve, moderada y severa; ECAN: superior, termino medio, inferior, etc.). En las mujeres sí hubo cambios significativos en estas dos pruebas.

De los 87 adolescentes se estudiaron posteriormente de forma separada a los 59 que resultaron en un principio con el “diagnostico de Fobia Social” y se encontraron resultados similares, esto es: diferencias estadísticamente significativas

en todos ellos en el análisis pre-post de los tres instrumentos pero una vez estudiados de forma separada (hombres de mujeres) sólo en las mujeres no hubo cambios importantes en la Escala de Asertividad. Aunque nuevamente el análisis por niveles demostró cambios positivos.

Todo lo anterior hace necesario considerar los siguientes aspectos: primero, que se trabajó con más mujeres que hombres (51 mujeres, 36 hombres), por lo que la probabilidad de cambios era mayor en éstas y segundo, que los resultados obtenidos se deban a que las mujeres son más asertivas como ha quedado demostrado en otras investigaciones. Por ejemplo, Eisenberg, Fabes, Minore y Mathy (1994) estudiaron las respuestas a situaciones problema entre mujeres y hombres, midiendo la conducta social y encontraron que los hombres mantienen su conducta en cualquier situación y contexto, mientras que las mujeres son más asertivas y tienen mayor nivel de interacción social, siendo su conducta diferente para resolver conflictos (Aguilar Ramírez, 1995).

Norma Aguilar Ramírez (1995) también encontró el mismo resultado al estandarizar la Escala de Conducta Asertiva de Michelson y Wood en una muestra mexicana de niños de 8 a 16 años y concluye que: "Las mujeres resultaron ser mas asertivas que los hombres, esto se puede deber a que las preguntas de la escala abarcan aspectos de empatía, inicio de conversaciones, pedir algo, dar y recibir elogios; y estos aspectos frecuentemente lo hacen las mujeres; lo que les permite tener mejor comunicación con los demás. La diferencia en la expresión de la asertividad entre hombres y mujeres se da con peculiar fuerza en la cultura mexicana por razones socio-históricas que han sido analizadas por diferentes autores, entre ellos Flores y Díaz (1984) los cuales mencionan que la educación desde la infancia del varón se centra en el desarrollo de la virilidad, rechazando cualquier rasgo de tipo femenino (como dar elogios, halagar, etc.)".

Siendo las experiencias las que nos ayudan a mejorar, a continuación se comentan las dificultades que se hubo de enfrentar y posibles sugerencias para mejorar este trabajo.

En primera instancia se tuvo que ajustar el programa de actividades con el tiempo que ofrecía la escuela secundaria: cincuenta minutos por sesión que resultaron escasos considerando los factores externos como las “llegadas tarde”, interrupciones de alumnos y maestros, ceremonias (hombres a la bandera), y salidas de alumnos que tenían que prepararse para atender la cooperativa (venta de comestibles) en los descansos.

Fue entonces conveniente modificar los contenidos por sesión, reduciendo la “teoría” con definiciones breves y sencillas y aumentar el número de ejemplos y ejercicios.

Por otro lado, al trabajar con muchos alumnos, ya que no fue posible atender a equipos pequeños, y tratándose justamente de los alumnos más “indisciplinados de la escuela” –según los directivos- se emplearon las siguientes estrategias:

- Se realizaron más ejercicios de relajación.
- Se identificaron a los alumnos más problemáticos para sentarlos al frente.
- Se les asignó a todos un lugar de manera alternada: “hombre–mujer”, para disolver los “grupitos” y propiciar su atención, así como una convivencia más homogénea.

Cabe señalar que los directivos pidieron no se les informara a los alumnos cuáles eran los días de las sesiones, para que no dejaran de hacer las tareas de las materias que habrían de suspenderse. Esto provocó que, efectivamente, cumplieran

con sus labores escolares, pero no hicieran las “tareas para casa” del entrenamiento, de modo que éstas tuvieron que ser realizadas dentro de las sesiones.

Pese a las dificultades y gracias a ellas, muchos de los cambios resultaron positivos. Se logró un mayor interés al, por ejemplo, tener que aumentar el número de ilustraciones y ejercicios, pues hicieron del entrenamiento algo más vivencial y atractivo.

Independientemente de los análisis estadísticos, pudo observarse mejoría en los adolescentes. En general, fue muy notoria la desinhibición de varios de los alumnos que solían participar poco en clases, aun teniendo las respuestas correctas.

Ahora bien, es justo mencionar que se contó con el apoyo de las autoridades de la institución, quienes nos facilitaron el espacio y el material necesario de acuerdo a sus posibilidades, mostrando con ello gran interés por el entrenamiento. Comentaban, también, que creían necesario tener este tipo de ayuda para mejorar la conducta de los adolescentes.

Esto nos lleva a pensar en la necesidad de que se considere seriamente el Trastorno de Fobia Social, que al no ser a simple vista tan notorio como otros, no se le da la debida importancia. Por desgracia quienes lo padecen son personas aisladas, poco problemáticas, “que no molestan”, y por ello pueden pasar inadvertidas, máxime si una característica común de este trastorno es que el Fóbico Social tiende a reservarse sus temores.

En futuras investigaciones podría comenzarse por realizar y perfeccionar instrumentos que midan Fobia Social, para detectar este trastorno y encontrar las estrategias más óptimas para su solución.

Ciertamente el espacio más adecuado para ello es el propio hogar y la escuela, ámbitos en los que el adolescente se forma y pasa la mayor parte su tiempo. De aquí partiría la idea de comenzar por capacitar a los padres y maestros, en el entendimiento de que mejores resultados se obtendrán en la medida en que se trabaje interdisciplinariamente los aspectos que permitan el desarrollo de las habilidades sociales, con un plan de acción bien definido.

Por fortuna un trabajo así no requiere de grandes recursos materiales, pero sí de creatividad, capacidad de observación, sensibilidad y mucho interés por los adolescentes para lograr la meta deseada; y por supuesto, haber vivenciado en talleres similares todo el proceso que se pretende transmitir, para ser un buen facilitador del cambio.

El que se ayude al adolescente a superar sus miedos, fortaleciendo su autoestima y habilitándolo en las relaciones sociales, hará que contemos con hombres y mujeres más seguros de sí mismos, que desarrollen plenamente sus capacidades y tengan una sana interrelación con los demás.

IX. ANEXO

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 1
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: INTRODUCCIÓN AL TALLER Y APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS

OBJETIVO	TECNICA/FORMATO	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Informar de la importancia de tomar un Entrenamiento Habilidades Sociales.	Exposición de las Instructoras	Introducción al taller, proporcionando una visión panorámica de los temas a tratar.		5 min.
Identificar la presencia de Fobia Social.	Aplicación de tres cuestionarios (pre-tests)	Los adolescentes contestan los cuestionarios de manera individual, una vez dadas las instrucciones generales.	Cuestionarios: <ul style="list-style-type: none"> • Fobia Social (FS y TPE) • Escala de Conducta Asertiva para Niños (ECAN) • Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Lápices	45 min.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 2
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: AUTOESTIMA

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Romper la tensión inicial, propiciando la interacción del grupo.	Presentación por diadas	Se formaron equipos de dos personas para intercambiar información básica (nombre, edad, pasatiempos) para posteriormente presentarse por pares ante todo el grupo.		10 min.
Facilitar el desarrollo del taller y la confianza del grupo.	Lineamientos del Taller	La instructora escribe los Lineamientos del taller que los participantes consideren importantes (confidencialidad, hablar en primera persona, escuchar a los demás...)	Pliego de papel bond Marcadores	5 min.
Conocer que es la Autoestima, factores que la disminuyen y cómo mejorarla.	Exposición de las Instructoras	Definición de Autoestima. Principales causas de la baja autoestima. Ejemplos en grupo. Actitudes racionales e irracionales en torno a la autoestima.	Rotafolio con definiciones y ejemplos	20 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 2

TEMA: AUTOESTIMA (continuación)

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Identificar cualidades y defectos propios para poder manejarlos y así propiciar la satisfacción personal.	Conociéndome	Los participantes escriben dos listas una de cualidades y defectos que ellos reconozcan en sí mismo, y posteriormente se comentará en grupo la manera de mantener las primeras y superar los segundos.	Hojas blancas Lápices	10 min.
Propiciar la reflexión.	Cierre	En sus asientos, los participantes escuchan con los ojos cerrados una canción alusiva al tema visto.	Audiocassete-canción: "La Felicidad" Grabadora	5 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 3
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: AUTOESTIMA Y RELAJACIÓN

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Fomentar el interés por mejorar la autoestima propia y de los demás.	Exposición de las Instructoras	Algunas actitudes claves de la autoestima (saber escuchar, capacidad de riesgo, seguridad...)	Copias resúmenes	20 min.
Que los participantes identifiquen en sí mismos alcances y limitaciones.	La maleta de la vida	Los participantes imaginan con los ojos cerrados que harán un viaje interesante y piensan cuáles son las características positivas que les servirán y cuáles son las negativas que habrán de dejar para que dicho viaje sea un éxito. Posteriormente las pondrán por escrito.	Hojas blancas Lápices	10 min.
Demostrar que los ejercicios de relajación son útiles en la reducción de ansiedad y la tensión muscular, entre otras.	Exposición de las Instructoras	Relajación: Qué es Para qué sirve		10 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 3

TEMA: AUTOESTIMA Y RELAJACIÓN (continuación)

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Controlar el nivel de ansiedad de los participantes a través de la relajación.	Relajación Diafragmática	Los adolescentes se sientan cómodamente sin cruzar piernas ni brazos, cierran sus ojos y siguen las instrucciones del ejercicio.	Audiocassette: "Relajación Diafragmática" Grabadora	10 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 4
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: ASERTIVIDAD

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Definir el concepto de asertividad y distinguirlo de las conductas agresiva y pasiva.	Exposición de las Instructoras	Conducta Pasiva Conducta Agresiva La Opción Asertiva	Rotafolio con definiciones e ilustraciones	25 min.
Aprender a expresar los pensamientos, sentimientos y deseos propios.	Juego de Timbiriche	Se forman dos equipos que deberán reconocer en diversas frases escritas, sacadas al azar, si se trata de una conducta asertiva, pasiva o agresiva. Por cada respuesta correcta participan en el juego de Timbiriche.	Pliego de papel bond Papeles con frases escritas de conductas pasivas agresivas y asertivas.	20 min.
Reafirmar lo aprendido en la sesión y llevarlo a la práctica.	Tarea para casa	Instrucciones sobre la tarea. Cuestionario sobre conductas no asertivas, que va seguido de un ejercicio de reflexión para mejorar.	Cuestionarios	5 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 5
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: ASERTIVIDAD

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Aprender a expresar asertivamente los deseos, sentimientos y pensamientos propios.	Estilo de Conductas	Previo ejemplo, los participantes distinguen cual es el estilo de conducta imperante (asertivo, agresivo o pasivo) en diferentes diálogos por escrito. Algunos de estos ejercicios se contestan en forma grupal.	Rotafolio con diálogos de los diferentes estilos de conducta.	30 min.
Reafirmar lo aprendido en esta sesión.	Tarea para Casa: Estilos de Conducta	Se contestan ejercicios semejantes a los anteriores de manera individual	Copias con los diferentes diálogos de estilo de conducta.	5 min.
Controlar el nivel de ansiedad de los participantes a través de la relajación.	Relajación Diafragmática	Los adolescentes se sientan cómodamente sin cruzar piernas ni brazos, cierran sus ojos y siguen las instrucciones del ejercicio.	Audiocassete: "Relajación Diafragmática" Grabadora	10 min.
Propiciar la reflexión.	Cierre	En sus asientos, los participantes escuchan con los ojos cerrados una canción alusiva al tema visto.	Audiocassete-canción: "Hoy puede ser un Gran Día" Grabadora	5 min

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 6
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: DERECHOS HUMANOS ASERTIVOS

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Conocer y concientizar sobre la existencia de los Derechos Humanos Asertivos.	Exposición de las Instructoras	Previa revisión grupal de las tareas, se explican y ejemplifican los derechos (derecho a cometer errores, a cambiar de opinión, a pedir reciprocidad, etc.)	Rotafolio con definiciones e ilustraciones	25 min.
Ejercitarse para reaccionar de manera asertiva en situaciones en la que se necesita hacer una petición o defender algún derecho.	Viñetas-Cómic	Se proporcionan una serie de láminas del tipo viñeta-cómic que representen situaciones en las que alguien no le respetan algún derecho o necesita hacer alguna petición. Se deberá escribir la frase asertiva	Copias de las láminas Lápices	15 min.
Concientizar a los participantes sobre los Derechos Humanos Asertivos que les resulten difíciles de defender.	Cierre: Ejercicio de Relajación	Los adolescentes se sientan cómodamente, cierran sus ojos y respiran profundamente tratando de visualizar lo indicado por la instructora, quien hará referencia nuevamente de la importancia de los derechos.	Audiocassette-música de fondo Grabadora	10 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 7
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Aprender a reestructurar los pensamientos cotidianos de una manera más real para evitar sufrimientos innecesarios	Exposición de las Instructoras	Pensamientos distorsionados más comunes: Filtrado, sobregeneralización, castratofizar, etc.	Rotafolio con definiciones e ilustraciones	20 min.
	Relacionar columnas	Ejercicio que contiene los diferentes tipos de pensamientos distorsionados con sus respectivos ejemplos mismos que habrán de ser identificados.	Copias Lápices	15 min.
	Grupal	El grupo en su totalidad con la guía del instructor, trata de descubrir en varios monólogos por escrito, aquellas frases que delatan pensamientos distorsionados, para después identificar a qué tipo pertenece.	Copias Lápices	15 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olímpia Madera Alarcón

SESION: 8
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: EL DEBERIA

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Introducir a los jóvenes en el tema de "El Debería", propiciando el autoanálisis.	Ejercicio escrito	Los participantes escriben una lista de cómo creen ellos que "deberían ser" en las diferentes facetas de su vida: como amigos, estudiantes, hijos, etc.	Hojas Lápices	10 min.
Analizar la forma de pensar en cuanto al "debo de" y su relación con la baja autoestima.	Exposición de las Instructoras	Definición de "El Debería" y causas por las que esta forma de pensar afecta a la autoestima.	Rotafolio con definiciones e ilustraciones	20 min.
Corregir algunas ideas equivocadas con respecto al modo de pensar	Ejercicio escrito	Se analiza la lista escrita al principio de la sesión y se corrigen los "debería" irracionales.	Hojas Lápices	5 min.
Controlar el nivel de ansiedad de los participantes a través de la relajación.	Relajación Diafragmática	Los adolescentes se sientan cómodamente sin cruzar piernas ni brazos, cierran sus ojos y siguen las instrucciones del ejercicio.	Audiocassete: "Relajación Diafragmática" Grabadora	10 min.
Propiciar la reflexión.	Cierre	En sus asientos, los participantes escuchan con los ojos cerrados una canción alusiva al tema visto.	Audiocassete-canción: "Mi Exito" Grabadora	5 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 9
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: EL ABC DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Introducir a los participantes en los principios racional-emotivos propios de la Terapia Racional Emotiva (TRE).	Exposición de las Instructoras	Los pasos ABC de Terapia Racional Emotiva (TRE): acontecimiento, creencia y respuestas emocionales y de comportamiento.	Rotafolio con definiciones, ejemplos e ilustraciones	20 min.
Explicar como influyen los pensamientos en los sentimientos, y cómo muchas veces los primeros, el ser irracionales provocan un malestar emocional y conductas poco acertadas.	Ejercicio de Relajación	Durante el ejercicio de relajación se les pide a los participantes que piensen en algún secreto importante en sus vidas. Posteriormente se les pedirá los revelen al grupo provocando con ello reacciones diversas (enojo, ansiedad, tristeza...) mismas que serán comentadas para demostrar cómo los pensamientos producen sentimientos. Por su puesto los secretos nunca serán revelados.	Audiocassette-fondo musical Grabadora	15 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 9

TEMA: EL ABC DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (continuación)

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reflexionar sobre el tema de la sesión. Ejercitar la corrección de pensamientos erróneos.	Autoanálisis ABC	Los participantes recuerdan de forma individual algún suceso que los haya hecho sentir mal y analizan cuáles fueron sus pensamientos, sentimientos y conductas de acuerdo a los pasos ABC de la TRE.	Copias Lápices	15 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 10
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: ESTABLECIMIENTO DE LAS RELACIONES SOCIALES

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Demostrar cómo las conductas no verbales también comunican mensajes practicar esta comunicación no verbal.	Sin Palabras	Se divide al grupo en parejas estas deberán decirse lo que hicieron el día anterior solamente con gestos. Al final se comenta en grupo la importancia de la comunicación no verbal.		15 min.
Aprender a iniciar, mantener y finalizar conversaciones, a expresar seguridad y confianza para relacionarse con los demás de una manera más satisfactoria.	Exposición de las Instructoras	Errores más comunes en el establecimientos de las relaciones sociales. Estrategias para la conversación, mantenimiento y terminación de una conversación.	Rotafolio con definiciones y ejemplos.	30 min.
Practicar las habilidades de conversación de situaciones cotidianas.	Tarea para casa	Realizar llamadas telefónicas, hacer cumplidos y saludar a las personas, comenzando por las conocidas.		5 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 11
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: ESTABLECIMIENTO DE LAS RELACIONES SOCIALES

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reforzar lo aprendido de la sesión anterior.	Exposición de las Instructoras	Repaso de las estrategias para iniciar, mantener y finalizar conversaciones. Comentar en grupo la tarea.		10 min.
Practicar la comunicación verbal, cuidando los aspectos no verbales en una charla informal.	Temas vacíos	Los adolescentes pasan frente al grupo y hablan de un tema elegido al azar. Al final de cada participación se da retroalimentación positiva sobre los elementos adecuadamente empleados.	Tarjetas con los temas vacíos (agua, Navidad, petróleo, etc...)	20 min.
Manifestar los pensamientos y las emociones experimentados durante el entrenamiento y realizar comentarios finales. Concluir las actividades.	Cierre del curso	Comentarios en grupo		20 min.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA LA DISMINUCIÓN DE FOBIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES**

RESPONSABLES: Cirenea Sánchez Hernández
Helena Olimpia Madera Alarcón

SESION: 12
DURACIÓN: 50 min.

TEMA: APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS

OBJETIVO	TECNICA	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Conocer si hubo cambios favorables en los adolescentes con respecto a la Fobia Social una vez concluido el Entrenamiento en Habilidades Sociales.	Aplicación de tres cuestionarios (post-tests)	Los adolescentes contestan los cuestionarios de manera individual, una vez dadas las instrucciones generales.	Cuestionarios: <ul style="list-style-type: none"> • Fobia Social (FS y TPE) • Escala de Conducta Asertiva para Niños (ECAN) • Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Lápices	50 min.

X. BIBLIOGRAFIA

Aguilar Kubli, E. (1993). **Asertividad. Sé tu mismo sin sentirte culpable**. México: Pax.

Aguilar Kubli, E. (1995). **Domina la Autoestima**. México: Arbol.

Aguilar Ramírez, N. (1995). **Estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Wood en una muestra mexicana de niños de 8 a 16 años**. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV**. (1995). España Masson.

Caballo, V. E. (1993). **Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales**. España: Siglo XXI.

Caballo, V. E. (comp.). (1991). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo XXI.

Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Carroble, J. A. (1995). **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos**. (Vol. 1). **Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos**. España: Siglo XXI.

Cautela, J. y Grodin J. (1985). **Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial**. España: Martínez Roca.

CONAPO, DIF. (1994). **Sexualidad adolescente**. México: Foc.

Davis, M., Robbins, E. y McKay, M. (1982). **Técnicas de autocontrol emocional**. España: Martínez Roca. (1985).

Echeburúa, E. (1992). **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. España: Pirámide.

Ellis, A. (1987). **Práctica de la terapia racional emotiva**. Bilbao: Descleé de Brouwer (1989).

Ellis, A. y Abrahams, E. (1978). **Terapia Racional Emotiva-TRE**. México: Pax. (1986).

Fabra, Maria L. (1996). **Ni resignadas ni sumisas**. Técnicas de grupo para la socialización asertiva de niñas y chicas. Barcelona: RET.s.a.i.

Feldman, P. y Orford, J. (1985). **Prevención y solución de problemas psicológicos aplicando la psicología social**. (Capítulo 5). Argyle, M. (1980). **Capacidades de interacción y competencia social**. México: Limusa.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). **Metodología de la Investigación**. México: McGraw-Hill. (1994).

Ibañez Brambilia, B. (1990). **Manual para la elaboración de tesis**. México: Trillas.

- Jurado Cárdenas, S. (1997). **Entrenamiento Asertivo**. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México: Cromo Color, S.A. de C.V.
- Kerlinger, F.N. (1988). **Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología**. (2ª Edición). México: McGraw-Hill. (1990).
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1981). **Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés**. España: Martínez Roca (1985).
- Mode, E.B. (1967). **Elementos de probabilidad y estadística**. México: Reverte Mexicana. (1972).
- Monroy C, L y Tanamachi T, M. (1997). **Mi autoestima**. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México: Cromo Color, S.A. de C.V.
- Papalia, E. Diane y Wendkos Olds, Sally (1988). **Psicología**. México: McGraw-Hill. (1990).
- Pick, S. y cols. (1988). **Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes**. (7ª edición) México: Planeta. (1995).
- Ponce, A. (1981). **Ambición y Angustia en los Adolescentes**. (3ª edición). Buenos Aires, Argentina: Boedo. (1984).
- Rimm, D. C. y Masters J. C. (1980). **Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos**. (2ª. Edición). México: Trillas. (1990).

Rodríguez, E. M. y Serralde, M. (1991). **Asertividad para negociar**. México: McGraw-Hill. (1992).

Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996). **Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada**. (7ª edición). México: Prentice Hall. Hispanoamericana.

Smith, M. (1989). **Cuando digo no, me siento culpable**. México: Grijalbo.

Steer, R. y Beck, A. Use of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric outpatients. **American Psychological**. 1995 Apr. Vol. 76. 459-465. U.S.

Varela, R. y Villegas, E. (1998). **Estudio psicométrico de la versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck**. Presentado en: VIII Congreso Mexicano de Psicología. Realizado por la Sociedad Mexicana de Psicología del 15 al 17 de octubre de 1998. Publicado en el libro de resúmenes del Congreso, página 102.

Vida y Psicología. (1987). México: Selecciones del Reader's Digest. (1990).

Zinser, O. (1993). **Psicología experimental**. México: McGraw-Hill.

Zemach-Bersin, D. (1996). **Ejercicios de relajación. Una manera sencilla de mantener la salud y la forma física**. España: Paidós.