



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN  
FOBIA SOCIAL: EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

**DAVID GUERRERO MAYORGA**

DIRECTOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.

REVISORA: DRA. ANGELICA RIVEROS ROSAS.

SINODALES

- MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE CORIA.
- MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.
- LIC. AÍDA ARACELI MENDOZA IBARROLA.



Ciudad Universitaria, México, D.F. Junio 2013



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.

*A los diez pacientes que confiaron en mí y que con su esfuerzo se pudo realizar esta tesis de esta manera, a ellos que confiaron en un profesional les devuelvo este trabajo profesional.*

*A J. D. D. por ser la primera paciente en mi carrera de psicólogo y que presentaba un cuadro con fobia social. Porque al demostrarse a ella misma me mostró a mí, que es normal que la vida duela, el punto es saber enfrentarse a ella.*

## **Agradecimientos.**

Esta Tesis va dirigida a todas aquellas personas que pusieron de su parte para su desarrollo.

Agradezco especialmente al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por que en su tutela académica he podido desarrollarme como psicólogo clínico. Por su parsimoniosa, clara y humana manera de ser, adquirí la mayoría de mis habilidades clínicas. No dudo que ante gran persona cualquier alumno se siente tranquilo y agradecido de aprender lo que él sabe. Muchísimas Gracias.

A la maestra Alma Mireia, y a la maestra Lidia Díaz por tomar en cuenta mi trabajo y apoyarme en la finalización de este trabajo.

A la Maestra Guadalupe Santaella y la maestra Aída Araceli por fungir como sinodales en mi tesis.

A la Dra. Angélica Riveros por su comprensión e interés en las modificaciones pertinentes a mi proyecto de Tesis.

A la Dra. Andrómeda Valencia por la confianza a mi trabajo como Psicólogo Clínico. Sin su docencia y apoyo en el escenario del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila no hubiera desarrollado las suficientes habilidades para decirme psicólogo clínico. Gracias por el positivismo con el que se mueve.

A Alicia por ser como es, por el apoyo, ya que es una de las personas que estuvo desde el inicio hasta el final.

A mi Papá, mi mayor ejemplo de la resistencia, fortaleza y amor. Tengo la fortuna de cerrar un ciclo que inicio desde que decidió formar nuestra hermosa familia. Tanto tiempo pensar en cómo ayudarnos a ser buenos hombres... tiene razón de presumirlo. La mejor herencia que me ha dado son dos cosas; mis estudios y la virtud de expresar Amor. Gracias papá

A mi Mamá, Que decidió dejar el trabajo para que nosotros creyéramos con el cariño que necesita un hijo, gracias a esos valores con lo que me educo he podido mostrar la mejor cara que ella muestra a lo demás, el de la amabilidad y respeto por los demás. Se titula por cuarta vez y eso es de admirarse. Gracias por ser un ejemplo de tolerancia, comprensión y ternura.

A Felipe mi hermano mayor, que abrió puertas y con su inteligencia ha sabido sobresalir y dio el ejemplo para nosotros hacerlo

A Israel, que sus gustos son mis gustos. Muchas cosas que pienso y que son mis ideales se las debo a él. Su nobleza es algo envidiable y sus certezas suelen influir en mi vida

A Rodrigo mi hermano con el que suelo pasar muy buenos ratos, se ha convertido en un buen ejemplo de amor hacia su pequeño hijo Demian, mi pequeño especial. Entre los dos han demostrado que no existen límites para alcanzar la felicidad en conjunto

A todos mis amigos, que no terminaría de agradecer a cada uno de ellos, porque siempre me han regalado una risa, una palmada en la espalda y una experiencia satisfactoria.

Claudia... las palabras te las digo a diario, sabes que me excedo en ellas. Conoces mis partes más fuertes y débiles, el caminar contigo es de las experiencias más bellas en mi vida. Solo basta con que sonrías para que yo también lo haga. Eres mi compañera, amiga y pareja. Sé que si volteo a mi lado ahí estarás, sabes que si volteas a tu lado ahí estaré... tomando tu mano. Gracias por permitirme estar en mi lugar más sereno de este mundo... tus brazos: *“Yo no sé lo que valga mi vida, pero yo te la quiero entregar, yo no sé si tu amor la reciba, pero yo te la vengo a dejar”*.

A cada persona que me ha regalado cuando menos un segundo de su tiempo, muchas gracias, por que la suma de todas esas situaciones se llaman mi vida.

MUCHAS GRACIAS.

## Índice.

<b>Resumen</b> -----	7.
<b>Introducción</b> -----	8.
<b>Capítulo 1 Diagnóstico</b> -----	9.
Diagnóstico Diferencial-----	12.
Comorbilidad-----	15.
Prevalencia-----	16.
<b>Capítulo 2 Aspectos moleculares de la fobia social</b> -----	18.
Situaciones-----	18.
Indicadores Fisiológicos-----	21.
Indicadores Cognitivos-----	21.
Indicadores Conductuales-----	23.
<b>Capítulo 3 Evaluación</b> -----	24.
Entrevistas-----	24.
Autoregistros-----	25.
Escalas psicométricas-----	25.
Medidas Fisiológicas-----	27.
<b>Capítulo 4 Factores y modelos explicativos</b> -----	28.
Factores neurobiológicos-----	28.
Factores Ambientales y del desarrollo-----	31.
Factores Psicológicos-----	34.
Modelos explicativos-----	36.
Modelos de aprendizaje-----	37.
Propuestas Cognitivas-----	39.
Propuesta de Clark y Wells: teoría cognitiva de la fobia social-----	41.
Modelos de Bados-----	46.
<b>Capítulo 5 Tratamiento de la fobia social y calidad de vida</b> -----	51.
Terapias de exposición-----	54.
Desensibilización Sistemática-----	54.
Terapia Implosiva-----	56.
Reestructuración Cognitiva-----	59.
Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) -----	60.
Terapia Cognitiva Estándar-----	61.
Relajación-----	64.
Relajación Autógena-----	64.
Relajación Muscular Progresiva-----	65.
Técnicas Respiratorias-----	66.
Entrenamiento en Habilidades Sociales-----	67.
Fobia Social y depresión-----	69.

Calidad de Vida y Fobia Social-----	70.
<b>Método</b> -----	73.
Planteamiento del Problema-----	73.
Justificación-----	73.
Objetivos General-----	74.
Objetivos específicos-----	74.
Hipótesis de Investigación-----	74.
Hipótesis Estadísticas-----	75.
Variables Dependientes-----	76.
Depresión-----	76.
Ansiedad-----	76.
Calidad de Vida-----	76.
Sensibilidad a la Ansiedad-----	77.
Ansiedad Social-----	77.
Participantes-----	78.
Diseño-----	78.
Instrumentos-----	79.
Escenario-----	80.
Procedimiento-----	81.
Protocolo-----	81.
<b>Resultados</b> -----	85.
<b>Discusión y conclusión</b> -----	102
<b>Referencias</b> -----	111.

## Resumen

El objetivo de esta investigación consistió en conocer la eficacia y repercusión de un tratamiento cognitivo conductual en 5 medidas: Depresión, Ansiedad, Calidad de Vida, Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad social. Diez participantes fueron asignados al protocolo de intervención cognitivo-conductual para la ansiedad social. Los resultados muestran una disminución en los niveles de depresión, ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y ansiedad social, además de incrementar los niveles de tres de los cuatro factores de calidad de vida: factor físico, factor ambiental y factor psicológico. En el factor social no hubo cambios.

*Palabras clave:* Fobia social, sensibilidad a la ansiedad, calidad de vida, cognitivo-conductual, depresión, ansiedad.



## **Introducción.**

El estudio de la fobia social surge desde la introducción del término por Janet en 1909 (Caballo, 1995; Christopé y Légeron, 1997; Olivares y Cols, 2003) observando a aquellas personas que tenían miedo a hablar en público, tocar el piano o escribir mientras las observaban, esto antes se consideraba algo normal en el ser humano, quizá por el rasgo natural de la timidez, sin embargo, Janet es el primero en identificar como síntomas de un trastorno psiquiátrico.

Posteriormente Marks y Gelder en 1966 la definieron como el temor a comer, beber, temblar, ruborizarse, escribir o desmayarse en presencia de otras personas, con la característica esencial del miedo a parecer ridículo en público.

Es entonces cuando la fobia social en 1980 en el DSM-III (1980), DSMIII-TR (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2002) toma lugar como trastorno psicológico, y llega a ser mencionado en 1985 por Liebowitz, Gorman Fyer, Klein como el trastorno de ansiedad olvidado. Es a partir de aquí que la fobia social toma importancia en la comunidad psicológica y se desarrolla una amplia investigación sobre su descripción, diagnóstico, evaluación y tratamiento.

De acuerdo a Medina (2003) La fobia social es el cuarto trastorno más común en la Ciudad de México, es por ello que el presente trabajo presentará un protocolo de intervención y valorara los resultados de este.

# **CAPÍTULO 1**

## **DIAGNÓSTICO**

El DSM-IV es un manual desarrollado por la Asociación Estadounidense de psiquiatría, contiene la categorización de los trastornos mentales y proporciona una descripción completa de los criterios diagnósticos con el fin de que el profesional de la salud mental cuente con herramientas para investigar, diagnosticar e intervenir en los diferentes trastornos mentales.

Propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 Ejes, con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

- Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno.
- Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad o algún trastorno del desarrollo o retraso mental
- Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
- Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente. (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).
- Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

Dentro de este manual existen los trastornos de ansiedad de los cuales uno es la Fobia Social.

La gente con fobia social suele temer a comportarse de manera humillante y vergonzosa. La exposición a la situación social temida provoca por lo general ansiedad incluso llegando a presentarse en algunos casos con crisis de angustia.

En el DSM-IV-TR (2002) los criterios para el diagnóstico de este trastorno son los siguientes:

A) Temor acusado y persistente por 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 la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o vergonzoso.

B) La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

C) El individuo reconoce que este temor es excesivo e irracional.

D) Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones

laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F) En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

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

H) Si hay una enfermedad médica u trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa.).

El DSM-IV-TR menciona en sus especificaciones que puede diagnosticarse como fobia social específica (o también no generalizada, circunscrita o limitada) o generalizada. La primera se identifica en aquellos sujetos en la que hay una o pocas situaciones sociales temidas, mientras que en la segunda, es en una amplia gama de de situaciones que deterioran en forma significativa sus relaciones sociales, laborales o académicas. Es importante mencionar que identifica en el sujeto con fobia social generalizada deficiencias en habilidades sociales más marcadas que en sujetos con fobia social específica.

Sin embargo, el DSM-IV-TR deja varias dudas a la comunidad clínica ya que no delimita en qué sentido se diferencian estas categorías, llegando a formar un debate en la literatura, argumentando por una parte si es cuantitativa la diferenciación o si es cualitativa (Zubeidat,2007). Baños, Quero, Botella y Perpiña (2003) revisan varias propuestas, la primera propone clasificar la fobia social en función del tipo de situaciones que las personas temen, diferenciando las de ejecución con las de interacción social. Otro tipo de clasificación es el grado en que la ansiedad se generaliza a través de diferentes situaciones sociales. La manera de especificar estas diferencias y que ha sido aceptada por la mayoría de los investigadores clínicos es la siguiente:

1.- Subtipo generalizado: donde se encuentran aquellas personas que temen literalmente a la mayoría o a todas las situaciones sociales.

2.- Subtipo discreto: en el que estarían aquellas personas que temen sólo una o dos situaciones sociales circunscritas.

3.- Subtipo no generalizado: una categoría intermedia, en la que estarían aquellas personas cuya generalidad se situara entre el subtipo discreto y generalizado.

### *Diagnostico Diferencial.*

El diagnóstico diferencial es el procedimiento por el cual se identifica un determinada enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de

salud-enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

La Fobia social se puede diferenciar de los siguientes trastornos:

- **Trastorno de Angustia con Agorafobia:** el miedo a que los demás presencien como uno mismo sufre una crisis de angustia puede motivar a la aparición de comportamientos de evitación, sin embargo estas crisis son inesperadas y no se limitan a las situaciones sociales. La fobia social se caracteriza por la evitación de situaciones sociales con o sin crisis de angustia, y además es aversivo el escrutinio por parte de los demás.
  
- **Trastorno de Ansiedad por Separación:** los niños con este tipo de trastorno suelen estar cómodos en las reuniones sociales que tienen lugar en su propia casa, siempre y cuando los padres o la persona de la que dependen este presente, en la fobia social los síntomas aparecen en cualquier situación social con o sin la presencia de alguna persona conocida.
  
- **Fobias Específicas:** uno de los aspectos que pueden confundir a estos trastornos es que en la fobia específica se suele sentir vergüenza si los demás se dan cuenta de su miedo o fobia (a las arañas, las alturas,

elevadores, etc.), mientras que en la fobia social el miedo es a actuar inadecuada o vergonzosamente.

- **Trastorno de Ansiedad Generalizada:** en este trastorno se suelen tener altos niveles de ansiedad y preocupación ante diferentes estímulos y no solamente al escrutinio de la demás gente, mientras que en la fobia social se teme a la evaluación negativa de los demás o a quedar en ridículo.
- **Trastorno Generalizado del Desarrollo y Trastorno Esquizoide de la Personalidad:** en estos trastornos existen evitación de las situaciones sociales debido a una falta de interés por relacionarse con los demás, mientras que con la fobia social se conserva la capacidad de interesarse por las relaciones sociales en el ámbito familiar o algunas personas cercanas.
- **Trastorno de Personalidad por Evitación:** este trastorno comparte varias características con la fobia social, incluso pareciéndose demasiado a la fobia social generalizada, por lo que se considera el diagnóstico adicional del Trastorno de Personalidad por Evitación, la diferencia podría ser sólo de manera cuantitativa ante las situaciones sociales temidas.

La ansiedad que produce actuar en público, el terror a los escenarios y la timidez en reuniones sociales donde participan personas que no pertenecen al

ámbito familiar se diagnostican con fobia social siempre que haya un acusado deterioro de las actividades del individuo o un malestar clínico significativo.

### *Comorbilidad*

Sanderson (en Caballo, 1995) menciona que en Estados Unidos el 42% de la muestra de 24 individuos con fobia social, recibieron un diagnóstico secundario de trastorno de pánico con agorafobia, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo y/o trastorno por ansiedad generalizada.

Al igual Olivares et al. (2003) menciona que en los Estadounidenses entre el 70 % y el 80% de los sujetos con fobia social cumplen los criterios diagnósticos para al menos otro trastorno psiquiátrico. Entre ellos los más comunes son la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias tóxicas. De los trastornos de ansiedad están la agorafobia (23.5%), el trastorno obsesivo compulsivo (11.8%) y la fobia específica (5.9%). En los trastornos de ánimo se encuentra la depresión mayor (16.6%-37.2%) y el trastorno bipolar II (21%). En el abuso de sustancias tóxicas se encuentra el alcohol (22%).

De acuerdo a Nezu (2006) cerca de 70% de quienes sufren fobia social tienen un diagnóstico adicional al Eje I. Por ejemplo en trastornos específicos hay un porcentaje de 59% en comorbilidad a fobias específicas un 45%, abuso del alcohol un 19%, al trastorno depresivo mayor un 17%, al abuso de drogas un 13%,



y distimia un 13%. Y un 61% cumple con criterios para varios trastornos del eje II, entre ellos el trastorno de personalidad por evitación.

### *Prevalencia.*

El DSM-IV-TR (2002) indica que hay una prevalencia global que oscila entre el 3% y el 13%. Varía dependiendo la gravedad del trastorno, osea, si es una fobia social específica se encuentra en un 20%, pero si es una fobia social generalizada se encuentra en un 2%.

Olivares et al. (2003) hacen una revisión de los estudios epidemiológicos más sobresalientes desde el año 1974 hasta el año 2001 y encuentran que en las mujeres la prevalencia es de 0.54 a 18.5, en los hombres es de 0.0 a 14.6 y en conjunto es de 0.53 a 15.6.

Caraveo, Colmenares y Saldívar (1999) hicieron un estudio en México para identificar la prevalencia de algunos trastornos psiquiátricos en la ciudad de México, En relación a la fobia social encuentran que su prevalencia es de 2.6%, que la morbilidad de uno u otro sexo es 2.2 mujeres por cada hombre, cuando menos del 74.2% de las personas diagnosticadas con la fobia social han desarrollado otro trastorno, la búsqueda de ayuda en hombres es de 7.5% y en mujeres es de 13.8% (en una razón de 1.8 mujeres por cada hombre). Y la

búsqueda de ayuda profesional es sólo de 11.4% del total de personas diagnosticadas con fobia social.

Posteriormente, Medina et al. (2003) presenta en el reporte de resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, en la que en 3.8% de los hombres alguna vez en su vida había desarrollado fobia social en 1.8% en los últimos 12 meses y 0.5% en el último mes. En mujeres 5.4% los habían desarrollado alguna vez en su vida, 2.7% en los últimos 12 meses y 0.9% en el último mes, haciendo un total (en ambos sexos) de 4.7% alguna vez en su vida, 2.3% en los últimos 12 meses y 0.7% en el último mes. Esto la ubica en el segundo trastorno de ansiedad más común (después de las fobias específicas) y el cuarto trastorno psiquiátrico más común (después de fobias específicas, dependencia del alcohol y el trastorno disocial).

## CAPÍTULO 2

### ASPECTOS MOLECULARES DE LA FOBIA SOCIAL.

La mayoría de las investigaciones que han tratado de explicar la fobia social, en su mayoría ha sido revisada desde un panorama cognitivo-conductual. Este enfoque se caracteriza por hacer un análisis funcional que observa, describe, registra e interviene desde diferentes componentes que influyen en el malestar emocional. Estos son: Situaciones, reacciones físicas, pensamientos, y conducta

#### *Situaciones.*

Algunos autores han tratado de categorizar y describir las situaciones a los que los sujetos con fobia social están predispuestos. Caballo (1995) las clasifica en situaciones interactivas y no interactivas (ver tabla 1). Las interactivas son aquellas situaciones donde la persona vigila la conducta del otro y modifica su comportamiento de acuerdo a lo que observó. Las no interactivas hay menos necesidad de ajustarse a la conducta de los demás y hay poca retroalimentación sobre la evaluación de ellos hacia el sujeto.

Tabla 1  
Clasificación de situaciones sociales de acuerdo a Caballo (1995)

Clasificación	situaciones
Interactivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar y/o mantener conversaciones.</li> <li>• Quedar (citarse) con alguien.</li> <li>• Asistir a una fiesta.</li> <li>• Comportarse asertivamente. (expresar desacuerdo, rechazar una petición, dar su opinión).</li> <li>• Telefonar (personas desconocidas).</li> <li>• Hablar con personas con autoridad.</li> <li>• Hacer y recibir cumplidos.</li> <li>• Hablar en un grupo pequeño</li> </ul>
No interactivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar en público ante audiencia.</li> <li>• Actuar ante otras personas.</li> <li>• Ser el centro de atención.</li> <li>• Comer/beber en público.</li> <li>• Escribir/ trabajar mientras le están observando.</li> </ul>

Principales situaciones sociales por las que se enfrenta un fóbicos social y suelen desencadenar la  
síntomatología ansiosa.

Posteriormente Bados (2001) da una clasificación que se divide en cuatro componentes. Intervención pública, Interacción formal, Interacción asertiva y ser observado (ver figura 2). La interacción pública involucra interacción con un grupo de gente. La interacción formal se refiere a interactuar con alguien de manera directa desde una relación informal de amistad o compañerismo, hasta una situación sentimental. La interacción asertiva se refiere a la expresión de una necesidad hacia otra persona , y que no involucra una relación formal. El ser

observado es una situación en la que no hay interacción, sin embargo está expuesta a las miradas de los demás.

Tabla 2  
Clasificación de Situaciones sociales de Acuerdo a Bados (2001)

	Situaciones
Intervención pública.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuar en público.</li> <li>• Presentar un informe ante un grupo.</li> <li>• Participar en pequeños grupos formales.</li> </ul>
Interacción Formal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar y mantener conversaciones (especialmente con desconocidos).</li> <li>• Hablar de temas personales.</li> <li>• Hacer cumplidos.</li> <li>• Relacionarse con el sexo opuesto o preferido.</li> <li>• Conectar citas o acudir a las mismas.</li> <li>• Establecer relaciones íntimas.</li> <li>• Asistir a fiestas.</li> <li>• Conocer a gente nueva.</li> <li>• Llamar a alguien por teléfono.</li> <li>• Recibir críticas.</li> </ul>
Interacción asertiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar a otros que cambien su comportamiento molesto.</li> <li>• Hacer una reclamación.</li> <li>• Devolver un producto.</li> <li>• Hacer o rechazar peticiones.</li> <li>• Expresar desacuerdo crítica o disgusto.</li> <li>• Mantener las propias opiniones.</li> <li>• Interactuar con figuras de autoridad.</li> </ul>
Ser observado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer, beber, escribir, firmar o trabajar delante de otros.</li> <li>• Asistir a clases de gimnasia o danza.</li> <li>• Usar los lavabos públicos.</li> <li>• Entrar en una situación donde ya hay gente sentada (por ejemplo aulas, transportes públicos).</li> </ul>

Una categorización más completa sobre los tipos de interacción con los demás, esto quizá pueda ser un explicación del por que el sujeto (sobre todo quien cuenta con fobia social específica)

### *Indicadores fisiológicos.*

La mayoría de los trastornos de ansiedad muestran una actividad autonómica específica, en el caso de la fobia social los sujetos suelen experimentar las mismas reacciones de otros trastornos, por ejemplo; taquicardia, sudor, tensión, y náusea. Caballo (1995) describe que los síntomas más frecuentes entre los sujetos con fobia social son: palpitaciones, temblor, sudoración, tensión muscular, sensación de vacío en el estómago, boca seca, sentir frío/calor, ruborizarse y tensión/dolores de cabeza. En algunos casos hay fóbicos sociales que llegan a tener ataques de pánico, este tipo de pacientes presentan dificultad para respirar y dolor en el pecho, probablemente por una alta reactividad fisiológica.

### *Indicadores Cognitivos.*

El fóbico social muestra un aspecto cognitivo relacionado al temor ante diferentes situaciones, y tiene una predisposición hacia lo negativo, además de centrar su atención hacia sí mismo cuando se encuentra inmerso en un episodio social. De entre los temores más comunes se encuentran:

- No saber comportarse de un modo adecuado.
- Temor a mostrar ansiedad, debilidad, inferioridad, o parecer poco atractivo o estúpido.
- Temor a mostrar síntomas de ansiedad como sonrojamiento, temblor etc.
- Temor a ser evaluado negativamente y ser rechazado.

- Temor a ser observado.
- Temor a tener un ataque de pánico.

Algunos factores cognitivos implicados en el mantenimiento o agravamiento de la fobia social se encuentran en la tabla 3

Tabla 3

Factores implicados en el mantenimiento o agravamiento de la fobia social.

---

- Dialogo interno de autoverbalizaciones negativas.
  - Creencias sociales disfuncionales.
  - Autoevaluaciones negativas de la actuación social
  - Patrones excesivamente elevados para la evaluación de la actuación
  - Tendencia a rebajar la eficacia de la propia conducta.
  - Atención selectiva hacia las señales socialmente amenazantes.
  - Atención selectiva hacia los aspectos negativos de la actuación.
  - Memoria selectiva de la información negativa sobre uno mismo y la propia actuación.
  - Fantasías negativas que producen ansiedad de anticipación.
  - Patrón patológico de la atribución de las causas de los éxitos y fracasos sociales.
  - Sensibilidad excesiva a la desaprobación y a la crítica
  - Temor a la evaluación negativa
  - Sensación de inferioridad o menor capacidad a los demás.
  - Tendencia a percibir crítica y desaprobación que no están realmente presentes.
  - Conceptos rígidos sobre la conducta social apropiada.
  - Dificultad para integrar las distintas partes de la información sobre la propia actuación.
  - Un mayor darse cuenta del escrutinio por parte de los demás.
  - Preocupación por que los demás se den cuenta de la propia ansiedad.
  - Preocupación por la activación autónoma.
  - Interpretación exagerada de la retroalimentación sensorial de la tensión o de sufrir algo embarazoso.
  - Excesiva conciencia de uno mismo.
  - Percepción de falta de control sobre la propia conducta.
- 

Muestra de pensamientos causantes del miedo o ansiedad ante situaciones sociales y que podría ser las que mantienen los síntomas del trastorno.

En una investigación (Antona, morales, López y García, 2008) identificó en una muestra de fóbicos sociales, que existe un sesgo de procesamiento emocional específicamente relacionado con la información asociada a situaciones sociales. Concluyen que los fóbicos sociales presentan un tipo de procesamiento automático significativamente en función de la naturaleza de la información.

#### *Indicadores conductuales.*

Los indicadores conductuales suelen representarse de dos maneras, una es la evitación/escape y en otra es las habilidades sociales. La conducta de evitación o escape, se muestra como cuadro psicopatológico cuando una situación aversiva se presenta. La diferencia de estos dos conceptos es que cuando un individuo puede predecir el evento aversivo podrá evitarlo, mientras que podrá escapar cuando no puede predecirlo (Pérez, 2005). La conducta de evitación/escape en un fóbico social disminuirá la ansiedad en el momento (es por eso que existe un reforzamiento negativo) sin embargo, cuando llega a tomar un estilo de afrontamiento de este tipo, es muy poco probable que se exponga al estímulo social, y resulta contraproducente ya que el individuo no adquirirá las habilidades necesarias para una interacción social estable, y por lo tanto se percibirá como poco eficaz en este tipo de episodios, lo que incrementará la ansiedad para futuras aproximaciones al estímulo.



## **CAPÍTULO 3**

### **EVALUACIÓN.**

En la práctica clínica las formas de obtener información del pacientes son variadas, osea, si se observa el problema (en este caso el fóbico social) este pasará por todo un proceso sistemático, al cual se le denominará el método clínico. Entonces, se observará el fenómeno de estudio y se transformarán la información a datos que tendrán una base teórica. Existen cuatro maneras de recabar información: La entrevista, pruebas psicométricas, autoregistros y correlatos fisiológicos. En seguida se presentan algunas formas de utilizar estas técnicas en la evaluación para la fobia social.

#### *Entrevistas.*

Existen propuestas que ayudaran a identificar la sintomatología de la fobia social, entre ellas lo conveniente es indagar en; las situaciones temidas y evitadas, conductas problemáticas, aspectos sociodemográficos, características del sujeto, antecedentes y consecuentes de situaciones sociales, variables orgánicas, interferencia en las áreas de su vida (familia, académica, laboral etc.), exploración en su vida social, historia y desarrollo del problema, intentos de solución por parte del fóbico, recursos de afrontamiento del paciente, entre otras.

Otra forma de identificar (por medio de los fundamentos de alguna teoría bien establecida) es formular preguntas que representen la mayoría de una

conceptualización. Otra forma directa es preguntar de una manera clara los criterios de sistemas nosológicos como el DSM y el CIE-10.

Existe un entrevista estructurada, desarrollada para la identificación de los trastornos de ansiedad: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Life Version (Entrevista estructurada para Trastornos de ansiedad del DSM-IV. Versión a lo largo de la vida).

#### *Autoregistros.*

Bados (2001) propone que en un autoregistro se debe encontrar: situación, ansiedad (0-100), pensamientos, conducta realizada, respuesta de los demás, satisfacción con la propia actuación, y lo que le gustaría haber hecho.

Se puede además evaluar la frecuencia de los contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, el número de personas con las que interactúa, duración de las interacciones. Además se puede evaluar la ansiedad antes y durante la situación social.

#### *Escalas psicométricas.*

Zubeidat, Fernández y Sierra (2006) hacen una revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. Identifican que la evaluación actual del comportamiento fóbico es multimodal y plurimetódica, y se ha implementado el enfoque de los “tres sistemas” que contienen cada una de las tres tipos de

respuestas: cogniciones, comportamiento manifiesto y respuesta fisiológica. En la Tabla 4 se resumen los autoinformes específicos para la fobia y ansiedad social.

Tabla 4

Informes más utilizados para la evaluación de la fobia social (Zubeidat, Fernández y Sierra,2006).

Escala	Autor	Medición	No. De Ítems.	Punto de corte.
Escala de miedo a la evaluación negativa.	Watson y Friend.	Alude a aspectos cognitivos de la ansiedad social (pensamientos).	28 ítems.	18-20
Escala de evitación y malestar social.	Watson y Friend.	Se refiere a aspectos motores (evitación).	30 ítems.	22-24
Inventario de Ansiedad y Fobia Social	Turner, Beidel, Dancu & Stanley.	Motora, psicofisiológica y cognitiva.	45 ítems.	60 +
Escala de Ansiedad social de Liebowitz.	Liebowitz	Evalúa un alto rango de las dificultades sociales y de actuación. Y estas se evalúan en el grado de temor o ansiedad y el grado de evitación	24 ítems.	0- 52=leve. 52-81=moderado. Mayor o igual a 82= Grave.
Escala para la Detección de la ansiedad social.	Olivares & García-lópez.	Mide el constructo ansiedad/fobia social.	10 ítems.	---
Test de autoafirmaciones en Interacciones Sociales.	Glass, Merluzzi, Biever & Larsen.	Pensamientos negativos y positivos	30 ítems	---
Escala Breve de Fobia Social de Davidson.	Davidson.	Evalúa la gravedad de los síntomas y la eficacia de los cambios producidos por el tratamientos.	18 ítems.	---
Esacala de Ansiedad de Interacción	Leary.	Ansiedad asociada al comportamiento social que depende de otras personas presentes en las situaciones.	---	---
Escala de Ansiedad ante el Público	Leary.	Evalúa la ansiedad en situaciones no dependientes.	---	---
Inventario de Fobia Social de Davidson	Davidson.	Miedo, evitación y discomfort fisiológico.	17 ítems.	19 +
Cuestionario de Confianza para Hablar en Público	Gilkinson.	Miedo y seguridad de hablar en público	30 ítems.	---

### *Medidas fisiológicas.*

De acuerdo a Olivares, Rosa y García (2004) la tasa cardiaca, la presión sanguínea y el nivel de conductancia de la piel son las respuestas más evaluadas en los fóbicos sociales. Estas pruebas dan confiabilidad como una medida directa que parece mostrarse válida para diferenciar entre personas con fobia social y los que no tienen este trastorno. Sin embargo, el uso de instrumentos que midan estos correlatos psicofisiológicos, no es fácilmente accesible por los costos y el entrenamiento en su uso.

## CAPÍTULO 4

### FACTORES Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LA FOBIA SOCIAL.

Existen diversas explicaciones de la fobia social, en su mayoría pertenecen a la corriente cognitivo-conductual y son muy parecidas entre sí (Bados, 2001). Sin embargo, hay una gran gama de explicaciones que se desarrollan desde factores evolucionistas, familiares, ambientales, evolutivos, temperamentales, neurobiológicos, psicológicos, y socioculturales, que se relacionan con el surgimiento y mantenimiento de la fobia social (Sierra y Zubeidat, 2006). Antes de iniciar una revisión sobre las propuestas teóricas, se presentarán algunos factores que juegan un papel importante en la adquisición de la fobia social, o en todo caso, son algunos factores de riesgo (predisponentes o de vulnerabilidad).

#### *Factores neurobiológicos.*

En 1979 Torgensen (en Antona, 2009) realizó algunos trabajos sobre la timidez y los miedos sociales en estudios sobre gemelos y observaron que hay cierta predisposición genética. Bados (2001) menciona que existen varios factores biológicos que pueden estar implicados en el surgimiento de la fobia social, por ejemplo:

- Preparación biológica para temer las expresiones faciales de ira, crítica y rechazo si se dan experiencias aversivas.

- Existencia de situaciones sociales evolutivamente arbitrarias que generan miedo sin necesidad de aprendizaje asociativo.
- Mayor predisposición innata para reconocer la amenaza social y responder sumisamente a la misma.
- Bajo umbral de activación fisiológica y lentitud en la reducción de la activación que quizá se transmitan genéticamente. Factor temperamental: inhibición conductual ante lo no familiar.
- Transmisión genética directa de la fobia social en particular o transmisión genética de una vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad en general.

Sierra y Zubeidat (2006) dividen en una revisión exhaustiva los siguientes factores:

- Bases genéticas: Los familiares de aquellas personas que cuentan con un diagnóstico de fobia social, son más predispuestos a desarrollar este mismo trastorno.
- Bases biológicas: La investigación en farmacología conductual ha abierto campos importantes en el estudio de patofisiologías. En la fobia social se ha estudiado desde: el sistema adrenérgico, el sistema serotoninérgico, el sistema dopaminérgico, el volumen de los ganglios basales (identificadas desde resonancia magnética) y el flujo sanguíneo en el cíngulo anterior y la ínsula.

- Bases neuroendocrinas: La hormona hipotalámica liberadora de tirotrópina se encuentra en, mayor actividad lo que indica una hiperactividad autonómica en pacientes con ansiedad social. La presencia de colicistoquinina que están implicadas en la regulación del miedo y la ansiedad.

Una Teoría evolutiva (revisadas por Sierra y Zubeidat, 2006) es propuesta por Trower y Gilbert en 1989. Ellos sostienen que es el resultado de la activación de sistemas primitivos de valoración/respuesta evolucionados contra las amenazas existentes dentro de la misma especie, el cual ha jugado un papel importante en los grupos sociales. Ellos proponen dos sistemas de interacción: el modo agónico y el hedónico:

1.- Modo Agónico: este incluye jerarquías y el poder adquirido y mantenido en especies territoriales, el sujeto está al tanto de las respuestas emocionales por parte de los demás miembros del grupo, reaccionando ante ellos de forma sumisa y apacigua con el objetivo de de calmar dichas amenazas. Entonces hay una predisposición para experimentar miedo o ansiedad a rostros que emitan expresiones de enfado, crítica o rechazo.

2.- Modo hedónico: la organización social y las personas que forman el grupo social constituyen una fuente de seguridad. Los miembros que disfrutan de mayor dominancia protegerían a los dominados emitiendo señales de tranquilidad con expresiones faciales que emitan felicidad, juego y cooperación.

De acuerdo a esto, los fóbicos sociales fracasan en poner este segundo sistema (Modo hedónico), adoptando un estilo agónico. Por último, proponen que el sistema agónico da lugar a que la atención se centre en el yo, mientras que el Hedónico se centra en el otro.

### *Factores ambientales y del desarrollo.*

Los factores distantes, en el que se desenvuelve el individuo influirán en cómo se enfrente ante su medio. Bados (2001) menciona algunos factores que predisponen al desarrollo de la fobia social:

- Progenitores sobreprotectores, muy exigentes, poco o nada afectuosos, que no apoyan a sus hijos inhibidos y que utilizan la vergüenza y el “qué pensarán” como técnicas educativas.
- Falta de experiencia social y de habilidades sociales, producida por factores como educación inhibidora de las relaciones sociales, aislamiento del propio niño o aislamiento de la propia familia.
- Observación de experiencia sociales negativas o de ansiedad social en los padres o personas significativas.



- Cambio de circunstancias (laborales, familiares, escolares, de residencia) que implica realizar actividades temidas (hablar en público, supervisar a otros, relacionarse con nueva gente) que antes no eran necesarias.
- Experiencias negativas en situaciones sociales (burlas, desprecio, ridículo, rechazo, marginación, intimidación, castigo e incluso ataques de pánico), las cuales actúan con variables temperamentales y de personalidad.
- Proceso de atribución errónea o condicionamiento supersticioso (asociación accidental)
- Desarrollo excesivo de la conciencia pública de uno mismo.

Sierra y Zubeidat (2006) revisan en la literatura los estudios sobre factores ambientales, familiares, evolutivos y temperamentales y concluyen lo siguiente:

- Factores familiares y ambientales:
  - Entre los factores familiares hay ciertos estilos de crianza como: la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión. También influye el abandono y el escaso contacto con las situaciones sociales. El modelado puede identificarse en mensajes verbales (que pueden representar ciertas frases de cómo se supone que “tiene” que representar un buen desempeño social) y mensajes comportamentales (mostrando sentimientos de disgusto y manifestación de muestras de ansiedad).

- Otro factor es la poca oportunidad de exposición y de práctica en los encuentros sociales, lo que correlaciona con sentimientos de poca autoeficacia ya que lo valoran como misteriosos, difíciles y complejos. Estos sujetos reportan que sus padres son sobreprotectores, carentes de afecto e incapaces de dar apoyo emocional.
  - El surgimiento de una enfermedad significativa o consecuencias sobre la apariencia física como el acné, la cojera, quemaduras etc. Influye en el desarrollo de la fobia social.
  - Algunos otros factores han sido relacionados como: la ausencia de soporte emocional en las relaciones de padre/hijos, tendencia de los padres a restarle importancia o significado a la opinión de los demás, la sobreprotección, la disciplina punitiva y la psicopatología parental.
- Factores evolutivos y temperamentales:
- Se dice que en la pre adolescencia la fobia social alcanzaría sus niveles más elevados ya que hay un incremento en las demandas sociales. En esta etapa ya se han alcanzado los componentes cognitivos necesarios para el desarrollo de este trastorno.

- Los padres asignan roles de relación social durante la pre-adolescencia, de manera que llegarían a sentirse presionados por el proceso de socialización.
- El rasgo de inhibición social que se distingue como la tendencia a evitar situaciones sociales novedosas. Este rasgo se encuentra en otros trastornos de ansiedad, pero sobre todo en la fobia social.

Ingles, Méndez, e Hidalgo (2001) identificaron en una muestra de 538 adolescentes entre 12 y 18 años con fobia social generalizada, con miedo a hablar en público y eran introvertidos e inestables emocionalmente, informaron más dificultades interpersonales que los que contaban no tenían este trastorno.

### *Factores Psicológicos*

En 1988 Riso, Pérez, Roldán y Ferrer publicaron un artículo titulado; diferencias en ansiedad social, creencias irracionales y variables de personalidad en sujetos altos y bajos en asertividad (tanto en oposición como en afecto). En él mencionan cuatro aproximaciones que han sido utilizadas para explicar el desarrollo de la conducta de inasertividad que incrementa la ansiedad ante situaciones sociales. Menciona que estas posiciones suelen plantearse

equivocadamente como contrapuestas o incompatibles, pudiendo incluso complementarse. Los cuatro factores son los siguientes:

1.- Déficit en habilidades sociales: el individuo no ha aprendido a utilizar los componentes motores verbales y no verbales para que se logre un comportamiento socialmente competente.

2.- Inhibición de la respuesta por ansiedad condicionada: las respuestas que necesita el individuo en un ambiente social suele verse afectado por los niveles altos de activación autonómica.

3.- Modelos cognitivos: el comportamiento es inhibido por estilos disfuncionales del procesamiento de la información y distorsiones cognitivas enfocadas en sí mismo (percibiéndose como alguien poco eficaz) y en los demás (denotando un fuerte énfasis en la evaluación negativa).

4.- Modelo de rasgos: considera a la asertividad como una característica de la personalidad. Se consideran en hábitos que son conceptualizados como: la manifestación de un constructo hipotético subyacente o latente, que a manera de predisposición e independiente de los factores situacionales, determina las conductas del sujeto.

Sierra y Zubeidat (2006) identifica los siguientes sesgos:

- Sesgos de atención: la detección de amenazas o peligros reales de un fóbico social es excesiva y exagerada. El sesgo atencional se centraría en la propia persona y no en los de alrededor.

- **Sesgos de memoria:** La teoría de la red del estado de ánimo y la memoria de Bower, y la teoría de los esquemas de Beck coinciden en que las personas suelen presentar una mejor memoria para la información relacionada con la ansiedad. Las personas con problemas de ansiedad muestran un sesgo cuando seleccionan la información asociada a sus miedos durante la tarea de memoria implícita. Los pacientes con fobia social manifiestan mejor reconocimiento y recuerdo de rostros que mostraban expresiones negativas. Esto muestra que los sujetos con fobia social muestran este tipo de sesgo cuando se trata de información no verbal.
- **Sesgos de juicio e interpretación:** El sesgo de juicio en la fobia social apela a la alta probabilidad de ocurrencia de sucesos negativos de tipo social y la valoración de unos costes elevados tales como la evaluación negativa o el malestar. Los sesgos de interpretación aludirían a la manera en la que las personas con fobia social interpretarían negativamente los sucesos sociales ambiguos. Los pacientes tienden a interpretar su conducta como inadecuada y a mostrarse rígidos y demasiado críticos.

### **Modelos explicativos.**

En esta sección se revisarán los modelos que han tratado de dar una explicación al surgimiento y mantenimiento de la fobia social. La mayoría de las

aproximaciones, como decíamos anteriormente, vienen en su mayoría desde el condicionamiento clásico, operante, vicario y cognitivo, algunos modelos han utilizado el conjunto de estos fenómenos para jerarquizar y estructurar de una manera parsimoniosa el fenómeno de la fobia social.

### *Modelos de aprendizaje.*

Desde el surgimiento del condicionamiento clásico se ha tratado de dar una explicación de las fobias, entendiendo a éstas como un miedo intenso y desproporcionado ante un estímulo o situación aparentes; es un temor inexplicable e irracional que implica una evitación de aquello que se teme (Pérez, 2005). La fobia social ha sido entendida como ese miedo irracional e intenso ante situaciones sociales que difiere de las fobias específicas, ya que, hay una complejidad de características sociales que no suelen ser el mismo estímulo para todos los fóbicos sociales, así como lo que señalaba Kelly (citado por Semerari, 2002) un estímulo es lo que el sujeto construye como estímulo.

Caballo (1995) señala que en la literatura hay tres maneras de aprendizaje de un miedo: por aprendizaje directo (condicionamiento clásico) condicionamiento vicario (observación) y por la transmisión de información. Estos modelos no explican en sí el mantenimiento de la fobia, pero sí el surgimiento de dicho miedo. Olivares, Rosa y García (2004) hacen una revisión en la literatura y lo estructuran exponiendo los hallazgos más sobresalientes (Tabla 5).

Tabla 5

*Explicaciones a base del aprendizaje*

Modelos explicativo	<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Resultados</i>
Condicionamiento clásico.	<i>Ost y Hugdahl</i>	1981	<i>El 58% de los sujetos recuerdan experiencias estresantes en el inicio de la fobia social.</i>
Condicionamiento clásico.	<i>Turner et al.</i>	1992	<i>Un 50% de sujetos relataron experiencias estresantes en el inicio de la fobia social.</i>
Condicionamiento clásico.	<i>Hofmann et al.</i>	1995	<i>El 15% de sujetos relataron experiencias estresantes en el inicio de la fobia social.</i>
Condicionamiento clásico.	<i>Stemberger et al.</i>	1995	<i>Encuentran diferencias significativas entre los sujetos del grupo control y los sujetos con fobia específica. No hallan diferencias significativas entre los sujetos con fobia social generalizada y específica.</i>
Condicionamiento clásico.	<i>Mulkens y Bogels</i>	1999	<i>Encuentran diferencia significativas entre los sujetos con fobia social y los sujetos del grupo control.</i>
Aprendizaje vicario.	<i>Ost y Hugdahl</i>	1981	<i>El aprendizaje observacional estuvo implicado en el origen de la fobia social en el 12% de sujetos.</i>
Aprendizaje vicario.	<i>Hofmann et al.</i>	1995	<i>En un 57% de sujetos el aprendizaje observacional estuvo implicado en el origen de la fobia social.</i>
Aprendizaje vicario.	<i>Mulkens y Bogels</i>	1999	<i>No hallan diferencias significativas entre los sujetos con fobia social y los sujetos del grupo control.</i>
Transmisión de información.	<i>Ost y Hugdahl</i>	1981	<i>Un 3% de los sujetos relacionan el origen de la fobia social con la transmisión de información.</i>
Transmisión de información.	<i>Hofmann et al.</i>	1995	<i>En un 54% de sujetos la transmisión de información estuvo implicada en el origen de la fobia social.</i>
Transmisión de información.	<i>Mulkens y Bogels</i>	1999	<i>Hallan diferencias significativas entre los sujetos con fobia social y los sujetos del grupo control.</i>

Principales estudios que demuestran relación entre tres aproximaciones: condicionamiento clásico, Aprendizaje vicario y transmisión de la información (Olivares, Rosa y García, 2004).

La propuesta teórica que ha sido bastante aceptada, es la teoría de los dos procesos de Mowrer (citado por Pérez, 2005). Con esta teoría se llega a un nivel

de explicación del aprendizaje de una fobia y el mantenimiento de ella. Según esta teoría la evitación (factor importante de una fobia) se explica por dos factores, el condicionamiento clásico y el operante.

En el primero surge un miedo adquirido ante un estímulo que anteriormente era neutro (en este caso las situaciones sociales) que posteriormente provocarían un miedo condicionado. Entonces, da lugar a un condicionamiento de tipo instrumental, ya que hay un reforzamiento de tipo negativo que mantendrá la conducta de evitación reduciendo o alejando al estímulo aversivo.

*Propuestas cognitivas.*

Caballo (1995) revisa de manera breve las siguientes propuestas que tienen una base cognitiva, o en su caso la interpretación de fenómenos exteroceptivos e interoceptivos.

- **Conciencia pública de uno mismo (Buss, 1980):** se introduce con ese nombre, ya que se propone que el individuo se da cuenta de uno mismo como objeto, o sea, la evaluación por parte de los demás toma mayor relevancia.

-**Presentación de uno mismo (Schlenker y Leary, 1982):** la ansiedad surge cuando la persona está motivada para crear determinada impresión en los demás, sin embargo, duda de su capacidad para tener éxito en crear una buena imagen. Existen dos condiciones para que esta ansiedad surja, la primera es que



el individuo debe de estar motivado para causar una buena impresión (sin esto el individuo solamente perdería el interés en las relaciones y daría para la ansiedad). Es por eso que sostienen que entre más grande sea el deseo de causar una buena impresión es más probable que se vuelva socialmente ansioso. La segunda condición que proponen es que se perciba con poca autoeficacia al momento de transmitir lo que desea a otras personas, con esto afirman que el individuo tiene un objetivo; causar impresiones determinadas en las personas presentes, y sólo se sentirá ansioso en medida que crea que no lograra producirlas.

**-Metacognición (Hartman, 1983):** se propone que los sujetos están en demasiada metacognición centrada en uno mismo. Mientras está en marcha la situación social en la que se desenvuelve, la atención de las personas con ansiedad se focaliza en la reacción fisiológica que surge en ese momento, en cómo están actuando, en qué estarán pensando de él etc. Mientras hacen esto comprometen la situación y descuidan la interacción, osea, sólo se pueden atender unos cuantos estímulos a la vez y mientras enfocan la atención a sí mismo, no son capaces de observar o atender aspectos del ambiente.

**-Vulnerabilidad (Beck y Emery, 1985):** Desde la propuesta de Beck al abrir un panorama nuevo en la psicoterapia tradicional, el concepto de esquema cognitivo explica demasiados problemas. En los trastornos de ansiedad se encuentra un factor de vulnerabilidad que predispone a una percepción de si mismo viéndose sujeto a peligros donde se carece de control o los recursos son insuficientes para mantener una seguridad. Cuando se encuentra “activo” este esquema, surgen distorsiones cognitivas que minimizan las ventajas personales,

maximizan las debilidades propias, hay una atención selectiva a las debilidades, descarta el valor de los éxitos pasados, etc.

- **Los sistemas de evaluación y afrontamiento (Trower, 1984):** De acuerdo a este modelo existen dos sistemas independientes que interactúan con el ambiente. El primero es un sistema de evaluación que sirve para percibir, inferir y evaluar la deseabilidad de los acontecimientos. El segundo es un sistema de afrontamiento, que actúa para producir cambios hacia el estado preferible. Un sujeto con ansiedad social en el primer sistema, las expectativas del estímulo negativas provocarán ansiedad por que predicen acontecimientos negativos. Esta expectativa se mantendrá aunque las consecuencias sean positivas, y se seguirán manteniendo hasta que no se eliminen o reestructuren esas suposiciones falsas. De acuerdo a esta evaluación el individuo seleccionará determinadas respuestas de afrontamiento, que serán en su mayoría conductas de evitación ya que reduciría una amenaza y llevaría a cabo con facilidad esta respuesta.

*Propuesta de Clark y Wells: teoría cognitiva de la fobia social.*

Clark y Wells (2001) atribuyen el desarrollo de síntomas de ansiedad (nivel afectivo) y de estrategias de afrontamiento desadaptativas (nivel conductual) a una atención centrada en el propio individuo, junto a criterios demasiado elevados para el desempeño social y una fuerte tendencia a poner énfasis en la evaluación negativa de los demás (nivel cognitivo centrado en sí mismo). Esto genera y mantiene la percepción de amenaza.

Antona (2009) explica la propuesta de Clark y Wells denominado modelo cognitivo de la fobia social. El modelo se basa en el deseo que tiene el fóbico social de causar una buena impresión, y por otro lado la preocupación que siente al momento de querer lograr esa buena impresión (ver figura 1).

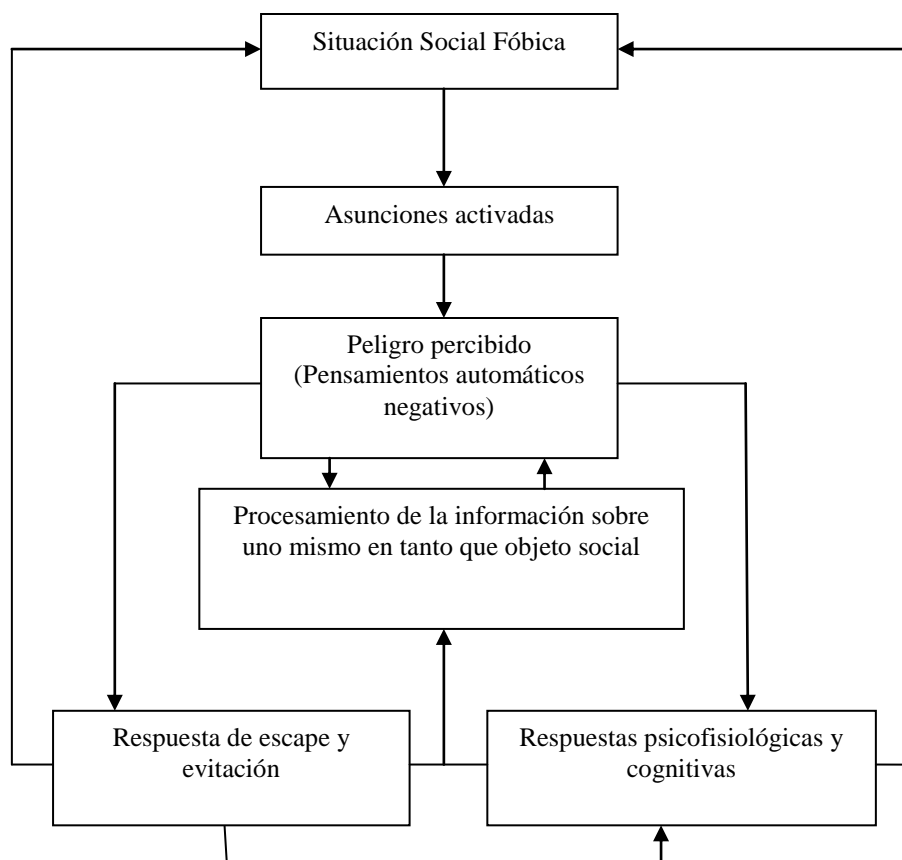


Figura 1- Modelo que explica la interacción de diferentes variables. Tomado de Clark (2001).

Los autores identifican que hay un sistema o programa de ansiedad “que se echa a andar”. Este programa tiene consecuencias directas con la respuesta

fisiológica y motora del individuo, y puede llegar a convertirse en nuevas causas de miedos y ansiedad.

Temer que los demás se den cuenta de sus reacciones somáticas y esto no les permite desenvolverse de una manera adecuada, se le podría llamar a esto la inhibición de respuestas asertivas.

Y ante estas conductas no asertivas o inapropiadas probablemente llegue a generar cierta incomodidad ante los demás. Todo este peligro que el fóbico social percibe ante las situaciones sociales lo definen con el nombre del yo como objeto social que identifica a la atención del individuo a sí mismo, a las conductas de seguridad que lleva acabo y a la ansiedad condicionada.

Los autores identifican que hay un sistema o programa de ansiedad “que se echa a andar”. Este programa tiene consecuencias directas con la respuesta fisiológica y motora del individuo, y puede llegar a convertirse en nuevas causas de miedos y ansiedad. Temer que los demás se den cuenta de sus reacciones somáticas y esto no les permite desenvolverse de una manera adecuada, se le podría llamar a esto la inhibición de respuestas asertivas. Y ante estas conductas no asertivas o inapropiadas probablemente llegue a generar cierta incomodidad ante los demás. Todo este peligro que el fóbico social percibe ante las situaciones sociales lo definen con el nombre del yo como objeto social que identifica a la atención del individuo a sí mismo, a las conductas de seguridad que lleva acabo y a la ansiedad condicionada.

Para esto el fóbico pasa por cuatro procesos que mantendrá el miedo irracional hacia las situaciones sociales. Los primero tres procesos se producen cuando se está en la situación, mientras que la cuarta es antes y después.

**1.- La atención centrada en uno mismo y la elaboración de la propia imagen**

**como objeto social:** Es un temor intenso al autoobservarse para identificar qué imagen está dando hacia los demás. Esto provoca una atención focalizada sobre las reacciones de ansiedad que su cuerpo manifiesta y por otro lado escapa o evita la situación, lo que empobrece o dificulta la experiencia del individuo de comportarse de manera hábil socialmente hablando. Ante la primera aseveración el individuo está tan atento de sí mismo que impide poner atención a los detalles de la conversación o del contexto en general, dificultando la observación de las conductas o el contenido de la conversación de la otra persona. Este tipo de razonamiento emocional, unido a la incapacidad para centrarse en el exterior, ayudará a mantener sus ideas, su ansiedad y su pasividad, fortaleciendo un estilo de afrontamiento evitativo.

**2.- El papel de las conductas de seguridad situacional en el mantenimiento**

**de las convicciones negativas y reacciones de ansiedad:** cuando un fóbico social se encuentra en una reunión o situación de carácter social genera un tipo de ideas negativas que ayudan a mantener su malestar y ansiedad. Cuando el fóbico no puede escapar llega a sentirse muy incomodo, forzándose a crear una buena impresión. Ante esto el fóbico social temerá una evaluación negativa de su

comportamiento y tratará de contrarrestarlo con conductas de seguridad como por ejemplo; sostener una taza de café con las dos manos para evitar el temblor, o agachar la cabeza para que no noten el sonrojamiento. Este tipo de comportamiento pretende bajar el riesgo de la evaluación negativa por parte de los demás, sin embargo resulta contraproducente ya que el sujeto no sabrá qué es lo que en realidad provocará ante los demás su comportamiento y por lo tanto, tampoco podrá saber si es por eso que lo consideren como una persona sin valía. Además las conductas de seguridad pueden provocar lo contrario de lo que se pretendía lograr.

**3.- Deterioro del rendimiento provocado por la ansiedad y sus efectos sobre la opinión y las conductas de los demás:** la ansiedad que se presenta cuando el sujeto está en una situación social puede provocar que manifieste rubor, tartamudez, temblores de un modo notorio. Como esta ansiedad provoca conductas evitativas, pasivas o agresivas, es probable que no ayuden a mantener una buena relación con los demás, y por tanto, recibirán un trato menos cálido o amable.

**4.- Procesamiento del hecho con anterioridad y posterioridad al mismo:** Cuando el sujeto piensa y se encuentra con anterioridad en la situación temida, el fóbico anticipará lo que cree que pasará allí, desvalorizándose y percibiéndose con poca autoeficacia. Es muy probable que lleguen recuerdos de otras situaciones sociales negativas en las que se sintió atemorizado. Estos pensamientos pueden desembocar en la evitación de la situación social. Si el

fóbico social se enfrenta a la situación, estará atormentado, su estado fisiológico se activará y su conducta motora será reducida. Cuando la situación social pasó, la respuesta de ansiedad disminuye. Los autores señalan la presencia de una sensación de vergüenza enseguida. Comienza en seguida a rumiar o reflexionar sobre los detalles de la situación social haciendo especial énfasis en el aspecto negativo.

### *Modelo de Bados*

Bados (2001) propone un modelo que incluye varios factores ya antes explicados, comenta que la propuesta puede estar sujeta a cambio, ya que se debe tener en cuenta que existen variaciones en cuanto a ciertas habilidades sociales o metas perfeccionistas de ciertos individuos con este trastorno (ver figura 2).

El modelo comienza con la anticipación de una situación social temida (por ejemplo interacción con una persona, ser observado, o estar en un grupo de personas) lo que activa un serie de supuestos que han sido aprendidos o por características innatas. Estas características se pueden clasificar de tres maneras: A) los demás son demasiado críticos (evaluación negativa) B) necesidad de causar una impresión buena en los demás y C) percibirse (y en algunos casos actuar) como poco auto-eficaces y creer que no podrán conseguir lo que buscan en situaciones sociales. Estas suposiciones suelen originar percepción de peligro social y expectativas negativas de que no sabrá ser hábil socialmente y que

mostrará ansiedad, lo que generaría la evaluación negativa por parte de los demás.

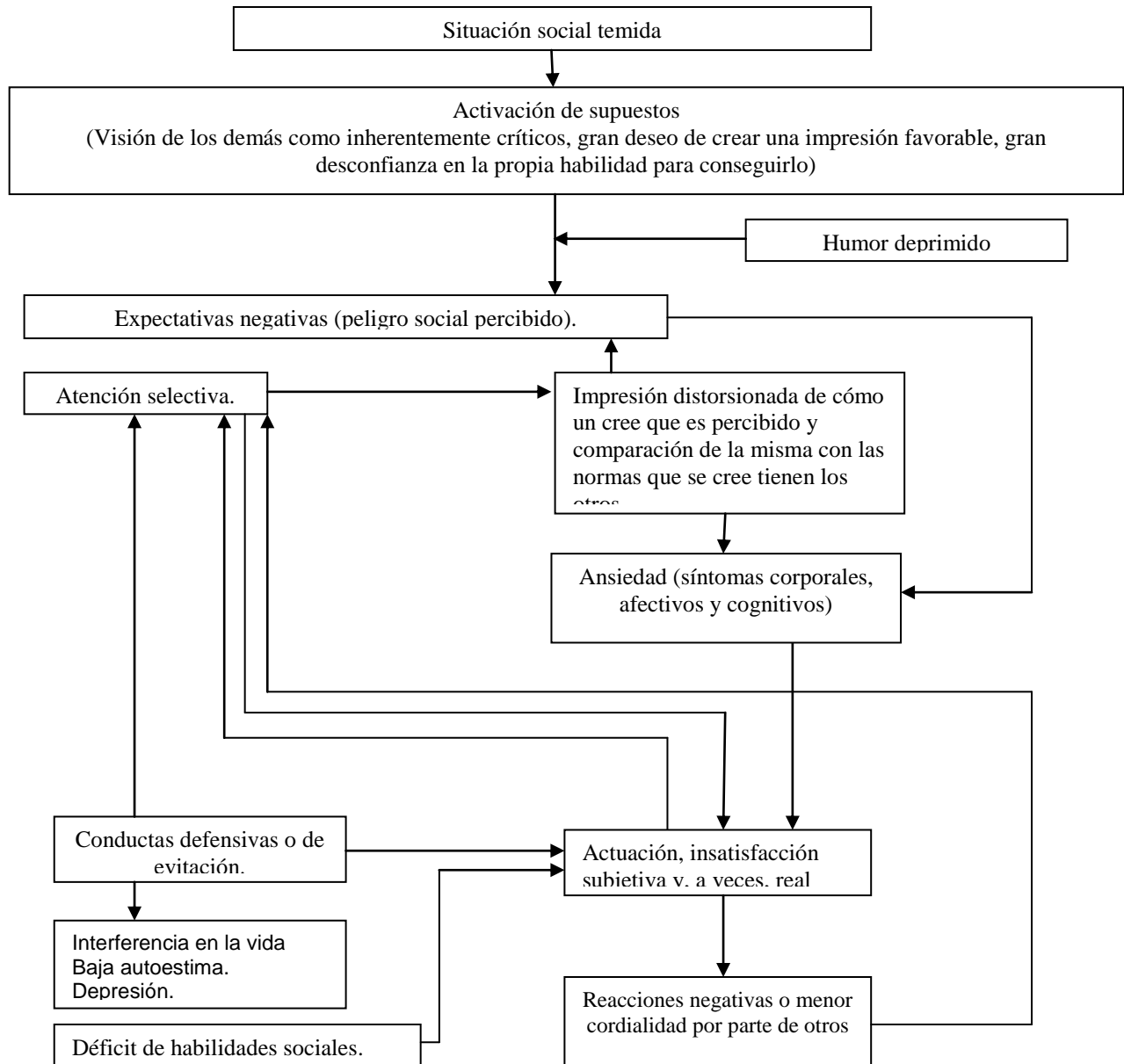


Figura 2- Modelo de Bados (2001) que explica la relación de variables para la explicación y mantenimiento de la fobias social temblorosas)



Estas expectativas generaran una ansiedad más o menos marcada según la situación o la percepción de ésta. La forma de ansiedad dependerá de las características de la situación como por ejemplo, la formalidad, estructura, duración, ocurrencia de anticipada o improvisada, características de los demás, número de personas presentes etc. Las expectativas negativas y la ansiedad anticipatoria en conjunto es muy probable que produzcan una conducta de evitación de las situaciones temidas o en todo caso llamadas conductas defensivas (por ejemplo, hablar con la misma persona conocida, quedarse sentado solo en la mesa, agarrar muy fuertemente los objetos, hablar poco etc.) que formarán parte del repertorio conductual del individuo si resultan ser efectivas para la reducción de la ansiedad.

Si la situación social temida no se puede evitar, surgen expectativas negativas, conductas defensivas y una atención selectiva hacia los síntomas somáticos y autonómicos de ansiedad (especialmente los visibles), osea la atención se centra en uno mismo, y además a detalles irrelevantes de la otra persona (por ejemplo si ve sus manos ) más que en la interacción social. El resultado de todo este sistema complejo, en la cual el sujeto estará pendiente de la reacción de los demás ante su actuación (por ejemplo fruncir el ceño, silencios incómodos, miradas fijas etc.), las emociones sentidas (suelen reportarlo como bloqueo), las reacciones fisiológicas que muestran ante los demás (sonrojamiento, sudoración, temblor de manos etc.) y sucesos sociales parecidos en la historia del individuo que fueron aversivos, darán paso para que formen una impresión de cómo creen que son percibidos por los otros. De algún modo surge un fenómeno en el que

perciben la realidad, como se la sienten (distorsión cognitiva de tipo razonamiento emocional).

De acuerdo a la manera en que reaccionó el individuo ante la situación social, los compara con las normas o reglas autoimpuestas para aceptar una impresión favorable. La discrepancia entre estas reglas y lo que percibió de su actuación social es muy probable que determine la probabilidad percibida de evaluación negativa y que vendrán consecuencias perjudiciales por dicha evaluación. Además cuanto mayor sea esta probabilidad, facilitaran las conductas defensivas y aumentará la ansiedad con sus componentes somáticos, autonómicos, afectivos y cognitivos. Todo este proceso implica una serie de errores cognitivos, la mayoría identificadas como un fracaso ante la situación social.

Bados propone tres razones del por qué se mantiene este estilo de procesamiento disfuncional. La primera es porque en la mayoría de las situaciones sociales hay pocas señales que proporcionen información no ambigua sobre cómo nos ven los demás. Esto es, por que los fóbicos tienen una gran necesidad de saber el cómo lo perciben los otros, esto producirá que basen la propia percepción en cómo lo observaron y evaluaron los otros. La segunda razón que propone es que las acciones para obtener esta información suelen ser ansiógenas ya que se considera que aumentan el riesgo de la evaluación negativa. Y la tercera razón es porque cuando se les da una retroalimentación positiva creen que los están engañando o siendo demasiado amables.

En seguida aparece una actuación insatisfactoria subjetiva y muchas veces, real. En algunas ocasiones el receptor de la comunicación que emite el fóbico social, suelen responder con reacciones negativas o menos cordiales a nivel verbal o no verbal, con lo cual confirman sus expectativas negativas. Lo que puede afectar en sus habilidades sociales o en todo caso empeorarlas. La actuación insatisfactoria promueve el escape de la situación (mediante conductas defensivas). Lo que disminuye la ansiedad pero persisten o se fortalecen las expectativas negativas y la probabilidad de evitaciones futuras y se mantiene el déficit de habilidades. El humor deprimido suele agravar la fobia social, ya que intensifica las expectativas e interpretaciones negativas y la experiencia de ansiedad.

Terminada la situación social, el sujeto fóbico hace una revisión de la situación, y terminan viendo la situación más negativa de lo que fue, produciendo una sensación de vergüenza y se añade una situación más a la lista de fracasos, lo cual quedará registrado para futuros episodios sociales.

## **CAPÍTULO 5**

### **TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA**

Desde el surgimiento de la psicología basada en evidencia en 1995 por parte de la APA (American Psychological Association) se han tratado de desarrollar tratamientos específicos para problemas específicos, esto con el objeto de que se utilice el mejor protocolo disponible que haya dado cuenta de su efectividad, siempre con una base empírica (Chambless & Ollendick 2001). Sin embargo, es muy poco frecuente que el paciente se adecue a los criterios de inclusión y de exclusión que se derivan de estudios controlados con resultados experimentales. Es por ello la necesidad de que se elaboren protocolos que sean fáciles de modificar siempre con un manejo responsable y que la toma de decisiones sea sistematizada al momento de diseñar el tratamiento (Nezu, 2004).

Si tomamos este paradigma de la psicología basada en evidencia, un enfoque que ha demostrado efectividad en ello es el cognitivo-conductual. Para la fobia social se han elaborado tratamientos específicos que han demostrado mayor efectividad que los tratamientos farmacológicos (Caballo 1995).

Caballo (2000) hace una recopilación de los tratamientos más utilizados para la fobia social y entre ellos encuentra que son: 1) Estrategias de relajación 2) Entrenamiento en habilidades sociales 3) Exposición y 4) Reestructuración cognitiva. Menciona algo relevante; para aquellos individuos que han sido diagnosticados con una fobia social específica la efectividad va encaminada a un

tratamiento que contenga exposición, mientras que en la fobia social generalizada debe haber reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales.

Moreno, Mendez y Sanchez (2000) encuentran en un estudio meta-analítico que no hay diferencias marcadas entre los tratamientos de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de exposición. A partir de esto dan la hipótesis de que la ausencia de diferencias se debe a que las distintas técnicas poseen elementos terapéuticos comunes eficaces en el tratamiento de la fobia social, por ejemplo; el entrenamiento en habilidades sociales incluye la exposición a los estímulos (en este caso los sociales) fóbicos. En otro estudio meta-analítico (Sánchez, Rosa y Olivares, 2004) muestran que las técnicas de exposición, solas o en combinación con reestructuración cognitiva y/o relajación, así como el entrenamiento en habilidades sociales, ofrecen los mejores resultados y deben ser considerados como los tratamientos de elección, mientras que la reestructuración cognitiva por sí sola no es recomendable. Rey, Aldana y Hernández (2006) encuentran que la exposición por sí sola da buenos resultados sin necesidad de combinarse, sin embargo, en conjunto con la reestructuración cognitiva podría mantener los efectos a largo plazo en comparación con la farmacoterapia. Labrador y Ballesteros (2011) en una intervención cognitivo-conductual identifican que es efectiva para reducir el temor a la evaluación negativa y el malestar social.

Antona y García (2008) aplicaron en un grupo A) exposición y reestructuración cognitiva empleados de forma conjunta; B) Exposición seguida de reestructuración cognitiva y C) reestructuración cognitiva seguida de exposición.

Las tres modalidades fueron efectivas encontrando un beneficio en la remisión de la sintomatología patológica asociada a la fobia social, como el aumento de la autoestima y asertividad. Rosa, Sánchez, Olivares e Inglés (2002) hacen una revisión con el objetivo de determinar la efectividad de diversas intervenciones conductuales y farmacológicas en pacientes con fobia social y su repercusión en variables de tipo clínico y personal. Concluyen que este tipo de tratamientos reducen la sintomatología de la fobia social y sus variables relacionadas mientras que su impacto fue menor que en otras variables clínicas y de personalidad. Sin embargo, suele haber cambios significativos, por ejemplo encuentran que la terapia de exposición por sí sola mejora la sintomatología depresiva aun cuando se combina con reestructuración cognitiva.

En México el desarrollo de protocolos para la intervención de la fobia social ha sido escaso, sin embargo se han hecho algunos intentos de implantar protocolos desarrollados en otros países, demostrando la misma efectividad que en poblaciones internacionales. Por ejemplo, Gil y Hernández (2009) adoptaron la intervención para adolescentes con fobia social a niños mexicanos obteniendo resultados favorables. Antona, Delgado, García y Estrada (2012) implementaron en jóvenes adultos de México un protocolo desarrollado en España que mostró eficacia, sin embargo proponen que tiene varias limitantes, ya que las pruebas aplicadas como pre-test y post-test no cuentan con estandarización en población mexicana, además de que la mayoría de las personas tratadas eran mujeres, y hubo un tercio de abandono al tratamiento.

## **Terapias de exposición.**

“Las técnicas de exposición consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones (p.ej., viajar en metro, hablar en público, recibir críticas, comer alimentos “prohibidos”, ver, tocar y oler la bebida alcohólica preferida) o estímulos internos (p.ej., sensación de desmayarse, miedo a tener una enfermedad, preocupaciones, obsesiones) que generan ansiedad u otras emociones negativas (asco, ira) y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada (p.ej., lavarse las manos compulsivamente, vomitar, beber). La persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente y/o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren” (Bados y García 2011). De entre las técnicas más utilizadas, existen dos principales; la desensibilización sistemática y la implosión.

### *Desensibilización sistemática.*

Fue desarrollada por Wolpe como parte de tratamiento de la ansiedad (en general fobias). De acuerdo a Turner (1991) es una intervención terapéutica desarrollada para eliminar la conducta de miedo y los síndromes de evitación. Es una técnica que se fundamenta en los principios de condicionamiento clásico desarrollados por Pavlov. Turner menciona que una respuesta de ansiedad o miedo puede eliminarse o debilitarse generando una respuesta contraria a la

ansiedad. Osea, cualquier respuesta que se incompatible con la ansiedad puede utilizarse para inhibir la respuesta. La contribución que surge de esta metodología, es que la respuesta de ansiedad puede “descondicionarse” y que es posible extender este hallazgo en humanos.

El procedimiento de esta terapia es la siguiente:

1.- Entrenamiento en el empleo de la escala SUDS (Escala de unidades subjetivas de ansiedad):

Es un medio de comunicación entre el terapeuta y el paciente y se refiere a la magnitud de la respuesta de ansiedad del paciente ante estímulos provocadores de miedo. Sirve para jerarquizar los estímulos provocadores de miedo o ansiedad. Para juzgar el patrón de efectividad del tratamiento y juzgar el nivel de ansiedad al inicio de las sesiones.

El entrenamiento consiste en pedirle al paciente que encuentre una situación en relación al estímulo que sea aterradora y a esta se le asignará un puntaje de 100. Posteriormente se buscará un situación que no genere ningún malestar o que sea mas apacible y tranquila en relación al estímulo. Y al final se pide que encuentre una situación intermedia entre esas dos y a esta se lo pondrá una puntuación de 50.

2.- Entrenamiento en relajación:

De acuerdo a las diversas técnicas que existen para la relajación, se enseñara al paciente a buscar la tranquilidad que es una respuesta contraria a la ansiedad,



entre ellas se encuentra la relajación muscular progresiva, La relajación autógena y la respiración profunda.

### 3.- Construcción de la jerarquía:

Es una lista de estímulos evocadores de ansiedad, relacionados en contenido y ordenados según la cantidad de ansiedad que provocan. Los estímulos pueden ser extrínsecos e intrínsecos. Se le pide al paciente que describa situaciones pasadas y futuras que podrían provocar ansiedad. Cuanto más detalles se obtenga del paciente, es más probable de obtener una escena clara.

4.- La combinación de la exposición junto con la relajación profunda para el paciente.

Es la desensibilización propiamente dicho. Se expone al paciente a la primera situación en la jerarquía (en vivo o imaginaria), siempre y cuando se sepa que se está listo para producir el fenómeno de inhibición recíproca. No se puede avanzar en la siguiente situación de la jerarquía hasta que se afirme que la situación ya no produce ansiedad.

### *Terapia Implosiva (inundación).*

La Terapia implosiva a diferencia de la desensibilización sistemática (que se basa en el fenómeno de la inhibición recíproca), se fundamenta en la extinción experimental directa, ósea en la presentación de un estímulo condicionado en ausencia de un estímulo incondicionado. Con esto se propone que las reacciones fisiológicas y las conductas motoras son aprendidas por la evocación de estímulos

asociados con experiencias condicionadas pasadas, específicas y aversivas. La implosión consiste en detener la conducta de evitación que impide se de este fenómeno de extinción al no presentarse a la situación temida (Levis y Rourke, 1991).

El procedimiento que proponen Levis y Rourke 1991 consiste en:

### **1.- Clasificación de las categorías de los estímulos de evitación.**

Se proponen 4 categorías que influyen en el factor físico, es necesario identificarlas en el paciente para poder trabajar con ella. A) estímulos contingentes a los síntomas; B) estímulos informables provocados interiormente. C) estímulos no informables que hipotéticamente están relacionados con estímulos de carácter interno y; D) estímulos dinámicos hipotetizados.

### **2.- Recogida de información.**

Se averigua la gravedad del problema, la duración del problema y las razones por las cuales el paciente buscó terapia. Es importante obtener una historia clínica completa del paciente.

### **3.- Plan de tratamiento.**

Se necesitan contestar las siguientes respuestas para poder seguir con la terapia:

¿Cuáles son los problemas presentes?

¿Se han descartado Las condiciones médicas que podrían explicar este cuadro de síntomas?

¿Qué impacto tienen los síntomas en el funcionamiento actual?

¿En qué situaciones ocurre el complejo de síntomas?

¿Cuáles son la fuerza instigadoras que estos síntomas y cuál es la responsable de su mantenimiento, a pesar del malestar subjetivo experimentado por el paciente?

¿Cuáles son las raíces históricas que se encuentran detrás del desarrollo del complejo de síntomas?

#### **4.- la preparación de la primera sesión.**

Se presenta la conceptualización del tratamiento y la explicación de la teoría de los dos factores. Se expresa al paciente que lo que va hacer es de acuerdo a lo que hacen normalmente las personas de forma natural al emplear de manera natural sus problemas.

#### **5.- El entrenamiento en imágenes neutrales.**

Se recomienda que el terapeuta genere cuando menos dos imágenes neutrales que no producen ansiedad, y en todo caso se considera que es una técnica para valorar si es posible la exposición imaginaria.

#### **6.-Presentación de las escenas.**

Se expone al paciente a tantos estímulos temidos como sea posible, con el fin de provocar una fuerte respuesta de ansiedad. Se pretende con esto conducir a un efecto de extinción. Este proceso se mantiene hasta que se reduzca la ansiedad. La premisa básica es que, una vez que la ansiedad a los estímulos que provocan los síntomas se han extinguido, la conducta desadaptativa automáticamente disminuirá y finalmente desaparecerá.

#### **7.-La determinación objetiva de las virtudes de los estímulos hipotetizados.**

Hay tres maneras de determinar estos aspectos: A) El reporte verbal del sujeto; B) La respuestas conductual que pueden ser: conducta motora, tensión o espasmos musculares, movimientos manifiestos como el apretar los puños o la mandíbula, un cambio en la postura como el curvarse, cambios visibles en la respuesta fisiológica, tasa de respiración, cambio en el color de la piel, sudar, la boca seca etc. C) Y medidas fisiológicas como, la respuesta psicogalvanica, temperatura de la piel, tasa cardiaca entre otras.

#### **8.- Cuestiones relacionadas con el espaciamiento de las escenas y las sesiones.**

Se recomienda que la duración de la escena sea entre 30 y 50 minutos, ya que es necesario que se dé una activación de la ansiedad lo suficiente como para mantener una exposición eficaz

#### **9.- Tareas para casa.**

Uno de los aspectos importantes es la necesidad de repeticiones. Se recomienda que pasen entre 20 y 30 minutos cada día practicando la escena. Sirve para que el paciente ponga el proceso terapéutico bajo su control.

#### **Reestructuración cognitiva.**

De acuerdo a Semerari (2002) existen en la actualidad alrededor de 20 aproximaciones cognitivas en el proceso terapéutico, sin embargo, hay dos escuelas fundamentales que dan resultados en los denominado psicología basada en evidencia (Chambless, 2007). La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

desarrollada por Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck pertenecen a un enfoque Cognitivo- Conductual, sin embargo surgieron de explicaciones teóricas y con diferente metodología de intervención.

### *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).*

Albert Ellis (1999) Desarrolla en un enfoque terapéutico basado en un filosofía estoica la cual sostiene que las situaciones no son los que perturban al individuo, sino, como es que las interpreta.

Lega (1991) menciona que la Terapia Racional Emotiva Conductual defiende que tanto las emociones como la conducta son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación en la realidad.

Albert Ellis propone el modelo ABC en el cual C es una consecuencia emocional y/o conductual, A es el suceso o acontecimiento activante. Lo que se dice es que A no crea directamente a C, sino la forma en que interpretamos B. Si la B es lógica, funcional y empírica se le considera racional. Si dificulta el funcionamiento del individuo, se considera irracional. La forma de reemplazar una creencia irracional por una racional se le llama debate. El elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional. Estas se conceptualizan a través de exigencias absolutistas de los debo que y tengo que, en la cuales se añade una característica de dogma. De ese pensamiento irracional, dogmático, se derivan tres inferencias.

1.- Tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento (*tremendismo*), ya que este se percibe como más que malo o inconveniente. Una creencia del tipo: esto no debería de ser tan malo como es.

2.- La tendencia a exagerar lo insoportable de una situación (*no puedo soportantitis*), ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia.

3.- La tendencia a condenar a los seres humanos a la vida en general (condenación).

A las técnicas utilizadas para la modificación de este tipo de creencias irracionales suelen ser: El debate filosófico, tareas para casa, fantasía-racional emotiva, técnicas emocionales, técnicas conductuales, etc.

### *Terapia Cognitiva Estándar*

Riso (2009) afirma que la terapia cognitiva no es un simple conjunto de técnicas, sino un paradigma que resulta de una posición filosófica, epistemológica, teórica y metodológica determinada, ampliamente sustentada y continuamente validada a través del método científico.

La terapia cognitiva fue desarrollada por Aaron T. Beck desde la publicación de su libro *Cognitive Therapy and the emotional disorders* en 1976.

Dobson y Franche (1991) presentan el un panorama de este tipo de terapia. Lo dividen en Causas de la disfunción, productos de la disfunción y tratamientos de la disfunción.

*Causas de la disfunción:* se identifica como un potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean, y a través de estas percepciones negativas, crear su propia perturbación emocional. Se habla de una triada cognitiva negativa, que se refiere a las creencias, pensamientos, actitudes sobre tres áreas: uno mismo, el mundo y el futuro. Sin embargo, estos pensamientos no son suficientes para “perturbarse” sino que necesita de experiencias negativas para crear el tipo negativo de pensamiento que se ve en la perturbación.

Se han descrito varios procesos cognitivos que es probable conduzcan a emociones, conductas y consecuencias motivacionales negativas a estos procesos se les llama distorsiones cognitivas, las más comunes son las siguientes:

1.- **Abstracción selectiva.** Es escoger un solo detalle de una situación, y a partir de ella valorar toda la situación o experiencia.

2.- **Filtro mental.** Ignorar otros elementos relevantes para enjuiciar esas circunstancias, fijándose en un solo aspectos de la realidad y omitiendo otros. El mayoría de las veces el filtro es negativo.

3.- **Descalificar lo positivo.** Las experiencia positivas tienen menos peso (o simplemente no cuentan) que las negativas.

4.- **Saltar a conclusiones precipitadas:** Se identifican tres principales

A) **Inferencia arbitraria:** es llegar a conclusiones erróneas sin tener evidencia.

B) **Lectura del pensamiento:** Es cuando la persona cree conocer lo que las otras personas piensan o saber el por qué actúan de determinada manera.

C) **El error del adivino:** Se adelanta al futuro (en especial a eventos negativos).

5.- **Sobregeneralización:** cuando se crea una regla general a partir de uno o varios hechos.

6.- **Etiquetado:** se etiqueta o se ponen apelativos a personas erróneamente.

7.- **Magnificación (catastrofismo) y minimización:** Hace referencia a los errores cometidos al evaluar la magnitud de un hecho.

8.- **Personalización:** cuando se atribuye sucesos externos a uno mismo sin una base real o empírica.

9.- **Pensamiento de todo o nada (dicotómico):** cuando se clasifica en dos categorías opuestas.

10.- **Razonamiento emocional:** Cuando las cosas son como las sentimos (en particular emociones negativas).

11.- **Afirmaciones de debería:** afirmaciones dogmáticas en las que sobresale una exigencia hacia sí mismo o hacia los demás.

*Productos de la disfunción:* Se dice que los productos son de naturaleza multidimensional. Este modelo afirma que hay una relación entre factores cognitivos, emocionales, motores y fisiológicos. Aunque sostiene que el origen de la fuente de la perturbación se refiere a aspectos cognitivos.

*Tratamiento de la disfunción:* Se propone la identificación y modificación de los procesos y patrones cognitivos. A esto suele llamarse el descubrimiento guiado (Semerari, 2002). Ante esto se han desarrollado una gran variedad de técnicas



que sirven para la modificación de contenidos cognitivos. Por ejemplo, Programación de actividades, evaluación de las destrezas y el placer, ensayo cognitivo, entrenamiento asertivo, representación de papeles, registro de pensamientos disfuncionales, comprobación de la realidad, técnicas de reatribución, solución de problemas, diseño de experimentos, refutación con respuestas racionales entre otras.

### ***Relajación.***

#### *Relajación autógena.*

Es una técnica desarrollada por Schultz (citado por Nieves y Vila, 1991) y consiste en una serie de frases sugestivas que inducen al individuo a estados de relajación a través de autosugestiones sobre: 1) sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades; 2) Regulación en los latidos del corazón; 3) Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo; y 4) concentración pasiva en su respiración.

Las instrucciones se dan de forma clara y sugestiva, de modo que el paciente tenga que internalizarlos y producir las sensaciones antes expuestas.

Se ha observado que esta técnica favorece la respiración y la relajación de los músculos. En algunas ocasiones se utilizan frases de pesadez y calor en las extremidades para que sea más efectiva.

### *Relajación muscular progresiva.*

Jacobson (1938) desarrolló esta técnica con el propósito de que los sujetos discriminaran entre niveles bajos de la tensión muscular. El sujeto debe tensar ciertos músculos y después destensarlo para comparar el nivel de relajación de estos. Esto se hace por grupos musculares que se expresan en la Tabla 6.

Tabla 6

Sesiones.	Grupos musculares.	Ejercicios
1	a) Mano y antebrazo dominantes. b) Bíceps dominante. c) manos, antebrazo y bíceps no dominantes.	a) Se aprieta el puño. b) Se empuja el codo contra el brazo del sillón. c) Se prosigue con el miembro dominante.
2	a) Frente y cuero cabelludo. b) Ojos y nariz	a) Se levantan las cejas tan alto como se pueda. b) Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz
3	-Boca y mandíbulas.	Se aprietan los dientes mientras se llevan la comisuras de la boca hacia las orejas.
4	-Cuello.	Se dobla hacia la derecha Se dobla hacia la izquierda. Se dobla hacia adelante. Se dobla hacia atrás.
5	-Hombros, pecho y espalda.	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omoplatos.
6	-Estomago.	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia afuera conteniendo la respiración.
7	a) Pierna y muslo derecho b) Pantorrilla c) Pie derecho. d) Pierna, pantorrilla y pie izquierdo.	a) Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento. b) Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento. c) Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro. d) Igual que el derecho.
8	-Secuencia completa de músculos.	Solo relajación

Grupos musculares y propuesta por cada musculo que necesita trabajarse. Tomado de Nieves y Vila (1991).

Se propone como resultado de la activación aferente o eferente en el sistema motor, además podría tener efectos saludables en diversos trastornos fisiológicos y emocionales, incluidos los desórdenes neuróticos.

### *Técnicas respiratorias.*

La respiración relajada es una habilidad a ser aprendida y que puede ser muy apropiada para contrarrestar la hiperventilación o hipoventilación en situaciones ansiógenas. Una tasa de respiración baja está asociada a una mayor relajación y un decremento de la ansiedad. Los beneficios de una respiración eficaz son:

- Hacer frente a situaciones de estrés y reducción de la activación fisiológica.
- Reducción de tensión muscular.
- Aminoramiento de la irritabilidad.
- Sensación generalizada de tranquilidad y bienestar.

Amutio (1998) describe que los ejercicios activos, como la respiración con el estomago (o respiración diafragmática), disminuye la velocidad de respiración. Expone los siguientes pasos para una relajación terapéutica eficaz.

1.- Respiración profunda: se instruye para que el paciente respire tranquila y suavemente.

2.- respiración con el estómago: se instruye para que ponga sus manos sobre el vientre y que estas presionen cuando necesita sacar el aire.

3.-Respiración diafragmática: se instruye para que las manos solo experimenten la sensación del diafragma cuando se inhala y exhala el aire.

4.-Inhalación a través de la nariz: La respiración será solamente por la nariz (utilizando quizá la comparación cuando se huele una rosa).

5.- Exhalación a través de los labios: la exhalación se hará por los labios suavemente (se puede usar la comparación cuando se quiere apagar una vela, pero cuidando que no se apague, solo que se mueva la llama).

6.-Respiración concentrativa: Que la respiración se mantenga a un solo ritmo de acuerdo a los pasos anteriores.

Esta respiración necesita adoptarse al individuo como una estilo de afrontar las situaciones estresantes o que produzcan ansiedad.

### **Entrenamiento en habilidades sociales.**

De acuerdo a Caballo (1991) La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que se 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 resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

El proceso de habilidades sociales constituye cuatro elementos de forma estructurada. Estos elementos son:

1.- *Entrenamiento en habilidades sociales*: donde se enseñan conductas nuevas y específicas y se integran al repertorio del sujeto. Suelen utilizarse procedimientos como instrucciones, modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y reforzamiento.

2.- *Reducción de la ansiedad*: se lleva a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente, es incompatible con la respuesta de ansiedad. Se pueden utilizar técnicas de relajación o desensibilización sistemática.

3.- *Reestructuración cognitiva*: se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Se utiliza especialmente la Terapia Racional Emotiva Conductual.

4.- *Entrenamiento en solución de problemas*: se enseña a percibir y procesar los “valores” para generar respuestas potenciales, seleccionar una respuesta y emitirla, de manera que se alcance el objetivo deseado.

En la práctica las cuatro etapas del entrenamiento en habilidades sociales son:

**1.- El desarrollo de un sistema de creencia que mantenga un gran respeto por los propios derechos personales y por derechos de los demás:**

Todos los seres humanos son creados iguales, en un sentido moral, y se tienen que tratar mutuamente como iguales. La premisa del entrenamiento en habilidades sociales es humanitaria: no producir estrés innecesario en los demás y apoyar la realización de cada persona

**2.- La distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas:**

El paciente entiende que el comportamiento asertivo es más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento, ayudando a que se expresen de manera adecuada los sentimientos e ideas, sin poner las necesidades propias por encima o debajo de las del otro.

### **3.- La reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas:**

Consiste en ayudar al paciente a reconocer que lo que se dicen a sí mismos pueden influir en sus sentimientos y en su conducta.

### **4.- El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas:**

Consiste en llevar a cabo en ensayos la conducta social habilidosa. Se puedan ocupar el ensayo de conducta, el modelado, las instrucciones, la retroalimentación/reforzamiento y tareas para casa.

El paciente que sea capaz de determinar en qué momento debe actuar de manera habilidosa, probablemente reducirá la ansiedad ante la situación y promoverá un estado de salud mental positivo, ya que la relación con los demás es algo que se encuentra día a día.

*Fobia social y depresión.*

Así como lo mencionara Lang en 1971, las emociones humanas comprenden respuestas en tres sistemas principales; conductas motoras, reacciones

fisiológicas y respuestas cognitivas. La manera en que el individuo se desenvuelve por el medio generara ciertos estilos de afrontamiento hacia los diferentes estímulos. Como lo mencionó Beck (1985) en su tesis diátesis-estrés, existe cierta vulnerabilidad cognitiva a la interpretación de las situaciones que se enfocan en tres principales temas; el mundo, el futuro y uno mismo. Es por ello que la manera en cómo está interpretando la realidad el individuo, por ejemplo, un sujeto tímido se acerca a una chica, el que será demasiado vergonzoso, ser rechazado o se burlará de mi genera emociones tales como ansiedad, temor o preocupación, sin embargo pensamientos tales como: “es insoportable y nunca podre tener una relación, o soy feo por ser rechazado” genera sentimientos de baja autoestima, tristeza, desesperanza o depresión (Riso, 2007). Bados (2001) en su modelo hace explicito que el sujeto se siente un fracasado para desenvolverse como alguien hábil socialmente hablando, lo que le produce una insatisfacción consigo mismo, provocando un humor deprimido.

#### *Calidad de vida y fobia social.*

El World Health Organization Quality of Life (Whoqol) *Group* define a la calidad de vida como: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes (Lenarduzzi et al., 2005).

Es un constructo multidimensional que incorpora la percepción de la salud física, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

Se ha hecho un intento por definir a la calidad de vida como las diferencias entre las expectativas, los logros del individuo, es decir un conjunto subjetivo. Sin embargo, los logros no solo dependen de factores subjetivos sino también de las posibilidades que el entorno ofrece. Es por ello que el concepto de calidad de vida ha tenido que incluir tres componentes: bienestar subjetivo, estado funcional y factores contextuales (Katsching, 2000).

La relación que se ha hecho en el modelo de salud con respecto a este constructo ha ido aumentando conforme el paso del tiempo, y por lo tanto se ha inmerso en el campo de la salud mental.

Algunos trabajos han dado cuenta en cómo un trastorno suele reducir la calidad de vida considerablemente. Por ejemplo, Sudhir et al. (2012) encontraron que sujetos con algún trastorno de ansiedad a comparación con muestras no clínicas cuentan con una calidad de vida mucho más baja. Además encontraron una correlación significativa entre la calidad de vida y la severidad de ansiedad, depresión y estrés.

Los sujetos con algún trastorno de ansiedad pueden ser apartados de sus trabajos, de sus relaciones y de sus actividades de esparcimiento a causa de síntomas cognitivos como el miedo, la preocupación y la obsesión; pueden verse afectados por síntomas de activación en el sistema fisiológico como el trastorno de pánico, la fobia social, el estrés postraumático y la ansiedad generalizada y



pueden acarrear la desmoralización y vergüenza secundaria que comparten los pacientes con todos estos trastornos (Schneir, 2000). Olatunji, Cisler y Tolin (2007) hacen una revisión meta-analítica y encuentran que los dominios de salud mental y funcionamiento mental pueden ser deteriorados si se encuentra algún trastorno mental.

En la Fobia social la mayoría de las personas sufren un deterioro acusado, esto quizá pueda ser la explicación del por qué solo una pequeña parte de sujetos con fobia social suelen acudir a pedir ayuda profesional. Quilty et al. (2003) encontraron que la fobia social correlacionaba significativamente y negativamente con dos subescalas; problemas emocionales y funcionamiento social.

Wong, Sarver y Beidel (2012) encuentran en una muestra sujetos con fobia social, que el subtipo fobia social no generalizada a comparación de la generalizada mostraba mayor calidad de vida y que en comorbilidad con algún otro trastorno.

De acuerdo a lo revisado anteriormente se propone un protocolo de intervención en individuos residentes de la Ciudad de México, y se hará desde un enfoque cognitivo conductual, que ha mostrado eficacia en el incremento de la calidad de vida (Gonzalez y Sánchez, 2003) y la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva (Beck, 1985).

## MÉTODO

### *Planteamiento del problema.*

La ansiedad social implica un bajo rendimiento ante las situaciones que involucran un contacto con el resto de la gente en las que el individuo necesita exponerse, ocasionando así una insatisfacción subjetiva hacia las relaciones interpersonales y que afectan de manera directa al estado de ánimo, provocando un malestar clínicamente significativo. Es necesario considerar que en la mayoría de las ocasiones se considera desesperanzadora la solución hacia sus problemas en lo que hay una interacción gregaria de por medio, tomado así un estilo evitativo, que ayuda a disminuir la ansiedad a corto plazo, sin embargo no se permite la adquisición de habilidades para el afrontamiento óptimo.

Por lo que surge la siguiente pregunta ¿Un programa con técnicas Cognitivo Conductuales (entrenamiento en relajación, reestructuración-cognitiva, exposición en vivo o imaginaria y entrenamiento en habilidades sociales) puede ayudar a reducir la ansiedad ante situaciones sociales en población clínica?

### *Justificación*

Debido a que coloquialmente la timidez se considera “normal”, culturalmente no se percibe como un problema y por tanto no se piensa en una ayuda profesional para la “solución” de este conflicto, aún cuando se vuelve desadaptativo. De acuerdo a

la literatura revisada se aplicó un programa cognitivo-conductual que pretende dar eficacia de manera sistemática en población mexicana, buscando un impacto favorable en la disminución de la ansiedad social y la regulación emocional.

### *Objetivo Generales*

El objetivo de este trabajo fue determinar el efecto de un programa con técnicas Cognitivo Conductuales en el manejo de la ansiedad social en pacientes que presentan rasgos de este problema.

### *Objetivos Específicos*

- Detectar si existe una reducción en los puntajes de los instrumentos de Depresión, Ansiedad, Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad Social; posterior a la aplicación un programa Cognitivo Conductual.
- Identificar si existe un incremento en los puntajes de las cuatro subcategorías del constructo de calidad de vida.

### *Hipótesis de investigación:*

La aplicación de un programa con técnicas cognitivo conductuales entrenamiento en relajación, reestructuración-cognitiva, exposición en vivo o imaginaria y

entrenamiento en habilidades sociales) reduce la ansiedad social en población clínica y mejora su calidad de vida.

*Hipótesis de Estadísticas:*

-Existe un decremento en los puntajes obtenidos en el inventario de Ansiedad de Beck, antes y después de participar en el Protocolo de Intervención Cognitivo-Conductual para la Ansiedad Social.

-Existe un decremento en los puntajes obtenidos en el inventario de Depresión de Beck, antes y después de participar en el Protocolo de Intervención Cognitivo-Conductual para la Ansiedad Social.

-Existe un incremento en los puntajes obtenidos en el Factor Físico, Factor Social, Factor Psicológico y Factor Ambiental del instrumento Who Qol, antes y después de participar Protocolo de Intervención Cognitivo- Conductual para la Ansiedad Social.

-Existe un decremento en los puntajes obtenidos en el factor Social, factor cognitivo y el factor físico del cuestionario ASI-3, antes y después de participar en el Protocolo de Intervención Cognitivo- Conductual para la Ansiedad Social.

-Existe un decremento en los puntajes obtenidos del factor de Temor/Ansiedad y de Evitación de la escala de Ansiedad Social de Liebowitz, antes y después de participar en el Protocolo de Intervención Cognitivo- Conductual para la Ansiedad Social.

## **Variables Dependientes.**

### *Depresión.*

Definición Conceptual: alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de auto-castigo (Galimberti , 2002).

Definición Operacional: Puntajes obtenidos del Inventario Depresión de Beck .

### *Ansiedad.*

Definición Conceptual: Anticipación aprensiva de daño futuro o desgracia acompañado de un sentimiento de inquietud o síntomas de tensión (APA, 1999)

Definición Operacional: Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck.

### *Calidad de Vida.*

Definición Conceptual: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes (Lenarduzzi et al., 2005).

Definición Operacional: Puntajes obtenidos por medio del instrumento Who Qol Breve Versión en Español.

*Sensibilidad a la Ansiedad.*

Definición conceptual: Consiste en el miedo a los síntomas de ansiedad, el cual surge debido a la creencia de que dichos síntomas tienen consecuencias dañinas. (Donnell y McNally, 1989).

Definición operacional: Puntaje obtenido del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad ASI-3

Ansiedad social.

Definición conceptual: La ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso a hacer el ridículo y a ser humillado o abochornado por los demás en situaciones sociales (APA, 2000).

Definición operacional: Puntaje de la Escala de Liebowitz de Ansiedad Social.

### *Participantes.*

En esta investigación participaron 10 pacientes (6 hombres y 4 mujeres) que solicitaron atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología (UNAM).

Los pacientes fueron usuarios que de acuerdo a la integración de las tres sesiones anteriores aplicadas en el CSP, tuvieron una impresión diagnóstica de ansiedad social.

Las edades fluctuaron entre los 15 y 30 años; formando así un grupo mixto para la aplicación del programa Cognitivo Conductual.

El tipo de muestra para la selección de los sujetos fue no probabilística e intencional.

### *Diseño.*

Cuasi-experimental: con un solo grupo y una manipulación mínima de las variables extrañas. Se utilizó un diseño Pretest- Postest.

### *Instrumentos.*

- Inventario de Depresión de Beck, fue desarrollada por Beck 1988. Es una escala de autorreporte que consta de 21 reactivos que llevan de base los criterios para un episodio depresivo mayor. Con una escala tipo Likert de 4 opciones y dando un puntaje de leve, moderado o severo. (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperna y Varela, 1988). Cuenta con una alta consistencia interna, un valor alfa de Cronbach de 0.83 y confiabilidad test-retest de  $r=.75$ , para población mexicana.
- Inventario de Ansiedad de Beck Fue desarrollada por Beck en 1988. Es una escala de autorreporte que consta de 20 reactivos calificado en una escala Likert de 4 puntos que van desde 0 (nada o poco) 1 (leve) 2 (moderadamente) y 3 (Severamente). Cuenta con una alta consistencia interna, un valor alfa de Cronbach de 0.83 y confiabilidad test-retest de  $r=.75$ , para población mexicana (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).
- Instrumento Who Qol Breve Versión en Español (González y Sánchez, 2001), es una escala de autorreporte que consta de 26 reactivos que se agrupan en 4 subcategorías; factor ambiental, factor físico, factor social y factor psicológico. El formato de respuesta es una escala de tipo likert de 5 puntos (con una opción de acuerdo al reactivo).



- Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad, es una escala auto aplicable que está compuesta de 18 reactivos que se agrupan en tres subcategorías; preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales. El formato de respuesta es una escala de tipo likert de 5 puntos donde 0 es muy poco y 4 es muchísimo. Esta escala cuenta con una consistencia interna de .74-.86 y una validez de .59-.63, para población mexicana (Taylor et al., 2007).
- Escala de Ansiedad social de Liebowitz fue desarrollada por Liebowitz en 1987. Es una escala de autorreporte que consta de 24 reactivos, trece agrupados en situaciones de actuación social y 11 a interacción. Cada una se puntúa en una escala likert de 4 puntos (rango de 0 a 3) evaluándose las respuestas cognitivas y motoras. Cuenta con una buena consistencia interna y un alfa de Cronbach de .90 en población española (Cox et al. 1998).

*Escenario.*

Cubículos asignados para el proceso terapéutico en el Centro de Servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

*Procedimiento.*

**Protocolo: “Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para la  
Ansiedad Social”**

*Descripción de intervención por sesiones.*

*Sesión 1*

Objetivo: Obtener un análisis funcional, dar a conocer el propósito de la intervención, realizar la evaluación pre-tratamiento.

Técnicas utilizadas: Se utiliza una entrevista inicial, Psicoeducación.

Material utilizado: Pruebas psicométricas de evaluación, y hojas en blanco.

Tareas para casa: Ninguna.

*Sesión 2*

Objetivo: Dar al paciente información de las emociones, como mediadora de los problemas, se explican los 5 factores que se relacionan (Situación, pensamiento, reacción fisiológica, emoción y conducta). Además se explica la dinámica de éstos en la ansiedad social.

Técnicas utilizadas: Psicoeducación.

Material utilizado: Presentación de Power Point sobre el enfoque cognitivo conductual y sus 5 factores. Presentación en Power Point sobre el modelo de ansiedad social propuesto por Bados.

Tareas para casa: Llenado de registro de la comprensión de mis problemas.

### *Sesión 3 y 4*

Objetivo: Que el paciente entienda el propósito obtenga habilidades para promover una relajación física a base del entrenamiento de este.

Técnicas utilizadas: Respiración diafragmática, Relajación muscular progresiva y/o Relajación autógena.

Material utilizado: Registros de relajación y protocolos de relajación propuestos por Amutio (1998).

Tareas para casa: Llenado de registro de relajación durante dos semanas.

### *Sesión 5,6 y 7*

Objetivo: Que el paciente adquiera habilidades para la modificación racional a base de evidencia y un sistema de filosofía adaptativo de un pensamiento que genere un malestar emocional. Adquirirá habilidades para la identificación, categorización y modificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias nucleares.

Técnicas utilizadas: Reestructuración cognitiva; búsqueda de evidencias, debate filosófico, abogado del diablo, registro de pensamientos, fantasía racional emotiva, entre otras.

Material utilizado: Registro de pensamientos, distorsiones cognitivas, registro A (Acontecimiento) B (Bagaje de pensamientos) C (Consecuencias emocionales y conductuales) D (Debate filosófico) E (Emociones y conductas re-valoradas), búsqueda de alternativas.

Tareas para casa: Registrar pensamientos y debatirlos de una manera racional y con búsqueda de evidencia justo cuando se encuentre en el momento de malestar emocional.

### *Sesión 8, 9, 10, 11 y 12*

Objetivo: Que el paciente experimente la disminución de la ansiedad y el papel que tiene el exponerse a la situación para adquirir habilidades para el afrontamiento óptimo de las situaciones sociales.

Técnicas utilizadas: técnicas de exposición imaginaria, en vivo o simulada.

Material utilizado: Registro de situaciones sociales que provocan niveles de ansiedad altos, Registro de disminución de la ansiedad.

Tareas para casa: Llenado del registro de disminución de la ansiedad al exponerse de manera real a la situación y calificación de satisfacción de actuación.

## *Sesión 13 y 14*

Objetivo: Que el paciente al haber adquirido habilidades para la disminución de la ansiedad ante situaciones sociales, ponga en práctica la asertividad para el mantenimiento de conversaciones y de relaciones sociales.

Técnicas utilizadas: Entrenamiento en asertividad

Material utilizado: Diferencias entre Pasividad, Asertividad y agresividad, Derechos asertivos.

Tareas para casa: Puesta en práctica de las habilidades sociales y llenado de satisfacción de la actuación.

## Resultados.

El objetivo general de esta investigación consistió en determinar el efecto de un programa con técnicas Cognitivo Conductuales en el manejo de la ansiedad social en pacientes que presentan rasgos de este problema.

Por lo tanto la hipótesis de la investigación fue: “la aplicación de un programa con técnicas cognitivo conductuales (entrenamiento en relajación, reestructuración-cognitiva, exposición en vivo o imaginaria y entrenamiento en habilidades sociales) reduce la ansiedad social en población clínica y mejora su calidad de vida”.

Para comprobar los efectos del protocolo se analizaron los datos por medio de la prueba no paramétrica de Wilcoxon, para muestras relacionadas.

Se trabajó con una muestra de 10 personas, 6 de ellos fueron hombres y 4 mujeres. Con una edad promedio de 27.3 años, el rango de edades va de 15 a 52 años. Todos los participantes eran solteros. 7 personas de la muestra cursaron una licenciatura y 3 llegaron al nivel bachillerato, 7 personas no trabajan actualmente y 3 personas cuentan con un empleo.

Los resultados arrojados por la prueba de Wilcoxon para la comparación de la ansiedad Pretratamiento-Postratamiento son estadísticamente significativos con Puntaje  $Z=-2.689$   $p<.007$  demostrando que se acepta la hipótesis estadística que proponía que habría cambios significativos en la disminución de la ansiedad conceptualizada operacionalmente como el puntaje del Inventario de Ansiedad Social.

Tabla 7

Puntajes pretest-postest del inventario de Ansiedad y Depresión de Beck y la escala de Ansiedad social de Liebowitz.

	BAI pretest	BAI postest	BDI pretest	BDI postest	ASL pretest	ASL postest
Paciente 1	12	7	18	5	54	19
Paciente 2	18	7	10	9	64	35
Paciente 3	29	8	15	5	89	79
Paciente 4	49	28	49	24	136	70
Paciente 5	34	5	38	22	100	20
Paciente 6	16	16	13	7	106	82
Paciente 7	37	16	20	12	86	50
Paciente 8	43	22	32	34	125	94
Paciente 9	25	6	8	4	111	21
Paciente 10	41	27	25	22	102	88

(BAI): Puntaje del Inventario de Ansiedad de Beck; (BDI): Puntaje del inventario de Depresión de Beck; (ASL) Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

Como se puede observar en la tabla 7 en nueve pacientes hubo una disminución en los niveles de ansiedad, solamente el paciente seis se mantuvo igual. En los niveles de depresión hubo disminución en nueve pacientes, solamente el paciente ocho hubo un incremento de dos puntos. En los puntajes de la escala de Ansiedad Social de Liebowitz hubo una disminución en los diez pacientes.

Tabla 8  
Puntajes pretest-postest de los cuatro factores del instrumento Who-Qol

	FFW pretest	FFW postest	FPW pretest	FPW postest	FSW pretest	FSW postest	FAW pretest	FAW postest
Paciente 1	20	27	19	20	8	9	23	29
Paciente 2	32	29	22	19	10	10	35	35
Paciente 3	20	22	16	21	10	9	23	25
Paciente 4	12	16	7	15	4	4	17	17
Paciente 5	28	28	19	23	7	8	23	27
Paciente 6	21	23	18	19	9	8	23	26
Paciente 7	21	28	16	21	9	11	26	29
Paciente 8	16	19	13	14	4	3	21	28
Paciente 9	14	34	20	27	8	15	28	38
Paciente 10	21	22	14	17	8	9	25	25

(FFW): Puntaje del Factor Físico del instrumento Who Qol; (FPW): Puntaje del Factor Psicológico del instrumento Who Qol; (FSW) Puntaje del Factor Social del instrumento Who Qol. ; (FAW) Puntaje del Factor Ambiental del instrumento Who Qol.

En la tabla 8 se observan las puntuaciones pretest-postest de los cuatro factores del instrumento Who-Qol. Ocho pacientes incrementaron su bienestar en el factor físico, en el paciente dos disminuyó y en el paciente cinco se mantuvo igual. En el factor psicológico nueve pacientes incrementaron su bienestar y el paciente 2 lo disminuyó. Cinco pacientes incrementaron su bienestar en el factor social dos se mantuvieron igual y tres disminuyeron. En el factor ambiental siete personas aumentaron su bienestar mientras que tres se mantuvieron en el mismo puntaje, no hubo ninguna disminución en este factor.



Tabla 9

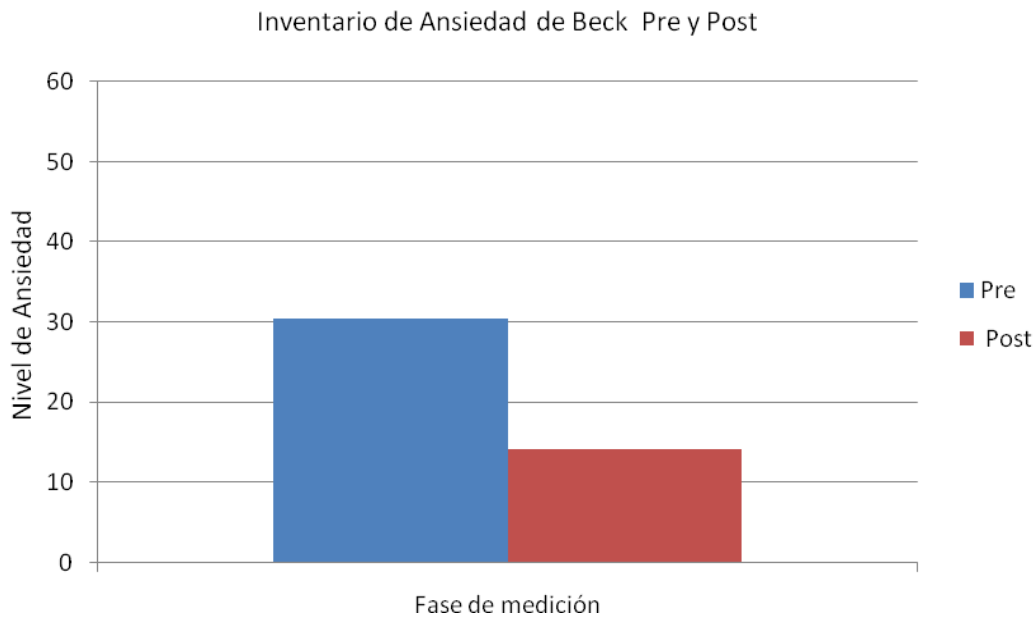
Puntajes pretest- posttest de los tres factores del ASI-3

	ASIS pretest	ASIS posttest	ASIC pretest	ASIC posttest	ASIF pretest	ASIF posttest
Paciente 1	10	4	7	1	4	1
Paciente 2	19	9	8	1	10	1
Paciente 3	15	12	6	3	10	3
Paciente 4	23	15	15	7	19	6
Paciente 5	13	0	12	1	6	0
Paciente 6	20	17	9	5	5	4
Paciente 7	14	6	16	1	14	2
Paciente 8	23	21	16	10	17	18
Paciente 9	21	3	4	0	7	0
Paciente 10	17	15	10	9	9	5

(BAI): Puntaje del Inventario de Ansiedad de Beck; (BDI): Puntaje del inventario de Depresión de Beck; (ASL) Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

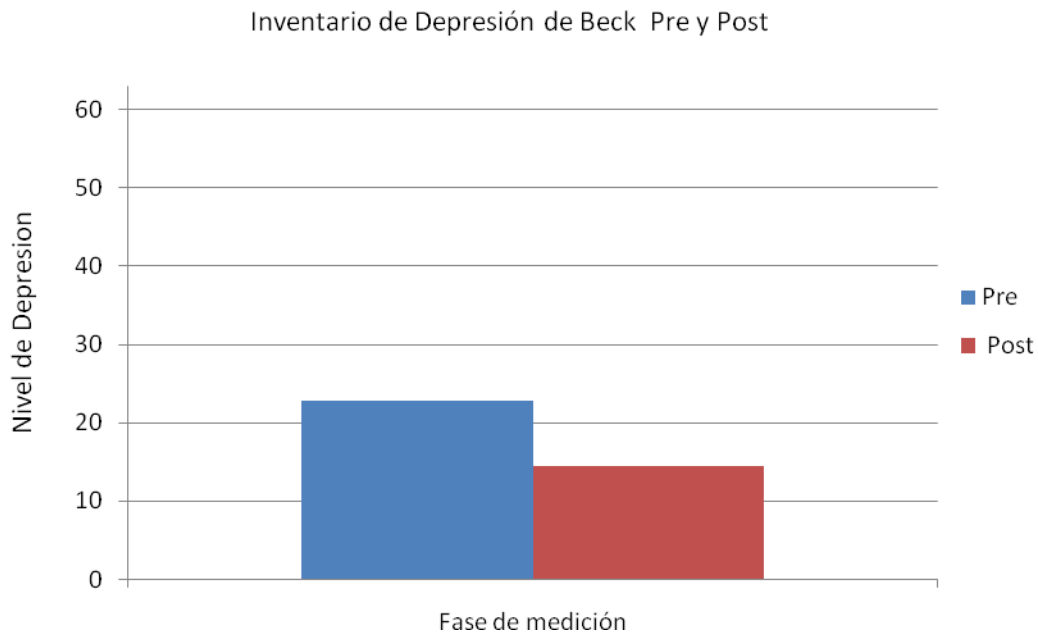
En la tabla 9 se encuentran los valores pretest-posttest de los 3 factores del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. En todos los puntajes hay una disminución de los tres factores en los diez pacientes.

En la Gráfica 1 se observa una comparación de las medias Pretratamiento- Postratamiento de los niveles de ansiedad. En la fase de pretratamiento hay una puntuación media de 30.45, que corresponde a un nivel moderado de ansiedad, mientras que en la fase Post-Tratamiento se encuentra un puntuación media de 14.2 que se considera en un nivel leve (Robles et al., 2001).



Grafica 1. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del inventario de Ansiedad de Beck

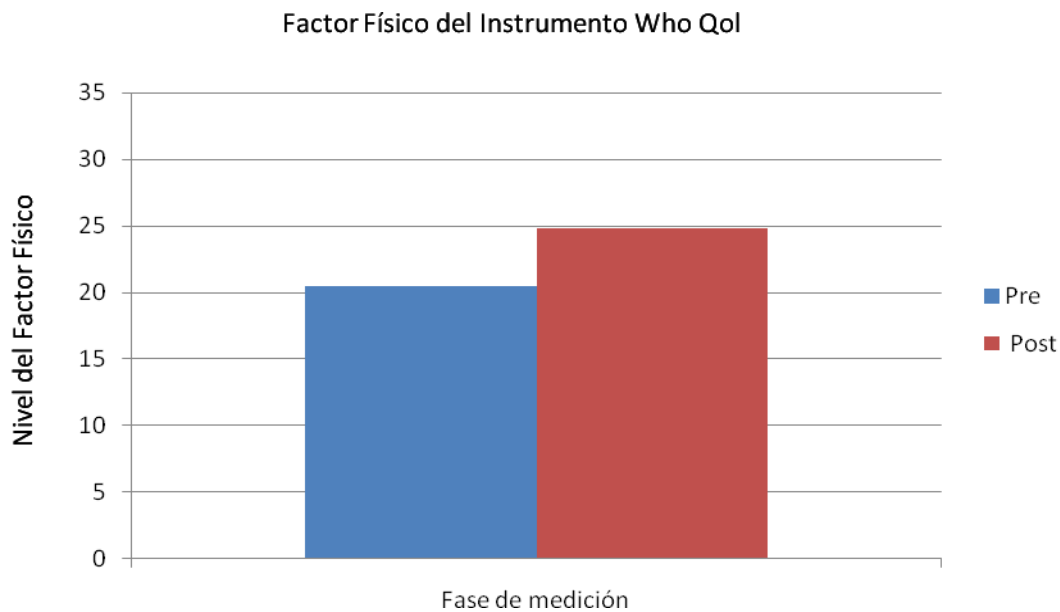
Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon para los datos de depresión antes y después de la intervención, definida operacionalmente como los datos del Inventario de depresión de Beck son estadísticamente significativos con un puntaje  $Z = -2.599$   $p < .009$ . Por tanto, se acepta la hipótesis estadística observando que hay una disminución en los niveles de depresión.



Grafica 2. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del inventario de Depresión de Beck.

Como se observa en la Gráfica 2 se observa una comparación de las medias Pretratamiento-Posttratamiento de los niveles de depresión. Se puede encontrar en la fase de pretratamiento, que hay una puntuación media de 22.8, que corresponde a un nivel moderado de depresión, mientras que en la fase Post-Tratamiento se encuentra una puntuación media de 14.4 que se considera un nivel leve de depresión (Jurado et al., 1998).

Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a los datos antes y después del tratamiento son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z = -2.1218$   $p < 0.033$ . Esto indica que se acepta la hipótesis estadística, que propone que hay efectos del tratamiento al factor físico en la calidad de vida que se define operacionalmente como la puntuación del factor físico del instrumento Who-Qol.

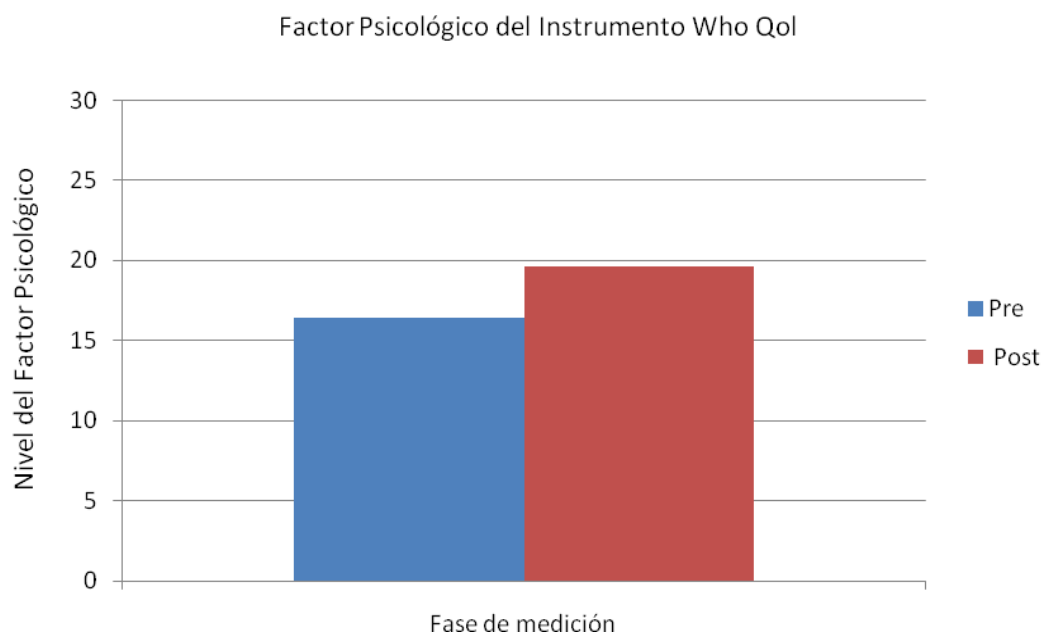


Grafica 3. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del Factor Físico del Instrumento Who Qol.

De acuerdo a la Gráfica 3 se observa una comparación gráfica de las medias Pretratamiento-Postratamiento de los niveles del factor físico de calidad de vida. Se puede encontrar en la fase de pretratamiento, que hay una puntuación media de 20.5 que corresponde a un 56% de satisfacción en ese rubro, mientras que en la fase Post-Tratamiento una puntuación de 24.8 que corresponde a un 63% de satisfacción (González y Sánchez, 2001).

Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a los datos antes y después del tratamiento son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z = -2.354$   $p < 0.019$ . Esto indica que se acepta la hipótesis estadística, que propone

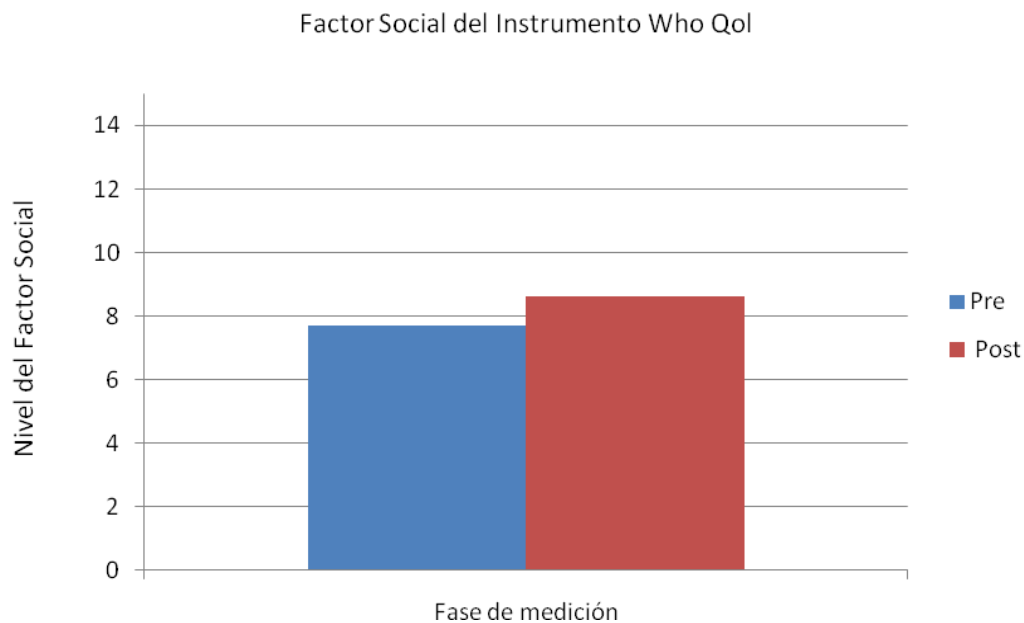
que hay efectos del tratamiento al factor psicológico en la calidad de vida que se define operacionalmente como la puntuación del factor psicológico del instrumento Who-Qol.



Grafica 4. Comparación de las medias totales del Pretest-Postest del Factor Psicológico del Instrumento Who Qol.

En la Gráfica 4 se observa una comparación gráfica de las medias Pretratamiento-Posttratamiento de los niveles del factor psicológico de calidad de vida. Se puede encontrar en la fase de pretratamiento, que hay una puntuación media de 16.4 que corresponde a un 44% de satisfacción en ese rubro, mientras que en la fase Post-Tratamiento una puntuación de 19.6 que corresponde a un 56% de satisfacción (González y Sánchez, 2001).

Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a los datos antes y después del tratamiento no son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z = -1.098$   $p < .272$ . Esto indica que no se acepta la hipótesis estadística y se acepta la hipótesis alterna, que propone que no hay efectos del tratamiento al factor social en la calidad de vida que se define operacionalmente como la puntuación del factor social del instrumento Who-Qol.



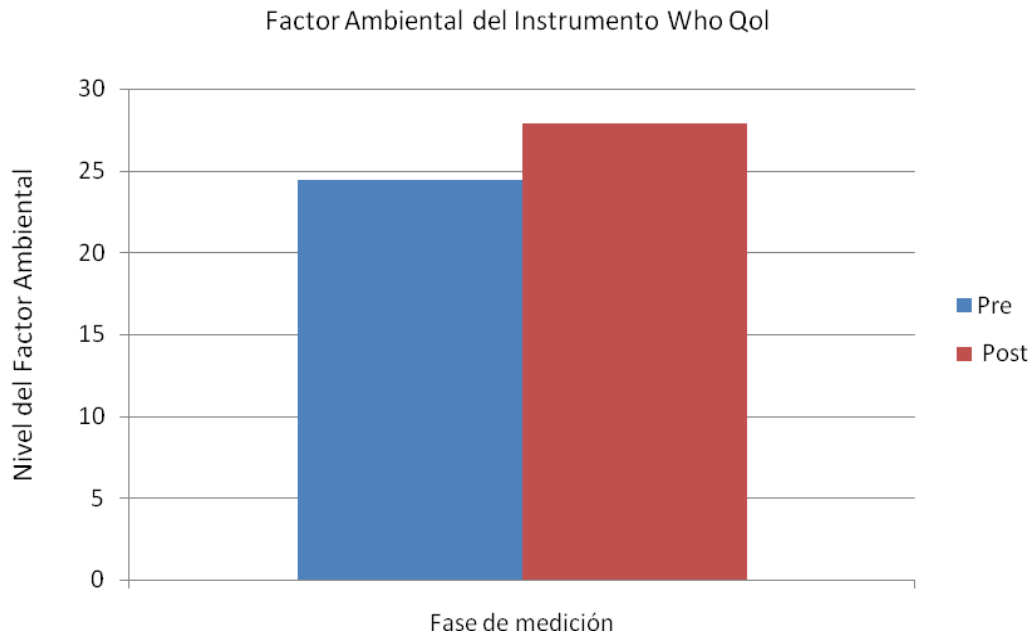
Grafica 5. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del Factor Social del Instrumento Who Qol.

En los datos de la Gráfica 5 se observa una comparación gráfica de las medias Pretratamiento-Posttratamiento de los niveles del factor social de calidad de vida. Se puede encontrar en la fase de pretratamiento, que hay una puntuación media de 7.7 que corresponde a un 44% de satisfacción en ese rubro, mientras que en la

fase Post-Tratamiento una puntuación de 8.6 que corresponde a un 44% (González y Sánchez, 2001).

Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a los datos antes y después del tratamiento son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z = -2.371$   $p < 0.18$ . Esto indica que se acepta la hipótesis estadística, que propone que si hay efectos del tratamiento en el factor ambiental de la calidad de vida que se define operacionalmente como la puntuación del factor ambiental del instrumento Who-Qol.

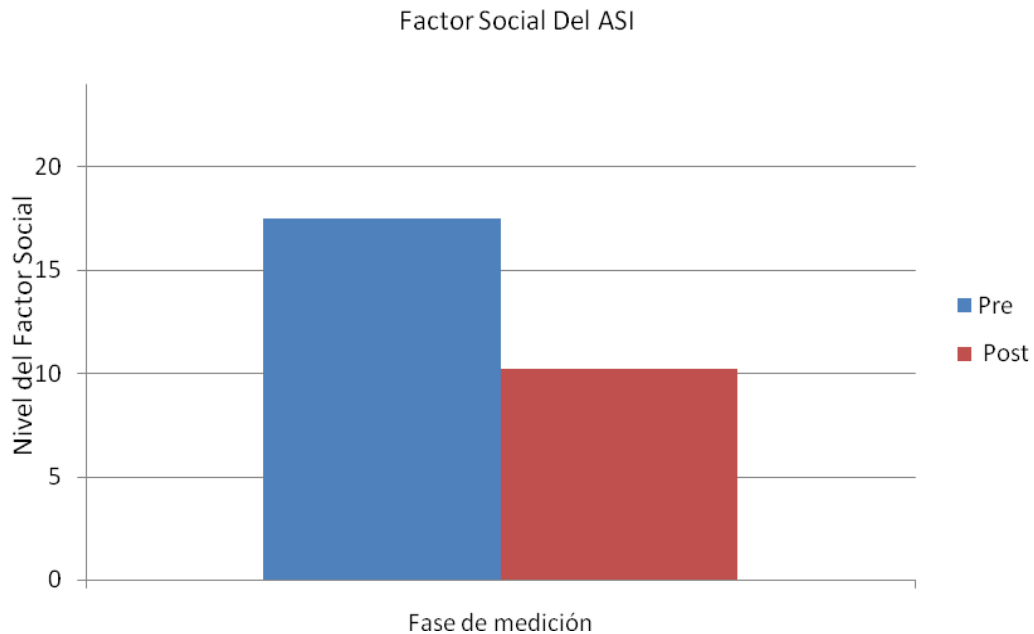
En la Gráfica 6 se observa una comparación gráfica de las medias Pretratamiento-Posttratamiento de los niveles del factor ambiental de calidad de vida. Se puede encontrar en la fase de pretratamiento, que hay una puntuación media de 24.4 que corresponde a un 50% de satisfacción en ese rubro, mientras que en la fase Post-Tratamiento una puntuación de 27.9 que corresponde a un 63% de satisfacción (González y Sánchez, 2001).



Grafica 6. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del Factor Ambiental del Instrumento Who QoI.

Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a los datos antes y después del tratamiento en el factor social de Sensibilidad a la Ansiedad son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z=-2.809$   $p < 0.005$ . Esto indica que se acepta la hipótesis estadística, que propone que existen efectos del tratamiento en el factor social que se define operacionalmente como la puntuación del factor social en el ASI.

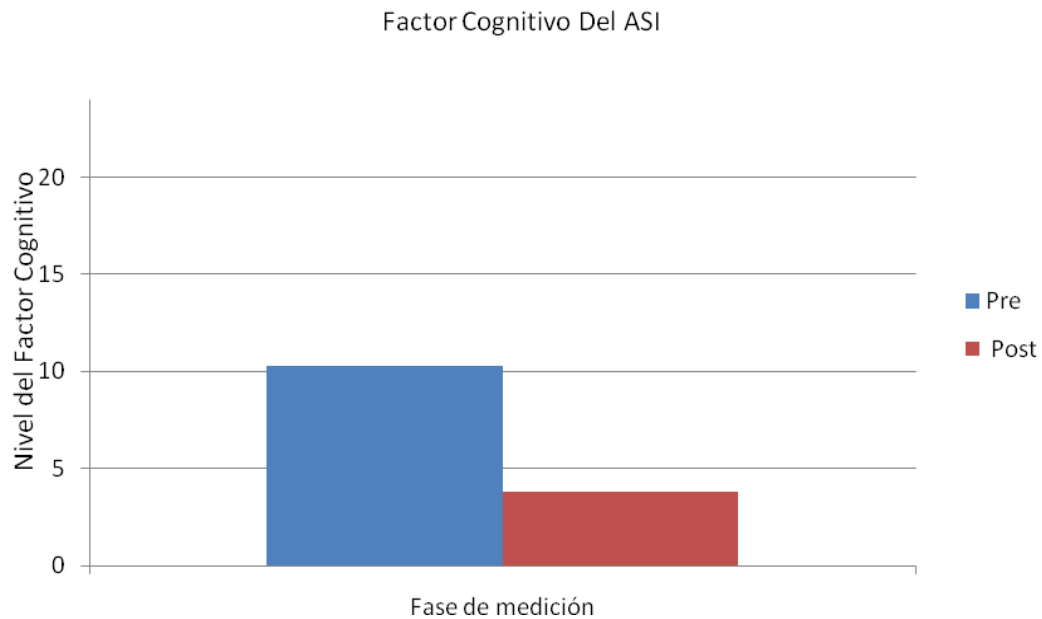




Grafica 7. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del Factor Social del ASI.

En la Gráfica 7 se observa una comparación gráfica de las medias Pretratamiento- Postratamiento de los niveles del factor social. Se puede encontrar en la fase de pretratamiento, que hay una puntuación media de 17.5 rubro, mientras que en la fase Post-Tratamiento una puntuación de 10.2.

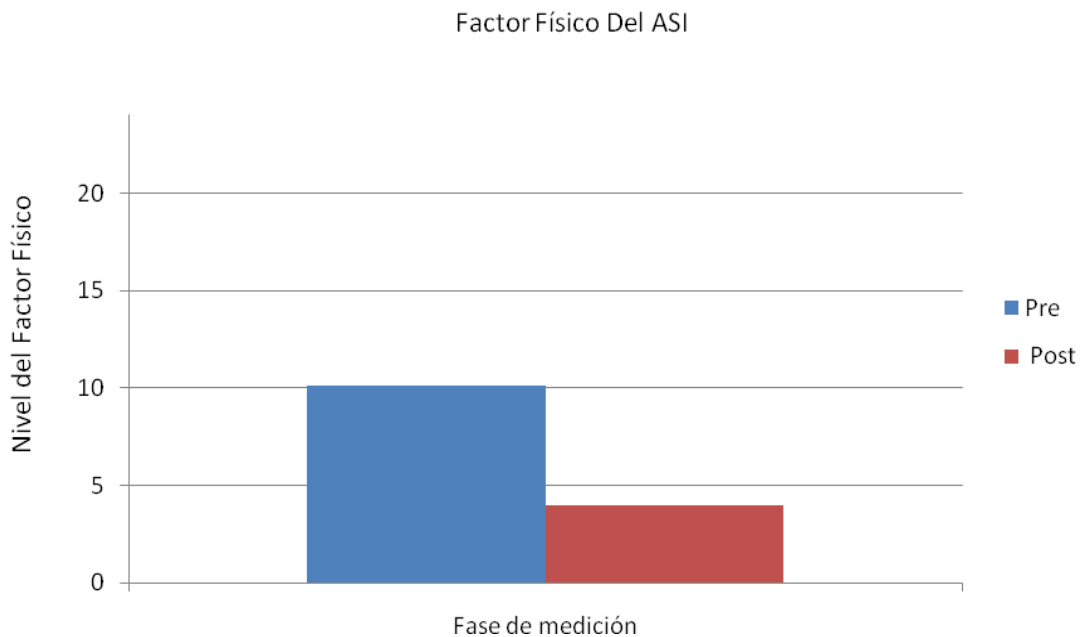
Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a los datos antes y después del tratamiento en el factor cognitivo de Sensibilidad a la Ansiedad son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z=-2.807$   $p < 0.005$ . Esto indica que se acepta la hipótesis estadística, que propone que existen efectos del tratamiento en el factor cognitivo que se define operacionalmente como la puntuación del factor cognitivo en el ASI.



Grafica 8. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del Factor Cognitivo del ASI.

De acuerdo a la Gráfica 8 se observa una comparación gráfica de las medias Pretratamiento-Postratamiento de los niveles del factor cognitivo. Se encuentra en la fase pre-tratamiento, que hay una puntuación media de 10.3 rubro, mientras que en la fase Post-Tratamiento una puntuación de 3.8.

Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a los datos antes y después del tratamiento en el factor físico de Sensibilidad a la Ansiedad. Los resultados son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z=-2.654$   $p < 0.008$ . Esto indica que se acepta la hipótesis estadística, que propone que existen efectos del tratamiento en el factor físico que se define operacionalmente como la puntuación del factor físico en el ASI.



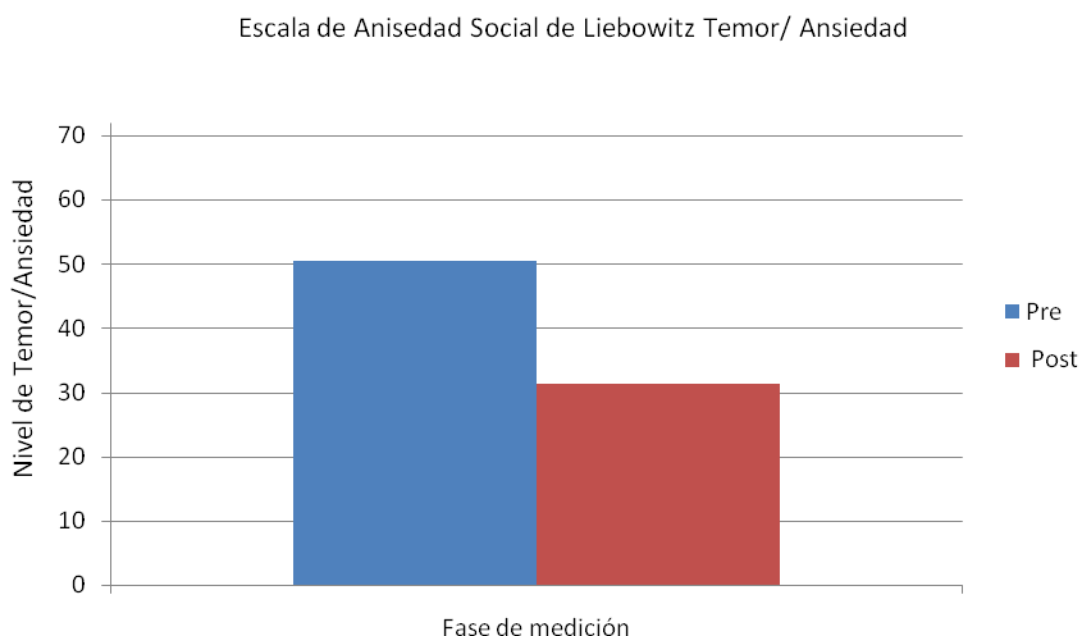
Grafica 9. Comparación de las medias totales del Pretest-Postest del Factor Físico del ASI.

En la Gráfica 9 se observa una comparación gráfica de las medias Pretratamiento-Posttratamiento de los niveles del Factor Físico. Se encuentra en la fase de pretratamiento, que hay una puntuación media de 10.1 rubro, mientras que en la fase Post-Tratamiento una puntuación de 4.

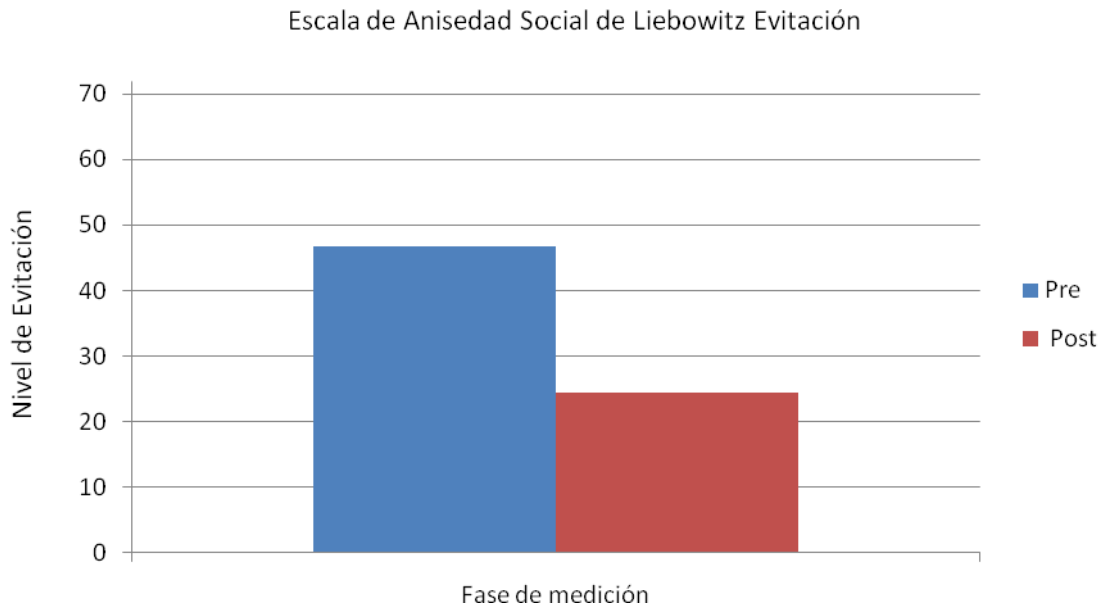
Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a antes y después del tratamiento en el factor Temor/Ansiedad son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z=-2.807$   $p < 0.005$ . Esto indica que se acepta la hipótesis estadística, que propone que existen efectos del tratamiento en el factor Temor/Ansiedad que

se define operacionalmente como la puntuación de Temor/Ansiedad en la escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

Los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon respecto a los datos antes y después del tratamiento en el factor Evitación. Los resultados son estadísticamente significativos, con un puntaje  $Z=-2.803$   $p< 0.005$ . Esto indica que se acepta la hipótesis estadística, que propone que existen efectos del tratamiento en el factor Evitación que se define operacionalmente como la puntuación de Evitación en la escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

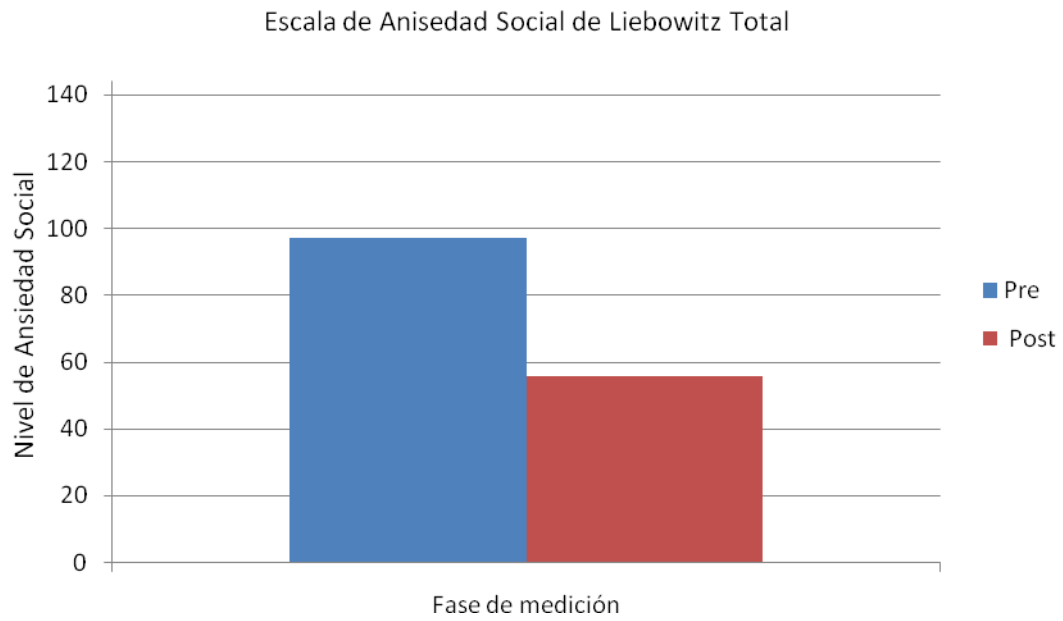


Grafica 10. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del Factor Temor/Ansiedad de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.



Grafica 11. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del Factor Evitación de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

En la Gráfica 10 se observa una comparación de las medias Pretratamiento-Posttratamiento de los niveles del factor Temor/Ansiedad de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz. En la fase de pretratamiento, hay una puntuación media de 50.5, mientras que en la fase Post-Tratamiento una puntuación de 31.3. En la Gráfica 11 se observa las puntuaciones antes del tratamiento en el factor de Evitación es de 46.8 y después del tratamiento es de 24.5. La suma de estos dos factores (Gráfica 12) es de 97.3 antes del tratamiento, que se considera grave y 55.8 después del tratamiento, que se considera leve ó no clínicamente significativo (Zubeidat et al., 2007).



Grafica 12. Comparación de las medias totales del Pretest-Posttest del total de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

## **Discusión y Conclusión.**

El objetivo de este trabajo consistió en determinar de manera sistemática los efectos de un protocolo cognitivo-conductual para pacientes con ansiedad social, que residen en la Ciudad de México.

La necesidad de implementar un protocolo de intervención que garantice un servicio de calidad, y muestre resultados eficientes y/o efectivos, ha orillado al profesional de la salud mental a buscar en la literatura científica los tratamientos disponibles y que se encuentran en proceso de verificación para la solución de problemáticas en específico (Chambless y Ollendick, 2001). Es por ello la necesidad de implementar un protocolo que esté al alcance de los estudiantes en preparación, para intervención una base teórica metodológica a pacientes en los cuales el motivo de consulta sea en esencia una timidez excesiva, temor a hablar en público, dificultad para iniciar o mantener relaciones interpersonales, o una evitación excesiva a situaciones que involucre un contacto social.

De acuerdo con los resultados arrojados en este estudio, se encuentra que la media de ansiedad se encuentra en un nivel moderado en ascendencia hacia un nivel grave. Considerando que la ansiedad es un fenómeno afectivo que se presenta en diferentes estímulos situacionales en la mayoría de la gente, ha sido una de los objetos de estudio en la mayoría de los psicólogos orientan desde la psicología basada en evidencia (Beck, Emery y Greenberg 1985; Turner, 1991; Ellis, 1999; Beck).

Los efectos que muestran este tipo de protocolo a los niveles de ansiedad son favorables, ya que disminuyó en los pacientes los niveles de ansiedad considerablemente, dejando en promedio un puntaje identificado como leve o clínicamente no significativo. Teniendo en cuenta que los aspectos que se muestran en el inventario de ansiedad de Beck, son síntomas físicos en su mayoría, en relación a un ataque de pánico (o crisis de angustia), el paciente adquiere habilidades para la regulación fisiológica, evitando la activación del sistema simpático, probablemente sea debido a los efectos que tiene el tratamiento de relajación propuesta en la segunda y tercera sesión del protocolo, además de disminuir la catastrofización de los eventos que se encuentra en ciertos estilos cognitivos, como por ejemplo: perder el control, volverse loco o morir o incluso que la situación será demasiado insoportable (Beck,1985).

Con respecto a los efectos que tuvo el protocolo en los niveles de depresión identificados conceptualizados operacionalmente como el puntaje del Inventario de Depresión, se observa resultados favorables, disminuyendo desde una media considerada en niveles moderados de depresión, a un puntaje leve o clínicamente no significativo. Esto concuerda a lo que Bados (2001) propone en el modelo que propone de ansiedad social; un individuo que presenta rasgos de ansiedad social, regularmente cuenta con un estado de ánimo depresivo, debido a la poca autoestima que percibe de sí mismo, evitando no compararse a los demás, además se siente poco autoeficaz al momento de interactuar con la demás personas. Esto promueve que haya un tipo de desesperanza que impide poder llevar una vida social satisfactoria, y promueve la evitación de situaciones sociales,



dejando ir la oportunidad de adquirir las habilidades sociales adecuadas para una interacción de calidad.

Los efectos que probablemente influyen a este tipo de síntomas depresivos, quizá fueron los fundamentos de reestructuración cognitiva que promueven un pensamiento objetivo basado en la búsqueda de evidencia (Riso, 2009) y el debate de creencia centrales (Ellis, 1999) que se ubicaron en la sesión 4, 5 y 6 del protocolo. Además de un incremento en habilidades asertivas, que ayudan a expresar, sentimientos o pensamientos de una manera adecuada, teniendo en cuenta que la dignidad del otro vale igual que la de uno. Ayudando a tener una autopercepción favorable e incitando a las relaciones sociales sanas (Caballo, 1991).

De acuerdo a Lenarduzzi (2005) la calidad de vida es un constructo que involucra cuatro factores, la percepción de la salud física, su estado psicológico, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el factor físico, observamos que hay efectos favorables en componentes tales como, actividades de la vida cotidiana, movilidad, energía y fatiga, sueño y descanso, enfermedad y dependencia de sustancias medicinales, y la capacidad para trabajar. Esto probablemente se deba a varias causas del tratamiento, por ejemplo Nezu (2006) menciona que el 17% de los fóbicos sociales consumen alguna droga, y el 19% consumen alcohol, esto debido a una necesidad de socializar con las demás personas, además estas sustancias ayudan a reducir la introversión y promueven una actitud extrovertida; entonces se genera un estilo de dependencia hacia una sustancia para atreverse

a actuar de una manera más fácil ante una situación que involucre un contacto con las demás personas, como por ejemplo conseguir pareja. Además involucra la necesidad de un medicamento, esto quizá se deba a los efectos de la relajación como mecanismo de regulación fisiológica, para aquellos pacientes que dependen de un ansiolítico, al tener esta herramienta de modulación, creen no necesitar una sustancia, sin embargo resulta ser contraproducente, ya que ellos mismos son quienes deciden dejar de tomar el medicamento sin tomar en cuenta al profesional de la salud que se lo prescribió.

Los resultados del factor psicológico, relacionados con, imagen corporal y apariencia, sentimientos positivos y negativos, autoestima, Espiritualidad/Religión/Pensamientos personales, cognición, aprendizaje, memoria y concentración resultan ser favorables desde este tipo de protocolo. Al tener un conjunto de técnicas destinadas a incrementar la autoeficacia, fortalecer el autoconcepto y determinar la objetividad de la valía humana, el paciente obtiene recursos para una regulación emocional sana, concluyendo que la filosofía más flexible es la de las emociones como algo normal en la vida humana, el punto es saber enfrentarlas junto con los estímulos que la provocan (Nezu, 2004).

El tercer factor relacionado con relaciones interpersonales, apoyo social y actividad sexual es el único factor que no fue significativo en los efectos del protocolo, esto quizá se deba a la brevedad del tratamiento, es decir, el tratamiento está diseñado para que el sujeto pueda reducir la ansiedad ante situaciones sociales, teniendo en cuenta que la ansiedad social se compone de 3 factores; una activación del sistema nervioso autónomo debido a un aprendizaje

desde un condicionamiento condicionado, otro factor es la predisposición cognitiva en la que hay una sensibilidad al crítica por parte del otro, y una motora en donde surgen comportamientos de evitación y escape. El tratamiento al ir enfocado en estos tres sistemas promueve una reducción y un manejo óptimo de la ansiedad, sin embargo por ser breve el individuo no podría hacer de manera rápida un círculo de amigos, o buscar pareja de manera inmediata, o ingresar a un grupo, es decir, quizá la falta de satisfacción social no se deba a los rasgos de ansiedad ya como tal, sino a una búsqueda y selección del grupo, amigos o pareja del que comience a estar interesado el sujeto.

El cuarto factor está relacionado con los recursos económicos, libertad, seguridad, acceso y calidad a salud pública, ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nueva habilidades e información, participación en actividades recreativas, ambiente físico (contaminación, tráfico, clima) y transporte. Esto quizá se deba a los efectos que tiene el protocolo al disminuir la evitación de situaciones sociales, que se puede corroborar con los resultados del factor de evitación de la escala de ansiedad social de Liebowitz (1987). El individuo al saber que las situaciones sociales son inofensivas y que no hay nada de insoportable en el contacto interpersonal, abre nuevas posibilidades de recreación y disfruta de aquellas actividades que antes le impedían el nerviosismo o la ansiedad promovidos por estímulos sociales.

Respecto a los resultados del factor social propuesto en el constructos de sensibilidad a la ansiedad (Reiss, 1985), propone que para, las personas varían los temores respecto a dichos síntomas de ansiedad para la mayor parte de las

personas la ansiedad es meramente displacentera, mientras que para otros es aterradorante. Más específicamente la sensibilidad a la ansiedad se refiere a los temores, a los síntomas de ansiedad basados en creencia de que dichos síntomas pueden tener consecuencias dañinas o catastróficas (Cía, 2007).

La sensibilidad a la Ansiedad está compuesta por tres actores correlacionados:

En el factor social, que es el temor a reacciones ansiosas públicamente observables, se encuentran resultados significativos, es quizá se deba a aquellos conjuntos en la disminución de los correlatos fisiológicos que vienen al exponerse a una situación social. Por tanto, para el sujeto no es necesario catastrofizar su propia reacción ante los demás, Por ejemplo; aquella paciente que sabía que al subir al transporte público le generaría ansiedad y vergüenza y una reacción de ruborización. Al pensar y reaccionar de esta manera, efectivamente la gente la volteaba a ver y notaban su cara totalmente sonrojada y esto hacia que fuera demasiado insoportable para ella, manteniendo el estado de ansiedad. Al trabajar con un estado de relajación para disminuir la activación fisiológica y reestructurar lo insoportable de la situación la paciente disminuyó esta sensibilidad de ir por la calle sonrojándose y no soportarlo.

En el temor al descontrol cognitivo, los resultados son significativos, esto quizá se deba a esta sensación de bloqueo que suelen sentir los pacientes al enfrentarse a una situación social, al no mantenerse en un estado de tranquilidad comienzan a tener una atención selectiva hacia sus propias reacciones fisiológicas, pero sobre todo a las cognitivas. Generando así una especie de bloqueo mental, comienzan angustiarse por no desenvolverse de una manera correcta ante la situación social

y surge una especie de crisis que podría terminar en un ataque de pánico, con estilo cognitivo de creer volverse loco, es generalmente pasa en aquellas personas que fueron diagnosticadas una Fobia social generalizada. El tratamiento probablemente tuvo efectos al centrar de manera directa la atención al exterior para la búsqueda de evidencias. Es decir, el sujeto deja de lado su presentación como objeto social, rompiendo con distorsiones cognitivas de tipo personalización y abstracción selectiva y así llega a un pensamiento objetivo centrado en el exterior, evitando incrementar este tipo de terror a perder el control.

En el factor a las sensaciones somáticas concuerda con lo que Clark (2001) describe en la teoría cognitiva de la fobia social. En esta hipervigilancia a las sensaciones físicas el sujeto comienza a preocuparse de mas, provocando que esta interpretación cognitiva sobre el inicio de por ejemplo, sudoración en las manos, ruborización, hiperventilación, temblor en las manos etc. e incrementándolo por el hecho de que vendrá de nuevo una sensación somática “insostenible” o “catastrófica”, pudiendo llegar a tener miedo a la muerte repentina. Es importante destacar que este tipo de temor está bastante correlacionado con las crisis de angustia, o el trastorno de angustia con o sin agorafobia (Taylor et al., 2007). Este factor quizá fue disminuido por el tratamiento en conjunto del manejo de la ansiedad en sus tres factores, factor cognitivo, fisiológico y conductual. El paciente al no presentar una reacción fisiológica que promueva toda esta dinámica, disminuye el riesgo de influir en su propio miedo.

De acuerdo a los resultados sobre el instrumento de ansiedad social de Liebowitz (1987) observamos que hay resultados significativos disminuyendo de un puntaje

grupal que corresponde a una ansiedad social grave, mientras que después del tratamiento se obtuvo un nivel leve o clínicamente no significativo. Esto quizá se deba a que las habilidades para disminuir la ansiedad ante situaciones sociales sean efectivas, al grado de que se interviene en lo que Lang en 1971 identifica como el modelo tripartito de la ansiedad; se compone de conductas motoras que se identifican como evitación, escape conductas defensivas o inhibición asertiva en el fóbico social; respuestas cognitivas, donde se encuentra una sensibilidad a la crítica por parte del otro; y los estados fisiológicos, que se presentan en diferentes tipos dependiendo del sujeto. Al obtener herramientas el sujeto disminuye esta ansiedad que se promueve ante las situaciones sociales promoviendo una regulación emocional, reduciendo también la frecuencia de la evitación y exponiéndose a la situación para romper con este aprendizaje asociativo probablemente adquirido por un condicionamiento clásico y permitiéndose adquirir habilidades para un afrontamiento óptimo de las futuras situaciones.

### **Limitaciones y sugerencias.**

Una de las limitaciones del estudio es lo reducido del grupo con el que se trabajó, esto se debió a que la atención fue por un solo terapeuta además de que hubo dos personas que no asistieron desde la tercera sesión (muerte experimental). Además se utilizó un diseño cuasi-experimental pre-post en el cual hay poco control de variables internas y externas. Es necesario además tener una

evaluación más elaborada que se componga de habilidades para el diagnóstico formal de la Ansiedad Social, además de la búsqueda de inventarios que cuenten con una confiabilidad y validez en población mexicana, ya que la escala de Ansiedad Social utilizada solamente se ha validado en España. Es por ello que se propone en futuros estudios que haya una diferencia en el diseño experimental, además de aplicarlo en población que no resida solamente en la Ciudad de México, además de que se hagan los cambios pertinentes al protocolo en caso de que no sea aplicable al sujeto.

## Referencias.

- Amutio K. A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. Biblioteca de psicología. España.
- Antona C. C. J. & García L. L. J. (2008) Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de psicología* 40 (2) 281-292.
- Antona C. C. J., Morales. G., Lopez E. O. & García L. L. J. (2008) Evaluación cognitiva de la fobia social en una muestra de estudiantes mexicanos. 9no. *Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis*. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4606/1/interpsiquis\\_2008\\_34145.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4606/1/interpsiquis_2008_34145.pdf).
- Antona C. C. J. (2009). *Fobia social. Evaluación y Tratamiento*. México. Trillas.
- Antona C. C. J., Delgado A. M. C., Gracia L. L. J. & Estrada A. B. (2012) Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12 (1) 35-48.
- Bados, A.(2001). *Fobia social*. Madrid Síntesis.
- Bados L. A. & García G. E. (2011). Técnicas de exposición. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>.
- Baños R. M., Quero S., Botella C. & Perpiña C. (2003). En Botella C., Baños R. M. & Perpiña C. (Eds.). *Fobia social: Avances en la psicopatología, la*



*evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social.*

Paidós. México.

Beck T. AT., Emery G. & Greenberg R. (1985). *Anxiety disorders And Phobias. A cognitive Perspective.* Basic Books. United States of América.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting an Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck T. A., Steer A. R., Garbin G. M. (1988) Psychometric properties of the Beck Depresión Inventory: twenty five years of evaluation. *Clinical psychogy review* 8, 77-100.

Caballo V. E. Fobia social en: Caballo V. E., Buela- Casal G. & Carrobles J. A. (1995) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos.* Siglo veintiuno editores. España.

Caballo V. E. & Mateos V. M. M. (2000) *El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI.* *Psicología conductual.* 8 (2) 173-215.

Caballo V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En Caballo V. E. (Eds.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid. Siglo XXI.

Caraveo-Anduaga J. J., Colmenares B. E. & Saldivar H. G. J. (1999) Morbilidad Psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud mental.* pp 62-67 número especial.

- Chambless D.L & Ollendick T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu. Rev. Psychol. Vol. 52.* 685-716.
- Christopé A. & Légeron P. (1997) *El miedo a los demás. Miedo escénico, timidez y fobia social.* Mensajero. España.
- Cía H. A. (2007). *La ansiedad y sus Trastornos. Manual Diagnóstico Terapéutico.* Editorial Polemos. Buenos Aires
- Clark D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En Ray C. W. & Alden L. E. (Eds.) *International handbook of social anxiety: Concepts, research an interventions relating to the self and shyness.* Wiley. England.
- Cox B. J., Ross L., Swinson, R. P., & Dorenfeld D. M (1998). A comparison a social Phobiaautocme measures in cognitive behavioral group therapy. *Behavior Modification.* 22, 285-297.
- Donnell, D. y McNally, J. (1989). Anxiety Sensitivity and History of Panic as Predictors of response to Hyperventilation. *Behaviour Research and Therapy.* 27, 325-332.
- Ellis A. (1999). *Una terapia Breve más profunda y duradera: Enfoque teórico de la terapia racional emotivo conductual.* Paidós. México.
- Galimberti, U. (2002) *Diccionario de Psicología.* Argentina: Siglo XXI Editores
- Gil B. F. & Hernández G. L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología.* 40 (1) 89-104.

- González-Celis R., A.L y Sanchez-Sosa, J.J., (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*. 20 (1) pp. 143-158.
- Inglés C. J., Mendez F. X. & Hidalgo M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 6(2) 91-104.
- Jurado S., Villegas M. E., Méndez L., Rodríguez F., Lopera V., & Varela R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*. 21 (3) 26-31.
- Katschnig H.(2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En Katschnig H., Freeman H. & Sartorius N. (Eds). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Masson. Barcelona.
- Labrador E. F. J. & Ballesteros P. F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*. 23 (4) 560-565.
- Lega L. I. (1991). La terapia Racional Emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En Caballo V. E. (Eds.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid. Siglo XXI.
- Lenarduzzi H., Rinaldi. G., D'Alvia R., Zukerfeld R., Chevnik M., Maladesky a., López M., López O. Z., Bustamante A. & Wolfberg E. (2005). *Calidad de vida: La relación bio-psico-social del sujeto*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Levis D. J. & Rourke P. A. (1991). La terapia implosiva (inundación): Una técnica conductual para la extinción de la re-activación de la memoria. En Caballo

- V. E. (Eds.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid. Siglo XXI.
- Liebowitz M. R. Gorman, J. M., Fyer, A. j. & Klein, D. F. (1985) Social Phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*. 42. 729-736.
- Liebowitz M. R. (1987). Social Phobia. *Modern problems in pharmacopsychiaty*. 22, 141-173.
- Medina M. M. E., Borges. G., Lara. M. C., Benjet C., Blanco J. J., Fleiz B. C., Villatoro V. J., Rojas G. E., Zambrabo R. J., Casanova R. L., & Aguliar G. S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* pp. 26 (4) 1-16.
- Moreno J. B., Rodriguez M. A., Moreno Y. & Garrosa E. (2006). El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. 22(3) 363- 380.
- Nezu M. A., Nezu C. M. & Lombardo E. (2004) *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. Manual moderno. México.
- NievesV. M. & Vila J. (1991). Técnicas de relajación. En Caballo V. E. (Eds.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid. Siglo XXI.

- Olatunji B. O., Cisler J. M. & Tolin D. F (2007) Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. Vol. 27 pp. 572-581.
- Olivares R. J., Caballo V. E., García L. L. J., Rosa A. A. I. & López G. C. (2003) Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil adolescente y adulta. *Psicología conductual*. 11(3) 405-427.
- Olivares A. A., Rosa A.A.I., & García L. L. J. (2004). *Fobia Social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid. Pirámide.
- Pérez A. A. M. (2005). Fundamentos de las terapias de exposición contra las fobias: Una propuesta teórica integradora de la conducta de evitación. *Terapia psicológica*. 23 (1) 25-33
- Quilty L.C., Ameringen M. V., Mancini C., Oakman J. & Farvolden P. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. Vol. 17 pp. 405-426.
- Rey A. C. A., Aldana A. D. R. & Hernández R. S. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Terapia psicológica*. 24 (2) 191-200.
- Riso W., Pérez G. M., Roldán L. & Ferrer A. (1988). Diferencias en ansiedad social, creencias irracionales y variables de personalidad en sujetos altos y bajos en asertividad (tanto en oposición y afecto). *Revista latinoamericana de psicología*. 20 (3) 391-400.

- Riso W. (2009). *Terapia cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Paidós. México.
- Robles R., Varela R., Jurado., y Páez F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Aniedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 18 (2) 211-218.
- Rosa A. A. I., Sánchez M. J., Olivares R. J. & Inglés S. C. J. (2002). El tratamiento de la fobia social y su repercusión en variables clínicas y de personalidad: una revisión meta-analítica. *Análisis y modificación de conducta*. 28 (121) 750-777.
- Sampieri H. R., Fernández C. C. & Baptista L. P. (2010). *Metodología de la investigación* 5 Ed. Mc Graw Hill. México.
- Sánchez M. J., Rosa A. A. I. & Olivares R. J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de psicología*. 20 (1) 55-68.
- Semerari A. (2002) *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Paidós. México.
- Schneier F.R. (2000) Calidad de vida en los trastornos de ansiedad. En Katschnig H., Freeman H. & Sartorius N. (2000). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Masson. Barcelona.
- Sierra J. C. & Zubeidat I.(2006).Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar e subjetividade/ fortaleza*. 6 (2) 472- 517.
- Sudhir, P.M., et al., Quality of life in anxiety disorders: Its relation to work and social functioning and dysfunctional cognitions: An exploratory study from

India. *Asian J. Psychiatry* (2012),

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2012.05.006>.

Turner R. M.(1991) La desensibilización sistemática. En Caballo V. E. (Eds.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid. Siglo XXI.

Taylor, S., Zvolensky, M., Cox, B., Deacon, B., et al. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity : Development and Initial Validation of the anxiety sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*. 19. 176-188.

Zubeidat I., Fernandez P. A., & Sierra J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes mas utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia psicológica*. 24 (1) 71-86.

Wong N., Sarver D. E. & Beidel D. C. (2012) Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of anxiety disorders*. Vol.26 pp. 50-57

Zubeidat I., Parra F., Sierra A., Salinas J. C., & María J. (2007). Ansiedad social específica y generalizada: ¿variables del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares? *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (3) 709-724.