



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Tratamiento clásico vs Tratamiento con realidad virtual:
Una comparación metaanalítica de la eficacia de los tratamientos
para combatir la fobia social en niños y adolescentes”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA (N)

Berenice Lujan Alvarado

Ricardo Armando Morales Quintero

Directora: Lic. María Salomé Ángeles Escamilla

Dictaminadores: Lic. Cristopher Tamayo Herrera

Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2018



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.

“En este lugar perdemos demasiado tiempo mirando hacia atrás.
Camina hacia el futuro, abriendo nuevas puertas y probando cosas nuevas,
se curioso... porque nuestra curiosidad siempre nos conduce por nuevos caminos.”

*“Around here, however, we don't look backwards for very long.
We keep moving forward, opening up new doors and doing new things,
because we're curious... and curiosity keeps leading us down new paths.”*

Walt Disney

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Por proporcionarnos la oportunidad de pertenecer a la mejor Universidad de México, dentro de la cual hemos crecido tanto personal como profesionalmente, desde el nivel medio superior en la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) y el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH).

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI)

Por la formación profesional que recibimos en sus instalaciones, así como a todos los profesores pertenecientes a la institución que contribuyeron en dicha formación durante los cuatro años de estancia en ella.

A la Lic. María Salomé Ángeles Escamilla

Por haber accedido a ser la directora del presente trabajo y por todo el apoyo brindado a lo largo de su elaboración.

De igual manera, agradecemos a los profesores que aceptaron formar parte de esta última etapa a nivel licenciatura como sinodales.

Ricardo Armando y Berenice

DEDICATORIAS

Dedicada a mis padres, ustedes que me han impulsado en los momentos complicados y me han apoyado para no desistir jamás y siempre cumpla las metas que me propongo, además de proveerme de grandes enseñanzas que me han llevado a ser en gran medida la persona que soy ahora.

A mi hermano que aunque tenemos nuestras diferencias, me inspiras a ser mejor cada día, para que pueda en su momento ser yo la persona en la que puedas inspirarte.

A Bere, tú, la coprotagonista de mi vida, que a pesar de nuestros altibajos, siempre estás para mí, con tu amor y cariño incondicional, apoyándome o jalándome las orejas, pero siempre encausándome hacia la mejor versión de mí mismo. Te amo.

Ricardo Armando Morales Quintero

Quiero dedicar este trabajo...

A mi familia

Por estar conmigo en todo momento ofreciéndome su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, ya que gracias a ello, así como a los valores y principios que me inculcaron desde niña, he podido llegar hasta donde estoy.

A Ricardo

Por darme la gran dicha de conocerlo, permitiéndome encontrar en él a un buen amigo, una pareja, un compañero, pero más que nada a una maravillosa persona con quien compartir momentos buenos y no tan buenos; por todos los momentos que hemos pasado juntos y por aquellos que nos quedan aún por vivir. *It's funny how sometimes you just find things.*

A mis amigos

Porque sin ellos, sin sus peculiares personalidades, sin su ayuda en los momentos estresantes y sobretodo sin todos los asombrosos momentos extracurriculares vividos, los tres años de prepa y los cuatro de universidad no hubieran sido *legen...wait for it... dary.*

A ellos y a todas las personas que han transitado por mi vida y que de alguna u otra forma han dejado una huella en ella, contribuyendo en menor o mayor medida a que sea la persona que soy ahora.

Berenice Lujan Alvarado

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	6
1.1 Técnicas	10
CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES DE LA FOBIA.....	21
2.1 La fobia en la actualidad	24
2.2 Factores etiológicos desde diferentes perspectivas teóricas	26
2.2.1 Teorías biológicas.....	27
2.2.2 Modelos conductuales	28
2.2.3 Modelos cognitivos	28
CAPÍTULO 3. DIFERENTES FOBIAS	30
3.1 Clasificación	31
3.1.1 Cuasi-fobias	31
3.1.2 Agorafobia.....	32
3.1.2.1 Concepto.....	32
3.1.2.2 Evaluación y diagnóstico	33
3.1.2.3 Tratamientos.....	34
3.1.3 Fobia Específica	35
3.1.3.1 Concepto.....	35
3.1.3.2 Evaluación y diagnóstico	36
3.1.3.3 Tratamientos.....	36
3.1.4 Fobia Social	37
3.1.4.1 Concepto.....	38
3.1.4.2 Evaluación y diagnóstico	43
3.1.4.3 Tratamientos.....	47
Capítulo 4. Metaanálisis	54
4.1 Método	54
4.2 Reporte de artículos	57
4.3 Resultados	60
4.4 Conclusiones	64

4.5	Limitaciones.....	65
4.6	Sugerencias	66
	BIBLIOGRAFÍA	68
	ANEXO 1	78

INTRODUCCIÓN

El miedo es una reacción controlada por diversos sistemas del organismo, como el Sistema Límbico (SL), dentro del cual se encuentra ubicada la amígdala. Al ser el SL una de las estructuras más primitivas del cerebro, es de suponerse que tanto la amígdala como el miedo se encuentran presentes en la mayoría de las especies animales (Antony & Swinson, 2014; Crist, 2004). Cuando se percibe peligro, ya sea real o imaginario, la amígdala se activa y pone al organismo en estado de lucha o huida, mediante una serie de cambios en las funciones del organismo, las cuales son igualmente influenciadas por el Sistema Nervioso Simpático y por un neurotransmisor llamado adrenalina (o epinefrina). Algunos de estos cambios son que el ritmo de la respiración se acelera, de tal forma que el organismo dispone de mayor cantidad de oxígeno pertinente para realizar las actividades que se puedan requerir, el tubo digestivo pone en pausa su proceso para no desperdiciar energía, todos los sentidos se agudizan ante cualquier estímulo del ambiente, el corazón bombea más rápido para que los músculos reciban la sangre necesaria para ponerse en movimiento, y debido a que la sangre es enviada principalmente a los músculos la piel se torna pálida, lo que en caso de una herida cutánea ayuda a que la pérdida de sangre sea menor (Csóti, 2011; Sassaroli & Lorenzini, 2000).

Los términos de miedo y ansiedad suelen ser usados de manera indistinta, como si se tratase de un mismo concepto; sin embargo, aunque efectivamente poseen una relación, existe una clara diferencia entre ambos. Por un lado, el miedo hace referencia a la valoración de un peligro que se tiene ante una situación, mientras que la ansiedad refiere un estado emocional de tensión que surge ante un peligro (ya sea real o no), en el cual es frecuente vivenciar síntomas físicos (temblor, palpitaciones, sudoración, entre otros) como respuesta anticipatoria del evento (Antony & Swinson, 2014; Beck, 2014; Echeburúa, 2002). En este sentido, el miedo es aquella valoración que se realiza a nivel cognitivo sobre un estímulo potencialmente amenazador, que conlleva a una respuesta emocional llamada ansiedad.

Por lo que se puede notar, tanto el miedo como la ansiedad son procesos que resultan muy importantes para el ser humano, en tanto que le permiten adaptarse a ciertas situaciones de peligro, logrando así su supervivencia. Al respecto, Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón (2008) mencionan que la ansiedad sirve como un sistema de alerta que advierte y

activa al organismo frente a situaciones de riesgo; cuando el individuo se encuentra frente a un peligro, se da una activación cerebral que moviliza los mecanismos de alerta propios del organismo (hormonas, metabolismo, corazón, músculos, glándulas adrenales, sistema digestivo, etc.). Así mismo, según Becerra-García, y otros (2007) y Craske, Vansteenwegen, & Hermans (2008), el miedo conlleva un sistema conductual que pone en marcha respuestas comportamentales (de huida, lucha o inmovilidad) que sirven para afrontar de manera efectiva las amenazas.

Luego entonces, la ansiedad y el miedo pueden ser considerados más un signo de salud que de enfermedad, al ser mecanismos adaptativos que se activan de manera normal ante situaciones potencialmente peligrosas; sin embargo, hay veces en las que las reacciones que se dan ante situaciones específicas resultan desproporcionadas en comparación al riesgo que la situación presenta en realidad, ocasionando que lejos de sobrellevar la situación el individuo se vea limitado para adaptarse de manera óptima, pudiendo así convertirse en un problema que afecte la vida de la persona en diversas situaciones de su vida (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, & Guillamón, 2008; Becerra-García, y otros, 2007; Echeburúa, 2002; Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2009; Sassaroli & Lorenzini, 2000). Referente a ello, Heinze & Camacho (2010) afirman que puede considerarse a la ansiedad como un problema cuando los síntomas ansiosos se presentan con una duración o intensidad inusual a la que la circunstancia amerita, cuando el temor o ansiedad es tanto que interfiere en las funciones cotidianas de la persona, ya sea por los síntomas propios de la ansiedad o por las conductas realizadas para aminorarlos, cuando el individuo reporta sufrimiento emocional debido a los síntomas o repercusiones de ellos, y cuando presenta obsesiones o compulsiones.

Según mencionan Torres & Chávez (2013), la ansiedad patológica puede manifestarse mediante diferentes expresiones, creando así los diversos Trastornos de Ansiedad; algunos de estos son el Trastorno de Pánico, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, y los Trastornos Fóbicos (Agorafobia, Fobia Específica y Fobia Social). Siendo justamente la fobia, el tema general del presente trabajo.

Las fobias son entendidas como un tipo específico de miedo, el cual se caracteriza principalmente por presentar un deseo intenso de evitar un objeto o situación y por evocar ansiedad al estar en presencia de estos, o incluso ante la ideación de estar en presencia de

ellos. Las fobias (en todos sus tipos) se consideran parte de los trastornos de ansiedad, los cuales son de los trastornos psicológicos que se presentan con mayor frecuencia. A partir de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente con aproximadamente 2,500 participantes de entre 18 y 65 años de edad que viven en áreas urbanas en México, Cárdenas, Feria, Palacios, & de la Peña (2010) afirman que el 14.3% de la población presentaba o había presentado alguna vez algún trastorno de ansiedad, de los cuales 7.1% eran Fobia Específica y el 4.7% Fobias Sociales. De igual forma, Souza & Cruz (2010) reportan una prevalencia de los Trastornos de la Ansiedad en 8.3% de la población mexicana, siendo la Agorafobia sin pánico (3.8%) y la Fobia Social (2.2%) los diagnósticos más comunes.

Es recomendable que las personas con algún Trastorno de Ansiedad reciban tratamiento lo más pronto posible, ya que cuando no se recibe un tratamiento adecuado ante ellos, en especial para los trastornos fóbicos, estos tienden a volverse cada vez más crónicos y perturban en mayor medida la vida de las personas; es decir, que mientras que para unas personas puede ser simplemente un evento molesto, cuyo desagrado resulta temporal y no impide continuar con sus actividades cotidianas, para otras personas (con algún Trastorno de Ansiedad) ese mismo evento puede provocar un gran sufrimiento, debido a una serie de cogniciones negativas (suposiciones extremas acerca de la situación) o la presencia de ciertos indicadores fisiológicos, trastornando de tal manera el comportamiento del individuo que se vuelve un impedimento para continuar incluso con tareas cotidianas. Por este motivo, resulta esencial que dichos trastornos se traten tan pronto como sean detectados, para evitar que el problema se vaya agravando y se adquieran mayores complicaciones, como en el caso de las fobias que se asocian con conductas evitativas que limitan el óptimo desenvolvimiento de las personas en su entorno cotidiano (Craske, Vansteenwegen, & Hermans, 2008), o tal como mencionan Medina-Mora, y otros (2009), si existe algún tipo de reincidencia sea lo más espaciada posible.

Aunado a lo anterior, varios autores (como Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, & Guillamón, 2008; Clark & Beck, 2012; Varela, 2002) han planteado que en el momento en que la ansiedad sobrepasa determinados límites, se convierte en un problema de salud que afecta por completo la vida de las personas, ya que impide su bienestar e interfiere notablemente en las actividades

sociales, laborales y/o intelectuales de la persona, e inclusive limitan su libertad de movimiento y desplazamiento llegando, en algunos casos, al enclaustramiento. La presencia de los Trastornos de Ansiedad además de tener estos efectos incapacitantes, aumentan la probabilidad de desarrollar otros Trastornos Mentales/Emocionales, tales como la Depresión; así mismo, pueden influir en el consumo de drogas y/o fármacos (alcohol, tranquilizantes) e incluso agravar enfermedades psicosomáticas como la hipertensión, úlceras, etc. (Craske, Vansteenwegen, & Hermans, 2008).

Como se ha podido notar, los Trastornos de Ansiedad (particularmente las fobias) son de los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia dentro del ámbito clínico, y dichos trastornos pueden dificultar el desenvolvimiento de las personas en la vida cotidiana, e inclusive incapacitarlas para realizar cualquier actividad, además de poder desencadenar otros trastornos; por todo ello resulta de suma importancia lograr identificar y tratar lo antes posible estos padecimientos, implementando las mejores técnicas y terapias para favorecer la superación de estos trastornos.

De manera específica, siendo la Fobia Social un problema que aqueja de manera común a la población sin importar la edad (es decir, puede afectar tanto a niños como a adolescentes y adultos) ni el sexo, este trabajo intenta ser un apoyo para la elección de aquellas técnicas más eficientes para su tratamiento. Por esta razón, en un inicio el objetivo que se planteaba el presente trabajo fue realizar un metaanálisis, a partir de las publicaciones que se habían realizado hasta el momento, obteniendo la eficacia de las técnicas de Exposición en Vivo y de Exposición en Realidad Virtual utilizadas para tratar la Fobia Social en niños y adolescentes, permitiendo así determinar cuál de ellos tenía una mayor efectividad. Sin embargo, a causa de la carencia de artículos experimentales donde ha sido empleada la Exposición en Realidad Virtual para tratar la Fobia Social en niños y adolescentes, la investigación se vio forzada a redirigir su objetivo; de tal manera que finalmente el objetivo del trabajo conservo la esencia del primero que se contempló, teniendo como único cambio la población tratada, es decir, que en lugar de realizar un metaanálisis con artículos referentes a los tratamientos para tratar la Fobia Social en niños y/o adolescentes, el trabajo se realizó con artículos que enfocaran los tratamientos en personas adultas.

Dentro del presente trabajo se abordan diversos temas en relación a las fobias en general, y a la Fobia Social en particular, los cuales se explican a lo largo de cuatro capítulos. En el capítulo uno se habla acerca del surgimiento de la Terapia Cognitivo-Conductual, así como de algunas de las técnicas que forman parte de esta perspectiva psicológica.

En el segundo capítulo se hace mención de los antecedentes de la fobia haciendo un recorrido a lo largo de los años, para después mencionar cómo es considerada en la actualidad, de igual forma, dentro de este capítulo se señalan los factores o procesos que pueden estar presentes en la adquisición y el desarrollo de las fobias.

Posteriormente, en el tercer capítulo, se abordan los diferentes tipos de fobia (Agorafobia, Fobia Específica y Fobia Social), haciendo énfasis en la definición y la forma en que se diagnostican y evalúan, así como en los diversos tratamientos que existen para cada una de ellas.

Finalmente, en el capítulo cuatro, se lleva a cabo un metaanálisis en el que se compara la eficacia de la Terapia de Exposición en Vivo contra la Terapia de Exposición mediante la Realidad Virtual; ya que con el avance tecnológico de los últimos años, ha habido un gran aprovechamiento por parte de la ciencia para la aplicación de sus conocimientos, y resulta de gran interés poder llegar a la conclusión de si la implementación de estos nuevos métodos de exposición son mayor o menormente recomendables en el tratamiento de la Fobia Social.

Para comenzar formalmente con el trabajo, enseguida se dará paso al desarrollo del capítulo uno.

CAPÍTULO 1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

A lo largo de la breve concepción de la Psicología como una ciencia, han surgido diversas teorías tratando de explicar el objeto de estudio de la misma, algunas de las cuales son el Cognitivo-Conductual, Psicoanálisis, Organizacional, Conductismo, Gestalt, Cognoscitivismo, entre otras. Sin embargo, este trabajo se llevará a cabo bajo la perspectiva Cognitivo-Conductual.

Según una encuesta realizada por miembros de la Asociación Americana para el Progreso de la Terapia de Conducta (AABT), gran parte de los terapeutas afirman tener una orientación Cognitivo-Conductual con un 67.4% de los terapeutas encuestados, en un segundo lugar se encuentran los terapeutas Conductuales con un 19.9%, mientras que el 4% se consideran de orientación Cognitiva y el 8.7% restantes de otras (The Behavior Therapist, 1994, citado en Becoña & Oblitas, 1997). Becoña y Oblitas consideran que los psicólogos clínicos prefieren trabajar desde una aproximación Cognitivo-Conductual, debido a que ésta les permite abarcar los problemas sin las limitantes que mostrarían otras perspectivas como la Cognitiva o Conductual de manera individual, lo cual se vuelve necesario ya que la constante evolución de la sociedad va generando problemáticas y trastornos cada vez más complejos, haciendo necesaria la implementación de terapias más elaboradas. A partir de esto se podría concluir que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) amplía los horizontes de la Terapia Cognitiva y de la Terapia Conductual por sí solas, aumentando su campo de acción y obteniendo así mejores resultados.

Tratando de profundizar en la perspectiva Cognitiva-Conductual Becoña & Oblitas (1997), al igual que Serrano (2001), señalan que debido a la lucha de la Psicología para ser aceptada como una ciencia, en un inicio centró su visión hacia la observación y al estudio de la conducta, dejando de lado todo indicio de cualquier proceso interno. Sin embargo, debido a la complejidad de las exigencias de los usuarios, así como de la sociedad en general, fue necesaria una expansión en el campo de intervención, lo que orilló a también tener en cuenta pensamientos, sentimientos, emociones, creencias, valores, etc., las cuales son variables no observables; surgiendo así la perspectiva Cognitivo-Conductual.

Minici, Rivadeneira, & Dahab (2001), así como Sparrow (2008), mencionan que dentro de la vasta variedad de información y teorías en Psicología, fueron necesarios cuatro pilares en los cuales se fundamenta la TCC. Estos son: el aprendizaje clásico, el aprendizaje operante, el aprendizaje social y el aprendizaje cognitivo.

El aprendizaje clásico fue impulsado por el fisiólogo ruso Iván Pávlov (1849-1936), quien accidentalmente implementó el Condicionamiento Clásico, el cual consiste en aprender relaciones que predisponen al sujeto ante estímulos circunstanciales para determinadas reacciones. Partiendo de esta idea, el psicólogo estadounidense John B. Watson (1878-1958) aplicó este conocimiento para llevar a cabo el conocido estudio de *Albert y la rata blanca*, demostrando la forma en que puede desarrollarse la neurosis en un niño con la implementación del procedimiento de Condicionamiento Clásico, haciendo que Albert asociara la rata blanca que en un principio era considerado un estímulo neutro, con un sonido estridente que aparecía cada que Albert tenía alguna interacción con la rata, convirtiendo esta última en un estímulo aversivo, que posteriormente se generalizó a objetos peludos (Rodríguez-Naranjo, 2009). De una manera similar, Jones (1924, citado en Trull & Phares, 2003) reveló que estos miedos aprendidos podían ser eliminados con ayuda del recondicionamiento, que consiste en aparear un estímulo agradable, como el momento de alimentación de un niño, con su objeto temido, acercándolo de forma gradual mientras este suceso ocurría. Al cabo de algunos ensayos podría desaparecer el temor al objeto. Sin embargo, menciona que este procedimiento se debe llevar a cabo con mucha cautela, ya que si el miedo es demasiado intenso podría provocar un efecto adverso y provocar aversión a la comida.

Ambas investigaciones fungieron como antecedentes para el desarrollo de la Desensibilización Sistemática de Joseph Wolpe (1915-1997), en los años 50's, quien intentando reducir temores en pacientes los hacía imaginar las situaciones que temían, mientras se encontraban en un estado de relajación, dando paso de esta manera a la introducción de un gran número de técnicas que venían de los diseños de una ciencia experimental esquemática al ámbito clínico; consolidando así la terapia conductual, siendo de ahí de donde la TCC apropia su metodología apegándose al método científico, estableciendo de esta forma el primer pilar.

El segundo pilar se instaure gracias al psicólogo estadounidense B. F. Skinner (1904-1990), quien con el condicionamiento operante plantea la existencia de una forma de aprendizaje en donde el comportamiento se modifica por las consecuencias que conlleva. Esta teoría del aprendizaje es el segundo pilar que, junto con la teoría antes mencionada, debido a la gran cantidad de descubrimientos encontrados en las numerosas investigaciones realizadas ha alimentado a la TCC.

Para el tercer pilar se retoma la importancia de lo estipulado por el psicólogo canadiense Albert Bandura, quien menciona que el aprendizaje puede darse mediante la habilidad de imitar; dejando de lado la visión de que sólo es posible aprender por experiencia propia, y tomando en cuenta que es posible obtener ese aprendizaje por otros medios como la observación o comunicación simbólica, a través de los círculos sociales en los que un sujeto se encuentra inmerso. Desarrollando de esta forma la teoría del aprendizaje social.

Debido al éxito que tenían las técnicas conductuales y al choque contra el mentalismo proveniente del Psicoanálisis, hubo un intento desmedido de muchos conductistas radicales por evitar todo aquello que tuviera que ver con el ámbito cognoscitivo. Sin embargo, algunos otros realizaron investigaciones en donde se demostraba que los procesos de pensamiento tienen un papel importante en el control de la conducta, como es el caso del psicólogo estadounidense Edward C. Tolman (1886-1959), quien pese a registrar sus investigaciones bajo la metodología conductista, gracias a sus estudios de ratas en laberintos introdujo el término de *mapas cognitivos*, en 1948, al afirmar que las ratas lejos de aprender una serie de vueltas para completar el laberinto, establecían un mapa del entorno en su cerebro que les permitía aprender el camino al alimento (Serrano, 2001). De igual manera, en 1954, otro psicólogo estadounidense llamado Julian B. Rotter (1916-2014) demostró, con la publicación de su libro titulado *Social Learning and Clinical Psychology*, que la conducta podría estar determinada por el valor de los reforzadores en conjunto con las expectativas de que estos ocurrieran, pudiendo concluir que los modelos conductuales conjuntamente con el enfoque cognoscitivo podían explicar por qué es que la gente se comporta como se comporta (Trull & Phares, 2003).

Por otra parte, uno de los primeros esbozos de la Psicología Cognitiva fue realizado por Turing (1959, citado en Rivière, 1991) y su explicación sobre la “máquina de pensar” donde menciona que:

Si los <<pensamientos>> de las personas pueden descomponerse en procedimientos efectivos o algoritmos precisos, podrán ser simulados por una máquina universal como la ideada previamente por él mismo (Turing, 1936), capaz de computar cualquier procedimiento efectivo. Por otra parte, si el pensamiento no pudiera descomponerse en procedimientos efectivos, sería literalmente incomprensible. (p. 136).

Lo anterior ayuda a concebir dentro de la ciencia de la Psicología que existen las representaciones mentales y las percepciones, por consiguiente un nivel de análisis más elevado, pudiendo separarse de un simple análisis biológico. Un aporte de igual relevancia es el que dio Chomsky (1957, citado en Riviére, 1991) con su publicación *Syntactic Structures*, en donde da cuenta que de algo tan definido y delimitado como el lenguaje o el alfabeto podemos crear y expresar oraciones e ideas, que sólo pudieron ser creadas por medio de procesos internos, que nos permitieron acomodar ciertas representaciones para concebirlas y concretarlas en lenguaje.

Esto último, desde la perspectiva Cognitiva, demuestra que lo que observamos y vivimos no es por sí mismo, sino que podría decirse que pasa por un filtro interno y es entonces que concebimos la realidad, una realidad que comprendemos gracias a la interpretación que le damos a lo que experimentamos. Este principio, dio paso a la llegada de los escritos de Albert Ellis y Aaron Beck, siendo sus teorías y escritos el cuarto pilar que impulsó y apoyó en la consolidación de la TCC, llevándola a lo que es hoy en día.

De manera general, se podría decir que la TCC ayuda a comprender la forma en la que cada persona piensa de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodea, así como también, cómo es que lo que sentimos y pensamos modifican la forma en la que nos comportamos y viceversa (Timms, 2009). Este tipo de terapia logra la resolución de problemas complejos, ya que consigue desglosarlos en partes pequeñas que ayudan a comprender la forma en la que se entrelazan los problemas y a solucionarlos con mayor facilidad al poder visualizarlos de una manera más sencilla. De igual manera, este tipo de terapia ayuda a desarrollar un pensamiento crítico que posibilita visualizar y cuestionar las situaciones que se viven, haciendo verlas desde una perspectiva más sana y favorable.

Ahora que ya hemos revisado el origen de la TCC y sabemos en qué se basa esta terapia, resulta oportuno conocer algunas de las principales técnicas que emplea para cumplir con su cometido.

1.1 Técnicas

Dentro de la TCC se puede encontrar una amplia gama de técnicas, las cuales a lo largo del tiempo han sido aplicadas a diversos problemas comportamentales, mostrando buenos resultados. Mahoney y Arkhoff (1978, citados en Méndez, Olivares, & Moreno, 2010) realizaron una clasificación de las técnicas Cognitivo-Conductuales, agrupándolas de la siguiente manera:

- I. Técnicas de Reestructuración Cognitiva: las cuales buscan identificar y modificar las cogniciones desadaptativas. Algunas de estas técnicas son la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Racional Emotiva de Ellis y el Entrenamiento Auto-instruccional.

- II. Entrenamientos en Habilidades de Enfrentamiento: los cuales están encaminados a la adquisición de habilidades necesarias para hacer frente a diversas situaciones estresantes. Dentro de este grupo podemos encontrar la Desensibilización de Autocontrol, el Entrenamiento para la Inoculación contra el Estrés y el Modelado Encubierto.

- III. Técnicas de Resolución de Problemas: éstas tiene por objetivo llevar a cabo un entrenamiento de cierta metodología sistemática, útil para abordar diferentes problemas. Algunas técnicas del grupo son la Técnica de Resolución de Problemas Interpersonales y la Solución de Problemas de D´Zurilla y Golfried.

Desensibilización Sistemática (DS)

Esta técnica busca reducir la ansiedad que no le permite a un individuo adaptarse a ciertas situaciones, por lo que su uso es común en personas que a pesar de tener la capacidad de responder adecuadamente a una situación, se ven sobrepasadas por la ansiedad y reaccionan con miedo o evitación. La DS se basa en el principio de la *inhibición recíproca*, que indica

que no se puede estar relajado y ansioso al mismo tiempo; en este sentido la idea es enseñarle al paciente a relajarse para presentarle una serie de estímulos que le producen ansiedad, de esta manera, con el tiempo la persona comienza a dejar de lado la reacción de ansiedad ante los estímulos temidos, puesto que ya los ha estado experimentado en un estado de relajación. Para conseguir estos resultados se emplean aproximadamente de 16 a 23 sesiones, normalmente en las primeras sesiones se realiza la evaluación y explicación del problema, así mismo el terapeuta proporciona a la persona la información pertinente acerca de la técnica de DS. Posteriormente, se aplica el entrenamiento en relajación, usándose comúnmente la técnica de relajación progresiva de Jacobson (la cual se explicará más adelante); también se establece una jerarquía (de menos a más) de las dificultades del individuo en función del grado de ansiedad que provoca. En cada sesión se induce al paciente a un estado de relajación completa y se le pide que imagine algún elemento de la jerarquía, iniciando por aquel que provoque menos ansiedad hasta el que produzca mayor ansiedad; la persona imagina durante aproximadamente 10 segundos cada elemento, si en algún momento comienza a sentir algún rasgo de ansiedad, el paciente debe hacérselo saber al terapeuta para que éste lo induzca nuevamente a un estado relajado y puedan seguir trabajando con la jerarquía (Díaz, Villalobos, & Ruiz, 2012; Trull & Phares, 2003).

Dramatizaciones o Ensayo Conductual (EC)

El EC ha estado presente, de una u otro forma, desde hace mucho tiempo, ya que esta técnica se podría equiparar con otras como el Psicodrama o la Terapia de Rol fijo. Sin embargo, hay que tener en consideración que aunque son similares las formas en que se usan, el propósito que persiguen es distinto. Mientras el EC intenta ampliar el repertorio de comportamientos de la persona, el Psicodrama suele emplearse para la liberación terapéutica de las emociones y la Terapia de Rol fijo para modificar la estructura cognoscitiva del individuo (Trull & Phares, 2003). Hablando de las dramatizaciones, Beck (2000) afirma que éstas pueden utilizarse para diferentes fines como desarrollar respuestas racionales ante una situación, modificar ciertas creencias que se dan de manera espontánea (pensamientos automáticos), así como el aprendizaje y la práctica de determinadas habilidades sociales.

En cuanto al EC, Trull & Phares (2003) aseveran que para llevarlo a cabo se emplean diversas técnicas, con el objetivo de enseñar nuevos comportamientos. Este procedimiento se realiza en cuatro etapas: 1) se explica el porqué de adquirir nuevos comportamientos y la forma de poder aprenderlos, es decir, el EC, 2) se decide que comportamiento es necesario aprender y para qué situación; algunos terapeutas optan por la jerarquización de las situaciones que se deben representar para poder llegar a la situación meta, 3) se da propiamente el EC, siguiendo la jerarquía, mediante las representaciones del paciente en el rol que se le vaya otorgando, mientras el terapeuta instruye y retroalimenta la ejecución, y 4) la persona hace uso en su vida cotidiana de lo aprendido en el consultorio, para posteriormente, junto con el terapeuta, evaluar la experiencia vivida y adecuar aquello que necesite un ajuste.

Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)

El EHS se puede llevar a cabo de diferentes maneras, combinando los múltiples componentes que suele emplear (como instrucciones, modelado, EC, refuerzo positivo y retroalimentación); sin embargo, cada vez tiene como propósito enseñar y desarrollar habilidades interpersonales, con el propósito de incrementar la capacidad para actuar de manera óptima ante situaciones que previamente le provocaban incomodidad (Cía, 2004; Méndez, Olivares, & Ros, 2010; Olivares, Rosa, & García-López, 2004).

Dependiendo del problema particular de la persona, además del entrenamiento de las habilidades, podría requerirse el uso complementario de técnicas como Reestructuración Cognitiva, Técnicas de Reducción de Ansiedad o Entrenamiento en Solución de Problemas. Caballo (1991) sugiere que esto suele requerirse cuando la ansiedad y las cogniciones desadaptativas presentadas son muy problemáticas, ya que normalmente cuando el paciente ha desarrollado la nueva conducta la ansiedad disminuye y las cogniciones se van modificando poco a poco de forma indirecta. Méndez, Olivares, & Ros (2010) exponen las fases que conforman, comúnmente, el EHS:

- I. Educativa: en esta fase el terapeuta explica al paciente la diferencia entre una conducta habilidosa y una inhibida, así como la forma en que se adquiere una habilidad social y en que consiste el EHS.

- II. Entrenamiento de la habilidad en el contexto terapéutico. Éste se lleva a cabo en una secuencia estructurada, de la siguiente manera: a) el terapeuta proporciona al individuo una descripción de la conducta a realizar (instrucciones), b) un modelo realiza una demostración de la conducta frente al paciente (modelado), c) el paciente practica la conducta previamente instruida y modelada (ensayo conductual), d) el terapeuta refuerza socialmente la actuación del paciente (refuerzo positivo), y finalmente e) se informa al paciente aquellos aspectos que pudiera mejorar en la siguiente ejecución (retroalimentación).

Estos pasos se repiten hasta que se estima que la persona realiza el comportamiento deseado de forma apropiada. Para posteriormente pasar al último eslabón del proceso:

- III. Práctica en contextos naturales: el paciente realiza la conducta social aprendida fuera del consultorio, es decir, en situaciones de su vida cotidiana (y no únicamente en el consultorio). Esto promueve la generalización y el mantenimiento de los cambios en el comportamiento.

Entrenamiento en Relajación (ER)

El ER tiene como objetivo ser un medio útil para reducir tanto la intensidad como la duración de las respuestas fisiológicas producto de la ansiedad, logrando así un estado de calma que beneficia al individuo no sólo en la dimensión fisiológica, sino que también afecta de forma positiva procesos emocionales, cognitivos y conductuales (Díaz, Villalobos, & Ruiz, 2012; Nezu & Nezu, 1991; Olivares, Rosa, & García-López, 2004). Para cumplir este propósito existe más de un método; los dos tipos de relajación más populares son la relajación muscular progresiva y la relajación autónoma, los cuales a pesar de que persiguen básicamente el mismo propósito, tienen diferente forma de llevarlo a cabo. Por lo que la elección de la técnica tendrá que tomarse basándose en las características particulares del paciente y los objetivos específicos que se quieran alcanzar. Beck (2000) señala que el terapeuta a cargo, también, debe tener en consideración que algunos pacientes pueden experimentar un efecto paradójico que los haga sentir aún más tenso y angustiados.

De manera concreta, la relajación progresiva de Jacobson busca alcanzar niveles profundos de relajación muscular; consiste en tensar y relajar alternadamente músculos específicos, de esta manera el individuo aprende a reconocer cuándo y en qué partes del cuerpo presenta tensión y así puede centrarse en la relajación necesaria. Por otro lado, la relajación autógena de Schultz consiste en inducir al paciente a un estado de relajación a través de la concentración pasiva de sensaciones físicas como las de calor y pesadez en el cuerpo. Ambos métodos de relajación requieren de la práctica diaria; en un inicio resulta conveniente que se practiquen durante las sesiones con el terapeuta, para que se puedan resolver de manera oportuna las dificultades que llegaran a surgir y para evaluar la eficacia de la técnica seleccionada (Beck, 2000; Nezu & Nezu, 1991). Aunque el entrenamiento en relajación se puede utilizar de manera independiente, es comúnmente empleada como parte de un tratamiento multicomponente.

Entrenamiento para la Inoculación de Estrés (EIE)

Se podría decir que el EIE es una estrategia de afrontamiento del estrés. Aunque suele ser usada como una técnica de intervención, también, puede ser empleada para propósitos de prevención, preparando a los individuos contra aquellos factores que les producen estrés, brindándoles la oportunidad de prevenir los problemas que las situaciones estresantes pudieran ocasionarles; para ello, se hace que el paciente tenga experiencias con situaciones estresantes, las cuales deben estar controladas de forma que la persona las vivencie de manera adecuada y en el futuro sea capaz de afrontar lo que le suceda de una mejor forma (Anguiano, 2013; Becoña & Oblitas, 1997; Trull & Phares, 2003).

En este sentido, tal como postulan Muñoz y Larroy (2008), esencialmente consiste en proveer diversas estrategias y habilidades pertinentes para afrontar situaciones que supongan estrés, para que así la persona pueda hacer uso de las nuevas habilidades y de las que ya posee para adaptarse a las situaciones que se le presenten.

El proceso del EIE consta de tres fases (Muñoz & Larroy, 2008; Trull & Phares, 2003):

- I. Fase educativa: en ésta se le proporciona al paciente una explicación acerca de cómo ciertos factores (pensamientos o valoraciones) conducen al estrés y comportamientos disfuncionales, así como las estrategias que podrían emplearse para afrontarlos.

- II. Fase de adquisición de habilidades y ensayo de las mismas: aquí se le enseña al paciente habilidades de afrontamiento (Autorregulación Emocional, Reestructuración cognoscitiva, etc.), las cuales practica en el consultorio para después llevarlas al mundo real.

- III. Fase de aplicación: para finalizar el entrenamiento, en esta fase el paciente hace uso de las habilidades aprendidas en diversas situaciones estresantes que se le presentan en su día a día.

Solución de Problemas (SP)

Según D´Zurilla y Goldfried (1971, citados en Becoña, 2008) la meta de la SP es, al igual que para la Modificación de Conducta misma, generar conductas y consecuencias positivas que sean eficaces para la vida de la persona. Por naturaleza, las personas son solucionadores de problemas, sin embargo, en ocasiones no cuentan con la capacidad para solucionar aquello que les aqueja y es en dicha situación cuando se vuelve necesario un método estructurado que les permita dar soluciones.

La SP es un método estructurado que consta de cinco pasos (Beck, 2000; Becoña, 2008; Nezu & Nezu, 1991):

- I. Definición y formulación del problema: para llevar a cabo esta fase, primeramente se le enseña al paciente cómo se especifica un problema, para que posteriormente pueda plantear de forma adecuada el problema a tratar.

- II. Generación de alternativas: para esta fase se suele utilizar una “lluvia de ideas”, con el propósito de que el paciente genere tantas soluciones como le sea posible, sin importar si son factibles o no. Beck (2000) asevera que al inicio, posiblemente, el terapeuta tendrá que desempeñar un papel activo en la búsqueda de soluciones, para después ir alentando a que el paciente se involucre cada vez más en las posibles soluciones.

- III. Toma de decisiones: aquí se evalúan cada una de las soluciones propuestas, en cuanto a las ventajas y desventajas que poseen, para finalmente poder escoger una sola.

- IV. Ejecución de la solución: se planifica la forma en que se llevará a cabo la solución seleccionada, para que seguidamente el paciente la implemente oportunamente.
- V. Verificación: una vez que el paciente hizo uso de la solución, junto con el terapeuta discute el grado de eficacia que tuvo, para determinar si se necesitan ajustes o implementar una solución diferente. Si se requiere una nueva solución, también tendrá que ser evaluada para determinar su eficacia.

El orden de las etapas mencionadas representa una secuencia lógica y práctica para una aplicación sistemática y adecuada del entrenamiento; sin embargo, la persona puede pasar de una fase a otra y después retroceder a etapas previas antes de que complete el proceso (Becoña, 2008).

Terapia Cognoscitiva (TC) de Beck

La TC se fundamenta en la idea de que los trastornos emocionales y conductuales surgen gracias a una alteración en la forma de procesar la información recolectada del medio circundante. Méndez, Olivares, & Moreno (2010) mencionan que la TC se centra en cuatro postulados: 1) en la infancia las personas desarrollan esquemas cognitivos que sirven para poder procesar lo que ocurre en el entorno, 2) las personas presentan pensamientos y representaciones de manera automática, es decir, que aparecen sin ningún proceso de razonamiento, 3) las personas pueden tener distorsiones cognitivas, las cuales se dan a partir de la aplicación inapropiada de los esquemas que poseen, lo que ocasiona un procesamiento erróneo del ambiente y la generación de conductas y emociones desadaptativas, y 4) son los acontecimientos vitales estresantes los principales responsables de que se hagan presentes los esquemas disfuncionales, mediante los pensamientos automáticos negativos.

Dado que la forma de percibir el mundo es lo que determina las emociones y las conductas, la terapia va dirigida a hacer que el paciente haga conciencia de la forma en que percibe lo que le rodea y cómo esta forma de edificar su mundo es la base de sus emociones y conductas, y que al mismo tiempo pueda comprender el papel activo que tiene en el control de éstas; todo esto para que, posteriormente, modifique sus esquemas y pensamientos disfuncionales, por otros que le sean más eficaces (Ruiz, Diaz, Villalobos, & González, 2012; Trull & Phares, 2003).

Para lograr su cometido, la TC hace uso de técnicas cognitivas y conductuales. Méndez, Olivares, & Moreno (2010) indican que el proceso de la TC es el siguiente:

- I. Educativa: se le expone al paciente, de manera concreta, qué es la TC y la manera en que se desenvuelve para tratar el trastorno que presenta.
- II. Entrenamiento: el terapeuta enseña al paciente a observar y registrar los pensamientos automáticos que presenta.
- III. Aplicación (1ra fase): se pone a prueba la validez de los pensamientos (e imágenes) automáticos. Esta tarea se suele realizar a través del cuestionamiento socrático, la representación de papeles o experimentos conductuales (Trull & Phares, 2003).
- IV. Aplicación (2da fase): se detectan los esquemas cognitivos del paciente, para poder modificarlos de manera oportuna.

Para dar por terminada la TC, Trull & Phares (2003) señalan que se debe realizar la evaluación y modificación de creencias disfuncionales que pudieran ocasionar una recaída (por ejemplo: “estos resultados no durarán mucho tiempo”).

Terapia de Exposición (TE)

Trull & Phares (2003) mencionan que los procedimientos terapéuticos que sirvieron como base para el desarrollo de la TE son aquellos que eran conocidos como inundación o implosión, es decir, que la TE se podría considerar como la mejora de dichas técnicas. En esta técnica, se expone a los pacientes al objeto o situación que les produce temor y evitación.

La exposición produce efectos positivos en cuanto a la disminución de la respuesta de evitación, la ansiedad percibida y los síntomas fisiológicos presentados, sin embargo, en otros aspectos como la frecuencia, duración e intensidad de la respuesta de ansiedad, no muestra resultados tan significativos, por lo que suele ser necesario el uso complementario de otras técnicas (Olivares, Rosa, & García-López, 2004). De manera más concreta, Trull & Phares (2003) plantean que al exponerse a los estímulos asociados con su ansiedad, la persona tiene la

oportunidad de aprender que el temor que tiene no está sustentando y al mismo tiempo aprende a responder de nuevas maneras ante dichos estímulos, de formas que le generan consecuencias benéficas.

Para evitar que el paciente se sienta abrumado, es conveniente que la exposición se lleve a cabo de manera gradual, comenzando con una actividad que genere un nivel leve de ansiedad; la exposición se debe practicar diariamente hasta que la ansiedad disminuya y se pueda realizar una actividad que genere más ansiedad y así hasta llegar a el objetivo final (Beck, 2000; Becoña & Oblitas, 1997). Para asegurar los mejores resultados, Barlow y Cerny (1988, citados en Trull & Phares, 2003) sugieren que deben de estar presentes las siguientes características: el paciente debe de interactuar lo más posible con el estímulo temido, la exposición debe ser de duración larga y repetitiva hasta que se elimine completamente la ansiedad, finalmente, la exposición debe ser gradual para evitar que el paciente vaya muy rápido y experimente fracasos innecesarios que le hagan desertar en el proceso terapéutico.

La TE se puede realizar mediante diversos procedimientos, en vivo (es decir, en la vida real) o en la fantasía (mediante la imaginación), más recientemente, esta técnica también ha sido empleada a través de la Realidad Virtual (RV). Siendo esta última, un gran avance tecnológico que permite diseñar digitalmente una gran cantidad de escenarios realistas o imaginarios, los cuales al ser 100% controlados por el terapeuta logran que la persona pueda vivenciar, de manera simulada, una determinada situación que difícilmente podría darse en el mundo real; de igual forma, mediante la RV la persona puede exponerse a dicha situación las veces que sean necesarias (Bados & García, 2011; Botella, García-Palacios, Baños, & Quero, 2007). Si bien la tecnología ha avanzado lo suficiente para hacer viable el uso de la RV como parte de un tratamiento clínico, lo cual se ve reflejado en investigaciones realizadas que han obtenido resultados favorables, se tiene que tener presente que esta tecnología aún se encuentra en vías de desarrollo; ya que aunque Morton Heiling diseñó la primera experiencia multisensorial virtual en 1950, no fue hasta la década de 1990 que se comenzó a vislumbrar la posibilidad de emplear la RV como herramienta de investigación en Ciencias Sociales, como la Psicología (Aymerich-Franch, 2013; Olguin, Rivera, & Hernández, 2006).

Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC)

La TREC se basa en la idea de que las emociones y las conductas están determinadas en gran medida por la forma en que las personas interpretan el mundo que los rodea y las suposiciones que hacen acerca de él. Por lo que su principal objetivo es que el paciente identifique sus ideas irracionales, para poder cambiarlas por pensamientos racionales que le permitan actuar y sentirse de una mejor manera (Lega, 1991; Soria & Olvera, 2013; Trull & Phares, 2003). Para poder conseguir este propósito, el terapeuta juega un papel primordial como un maestro activo y directivo; Trull & Phares (2003) indican que el terapeuta debe, principalmente, enseñar al paciente a etiquetar en forma realista las situaciones, para lo cual se hace uso de discusiones que le permitan vislumbrar la irracionalidad de las creencias que posee.

Normalmente, se piensa que los sucesos de la vida son los que ocasionan los problemas conductuales y emocionales, sin embargo, desde la TREC se sugiere que lo que realmente determina estos problemas es la interpretación que la persona otorga a los sucesos, y no los sucesos por sí mismos. Esto se puede ver reflejado en el esquema A-B-C-D-E, el cual es la esencia del TREC, en donde A representa las situaciones que experimenta la persona, B las creencias respecto a A, C las emociones y conductas consecuencias de B; mientras que D simboliza la modificación (mediante la intervención del terapeuta) de los pensamientos de B, y E las nuevas emociones y conductas producto de la modificación de B (Soria & Olvera, 2013). Luego entonces, como se puede visualizar en el esquema, la TREC busca cambiar el comportamiento (de C a E) de las personas alterando la forma en que éstas piensan de las cosas (de B a D).

Éstas han sido sólo algunas de las técnicas usadas dentro de la TCC, ya que existen muchas más como la Toma de decisiones, Experimentos Conductuales, Control y programación de actividades, Distracción y re-focalización de la atención, Tarjetas de apoyo, Técnica del “pastel”, entre otras (Beck, 2000). Aunque, como se puede apreciar a lo largo del capítulo, cada técnica tiene un objetivo específico y una estructura propia, todas y cada una de las técnicas Cognitivo-Conductuales tienen como propósito general influir sobre el pensamiento, comportamiento y estado de ánimo, buscando así la mejora del paciente ante su problema particular.

Debido a la gran diversidad de técnicas con las que cuenta, no es de extrañar que la TCC sea empleada en una amplia gama de problemas como la depresión (Hernández M. A., 2010), el estrés (Ramírez & González, 2012), la ansiedad (Orgilés, Méndez, Rosa, & Inglés, 2003), abuso de sustancias (Bello, Chamorro, Orellana, Cisternas, & Salinas, 2015), adicciones tecnológicas (Marco & Chóliz, 2013), problemas alimenticios (Castro, Larroy, & Gómez, 2010), esquizofrenia (Muñoz & Ruiz, 2007), entre muchos otros. Dentro de todos los problemas que se pueden intervenir desde la TCC, cabe resaltar las fobias en general, y la Fobia Social en específico; siendo este último el tema principal del trabajo presente. Dicho esto, en el capítulo siguiente se realizará la revisión de los antecedentes de la fobia para comprender de una manera más amplia cómo este trastorno llegó a formar parte del ámbito clínico en la actualidad.

CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES DE LA FOBIA

De manera simple, se puede entender a la fobia como un trastorno que se caracteriza por un miedo intenso, excesivo e irracional hacia determinados objetos o situaciones. Al ser las fobias trastornos que, junto con otros trastornos como el Trastorno de Pánico (TP), el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), se pueden encontrar dentro de los Trastornos de Ansiedad (Rodríguez, 2008), tal como se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), resulta preciso abordar en un primer momento la historia de dichos trastornos de manera general, para poder llegar así al origen del término fobia.

Etimológicamente la ansiedad se deriva del término en latín *anger*, que significa sensación de estrechez y angustia (Torres & Chávez, 2013). Conceptualmente, la ansiedad, tal como se le conoce hoy en día, posee un origen incierto; sin embargo, usualmente su historia comienza con los planteamientos realizados por internistas o cardiólogos, ya que el estudio sobre la ansiedad durante muchos años se centró en los síntomas somáticos que presentaban las personas, principalmente en aspectos cardiacos. Estas ideas sobre trastornos del corazón comenzaron en 1768 cuando el médico inglés William Heberden describió la *angina de pecho* como un síndrome que se caracteriza por la presencia de crisis paroxísticas de un gran dolor en la región precordial y de una fuerte sensación de angustia; entendiéndose a la angustia como el conjunto de diversos síntomas: malestar general, sensación de opresión en el epigastrio, aceleración de la respiración y del pulso (Gastó & Vallejo, 2000).

Más adelante, MacLean en el año de 1867 realizó la descripción, en soldados jóvenes, del cuadro clínico de *corazón irritable*, el cual se caracterizó por un ritmo desordenado y rápido del corazón. Este síndrome fue, posteriormente, mencionado por otros autores. Bulacio (2004) y Cía (2003) comentan que en el año de 1871, un médico americano llamado Jacob Mendes Da Costa, tras observar a una serie de soldados que presentaban particulares alteraciones funcionales cardiacas (sin tener alguna lesión estructural), describió el Síndrome de corazón irritable, en el cual se consideraba que la alteración era causada por una disfunción del Sistema Nervioso que ante un esfuerzo mínimo generaba síntomas como palpitaciones, dolor torácico, mareos, disnea, taquicardia, entre otros.

Por otro lado, en 1870, un cirujano militar llamado Myers realizó la descripción de un síndrome con características similares al descrito por Da Costa, al cual denominó *corazón de soldado*. Posteriormente, durante la primera guerra mundial nuevamente apareció un síndrome con gran similitud al de Da Costa con una nueva denominación: *disfuncionalismo cardiaco*. Y en 1917 Sir Thomas Lewis, un cardiólogo británico, habló sobre el Síndrome de esfuerzo que reflejaba un cuadro clínico afín al que ya muchos otros habían mencionado bajo otros nombres; sin embargo, tres años más tarde Oppenheimer, uno de los colaboradores norteamericanos de Lewis, prefirió el término de *astenia neurocirculatoria* (Cía, 2003). En 1918, Fraser y Wilson comprobaron que al inyectar epinefrina a sus pacientes podían reproducir el cuadro clínico ya antes mencionado. Dicho descubrimiento fue replicado por Wood en 1941, quien además de producir los síntomas en sus pacientes, a través de una inyección, logró hacerlo con personas que no habían presentado previamente dichos síntomas (Bulacio, 2004).

El cuadro clínico, llamado en un inicio *corazón irritable*, el cual estuvo diagnosticado principalmente en soldados, fue descrito por William Osler en pacientes civiles; pese a que se trataba del mismo cuadro, Osler le incorporó el término *neurastenia* de Beard, el cual hace referencia a un conjunto de síntomas como la irritabilidad, fatiga, palpitaciones, etc. A partir de esto, el diagnóstico de *corazón irritable*, al menos en civiles, empezó a identificarse con el de neurastenia (Gastó & Vallejo, 2000).

La neurastenia fue el punto de partida, entre neurólogos y psiquiatras, de diversas figuras clínicas; los síntomas aislados de la neurastenia dieron lugar a psiconeurosis como obsesiones, hipocondría, histeria, ansiedad y fobias. De esta manera, se comenzaron a hacer especulaciones acerca de la importancia de síntomas subjetivos. El médico Culpin, en el año de 1920, planteó que el tratamiento más que en los síntomas cardiacos debía centrarse en los problemas psíquicos subyacentes; a este médico también se le atribuye el reconocimiento de la asociación entre el síndrome del esfuerzo, ansiedad y fobias. Ya durante la segunda guerra mundial, los diagnósticos que antes se consideraban el resultado de alteraciones cardiacas funcionales, ahora comenzaron a considerarse una reacción ansiosa y los pacientes empezaron a ser tratados por psiquiatras (Bulacio, 2004; Cía, 2003).

Por su parte, en 1866, Morel sugirió que determinadas perturbaciones (ansiedad, fobia, obsesión) eran resultado de una alteración presente en el Sistema Nervioso Ganglionar, y a partir de ello definió un nuevo grupo de neurosis, independiente a las dos ya existentes (histeria e hipocondría). Legrand du Saulle en 1876, siguiendo la idea de Morel, hablaba de una *neurosis emotive*, en la cual acopló diversas manifestaciones clínicas que en ese momento se encontraban aisladas para hablar propiamente de un síndrome; ejemplo de ello fue la Agorafobia (Gastó & Vallejo, 2000). El psiquiatra alemán Carl Westphal, en 1870, describió los síntomas consistentes en temores fóbicos de permanecer en espacios abiertos y amplios, los cuales observó en cuatro de sus pacientes, nombrando a este conjunto de síntomas con la palabra Agorafobia (Beck, 2014; Bulacio, 2004); cabe señalar que dicha descripción podría equipararse a lo que actualmente se conoce por dicha expresión.

A pesar de que ya en ese tiempo las descripciones relacionadas con la ansiedad comenzaban a ser más claras, fue hasta el año de 1894, que la ansiedad (tomada como neurosis) se separó de lo endógeno para darle prioridad a lo psicológico. En este año, Freud creó una nueva taxonomía, la cual sirvió como teoría unificadora de la ansiedad; separó la neurastenia de la neurosis de angustia, y tomando como base esta última fue que instauró su taxonomía, en donde los síntomas conocidos como obsesiones pasaron a ser neurosis obsesivas, los de fobias a neurosis fóbica, y así sucesivamente. Esta taxonomía sirvió como base, en un inicio, para la categoría de ansiedad propuesta en sistemas de clasificación como el DSM (Gastó & Vallejo, 2000).

Actualmente, debido a la combinación de síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos que están presentes en los Trastornos de Ansiedad en general, y los Trastornos Fóbicos en particular, resulta un tanto complicado realizar un diagnóstico diferencial certero; por esta razón, ese trabajo se apoya en manuales diagnósticos que fueron creados hace tiempo y que sea han ido renovando. Ejemplo de ello es el DSM que desde su segunda edición aborda los Trastornos de Ansiedad; en ésta versión aún se hablaba de neurosis de ansiedad. Posteriormente, en el DSM-III se menciona el TP, el TAG, el TEP, la Fobia Social y la Agorafobia; después en el DSM-IV se introduce el tipo de Fobia Específica (Bulacio, 2004; Cía, 2003).

La función principal de este tipo de manuales es clasificar, de tal forma que en ellos encontramos los tipos de fobia que existen; sin embargo, el primero en dar una clasificación de los Trastornos Fóbicos fue Isaac Marcks en 1970, agrupándolos en 4 grandes grupos: Agorafobia, Fobias Específicas, Fobia Animal y Fobia Social (Cía, 2003).

De manera concreta, la palabra fobia se deriva del término griego *phobos*, que significa fuga, temor, pánico, miedo o terror, así mismo es derivado del nombre de un dios griego llamado Fobos quien poseía el poder de provocar miedo en sus enemigos (Ajno, 2013; Virgen, Lara, Morales, & Villaseñor, 2005). Pese a que el término no se introdujo en la bibliografía psiquiátrica hasta el siglo XIX, se puede encontrar que su actual significado en clínica ya había sido aplicado desde la época de los griegos, cuando Hipócrates realizó la descripción de hombres fóbicos: uno que le tenía miedo al anochecer y otro con una manía hacia los gatos. Sin embargo, el primer momento en el que fue utilizado el término médicamente hablando, fue en un trabajo realizado por Celso en el año 30, hablando de la hidrofobia como un síntoma de suma relevancia en la rabia; aunque el sentido dado a la palabra como la que conocemos hoy en día fue dado hasta 1801 (Beck, 2014; Gastó & Vallejo, 2000; Laval & Lepe, 2008).

Debido a toda la gama de definiciones dadas a lo largo de la historia, es necesario que procedamos con la explicación del término como es entendido en la actualidad, ya que a partir de ello es que se llevará a cabo el presente trabajo.

2.1 La fobia en la actualidad

La fobia es un trastorno psicológico que algunos autores (Ajno, 2013; Aragonès, 2013; Beck, 2014; Cárdenas, Feria, Palacios, & de la Peña, 2010) definen como un miedo exagerado, irracional e incontrolable que una persona demuestra en relación al peligro percibido ante un objeto o situación concreta. La mayoría de las veces, este miedo es reconocido como excesivo pero a pesar de ello el hacerle frente (o siquiera pensar en hacerlo) provoca un gran malestar (Ajno, 2013; Cárdenas, Feria, Palacios, & de la Peña, 2010; Csóti, 2011). Sin embargo, un número importante de personas no es capaz de reconocer lo excesivo de su temor o malestar (Bados, 2005b); estos malestares que se presentan pueden ir desde una ansiedad relativamente suave hasta una reacción de pánico, la cual es entendida por algunos autores como una versión intensificada de los correlatos fisiológicos propios de la ansiedad (Beck A. T., 2014).

Marks (1969, citado en Gastó & Vallejo, 2000) enfatizó cuatro características propias de una fobia: 1) un miedo desmedido, 2) un miedo que no tenía explicación lógica, 3) un miedo que sobrepasa la voluntad de una persona, y 4) un miedo que provoca evitación. Según Sassaroli & Lorenzini (2000), existen dos características esenciales para poder hablar de una fobia:

- I. Se experimentan los síntomas propios de la ansiedad ante circunstancias muy específicas, ya sea en lugares o situaciones determinadas, o en presencia de ciertos objetos e inclusive personas.

- II. Existe un deseo intenso de evitar el estímulo fóbico (objeto, lugar, etc.), por lo que la persona realiza de manera sistemática un gran esfuerzo para evitar a toda costa estar en presencia de aquello que le genera la ansiedad.

Cuando los individuos fóbicos llevan a cabo la evitación les provoca un gran alivio, en tanto que la ansiedad presentada frente al objeto o la situación temida desaparece, sin embargo, esta situación ocasiona que las personas se acostumbren a vivir con muchas limitaciones que afectan diversos aspectos de su vida.

Ahora bien, surge la interrogante de saber cuándo un miedo pasa a ser una fobia. Crist (2004) asevera que el punto clave recae en el poder de los pensamientos, en tanto que si el miedo se presenta aun con sólo pensar en la situación o el objeto temido, desembocando la sintomatología ansiosa (músculos tensos, latidos acelerados, mareos, sudoración, temblores, etc.), se trataría formalmente de una fobia y no de sólo un miedo ocasionado por un estímulo próximo. A diferencia de Crist, quien apunta la discriminación de los conceptos de miedo y fobia en una sola dirección, Echeburúa (2002) hace mención de cuatro aspectos a considerar para realizar dicha distinción: 1) intensidad, frecuencia y duración de la respuesta de ansiedad, 2) proporción entre la gravedad de la situación y la intensidad de la respuesta, 3) grado de sufrimiento ocasionado por la ansiedad, y 4) el grado de interferencia en la vida del individuo.

Por otro lado, Capafons (2001) afirma que existe un acuerdo relativamente generalizado entre las diversas teorías para determinar si se está en presencia de un miedo fóbico o un miedo adaptativo, esto a través de los siguientes indicativos:

- (i) Es desproporcionada con respecto a las exigencias de la situación. Aquí se considera que la reacción no se corresponde con la existencia de una situación particularmente peligrosa o amenazante para el individuo.
- (ii) No puede ser explicada o razonada por parte del individuo.
- (iii) Está más allá del control voluntario.
- (iv) Lleva a la evitación de la situación temida.
- (v) Persiste a lo largo del tiempo.
- (vi) Es desadaptativa.
- (vii) No es específica a una fase o edad determinada. (p. 447).

De esta forma, Capafons proporciona una guía básica y práctica para determinar si estamos frente a un miedo fóbico o un miedo adaptativo, y así poder discernir si una persona necesita de tratamiento o no. Al igual que esto, resulta necesario saber desde qué perspectiva teórica se estará abordando la problemática, ya que cada una la explica de diferente forma y por ende es tratada de diferente manera, por lo que se continuará con la explicación dada por algunas teorías.

2.2 Factores etiológicos desde diferentes perspectivas teóricas

Como ya se ha mencionado, el miedo es una respuesta innata que es esencial para la supervivencia del individuo, y por tanto no requiere una mayor explicación de su origen; caso contrario es la etiología de las fobias, que ha sido estudiada por varios investigadores. Actualmente, existen diversas teorías que intentan explicar el origen de las fobias que las personas desarrollan; dentro de ellas, hay principalmente tres perspectivas: teorías biológicas, modelos conductuales y modelos cognitivos. Aunque cada teoría tiene una explicación propia, algunos autores afirman que la etiología es más que nada de valor multifactorial, es decir que la causa requiere más de un factor. Soutullo & Figueroa (2011) sugieren que los factores son principalmente ambientales de un 60 al 70% y biológicos de 30 al 40%.

2.2.1 Teorías biológicas

Soutullo & Figueroa (2011) mencionan que los factores biológicos involucran ciertos genes y algunos rasgos de temperamento, siendo estos una fuerte influencia en el desarrollo de las fobias. Algunos autores, como Cía (2006), Crist (2004) y Hetteman et al. (2001, citados en Culver & Craske, 2011), mencionan que aquellas personas que tienen un familiar directo con fobia poseen mayor probabilidad, 4.1 veces más, de desarrollar dicho trastorno, ya sea debido a una cuestión medioambiental, influencia del contexto familiar y/o factores biológicos; sin embargo, aunque es un factor importante, no es una causa determinante.

Cada individuo posee un Sistema Nervioso con cierta sensibilidad para producir síntomas de ansiedad como la taquicardia, tensión muscular, activación emocional interna, entre otros. En este sentido, al hablar de un factor genético, se tiene que tener en cuenta que no se hereda propiamente un Trastorno de Ansiedad, sino un Sistema Nervioso con una mayor propensión a experimentar síntomas ansiosos; siendo por este motivo que el hecho de que uno o ambos padres tengan una fobia no es un factor concluyente para la adquisición de una fobia, hasta que se ve conjugado con otros factores ambientales (Csóti, 2011).

Algunos rasgos de temperamento como la inhibición conductual, introversión, perfeccionismo, impaciencia, hipersensibilidad emocional, baja autoestima, dependencia afectiva, pesimismo y neocriticismo (afectividad negativa) aumentan la probabilidad de que un individuo padezca algún trastorno de ansiedad (Csóti, 2011; Culver & Craske, 2011; Soutullo & Figueroa, 2011). Estos rasgos de temperamento, junto con la exposición ambiental al estímulo temido, activan la tendencia a adquirir una fobia.

Dentro de los factores ambientales que pueden influir en el aumento de probabilidad de adquirir un trastorno de ansiedad, se incluyen el abuso sexual, físico o emocional, presencia de trastornos de ansiedad de los padres, vínculo inseguro con los padres, pérdida de un padre, conflictos familiares y trastornos psiquiátricos previos como la depresión o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Soutullo & Figueroa, 2011), al igual que estilos parentales de crianza (protección excesiva, el control o la intromisión) y el abandono (Sierra, Zubeidat, & Fernández, 2006).

2.2.2 Modelos conductuales

El Conductismo centra su atención en el comportamiento, basándose en el supuesto de que éste es la respuesta que se da frente a estímulos del ambiente; de igual forma, sostiene que al repetirse la interacción entre los estímulos externos y la respuesta (conducta del individuo) se da un aprendizaje, lo cual ocasiona que ante ciertos estímulos el organismo se acostumbre a dar una respuesta determinada (Nardone, 2007; Sassaroli & Lorenzini, 2000).

En este sentido, a partir de esta perspectiva, se sugiere que las personas adquieren las fobias a través del llamado Condicionamiento Clásico; en determinado momento un objeto o situación se asocia, debido a una experiencia vivida, con un evento aversivo y a partir de ello el individuo hace todo lo posible por evitar estar en dicha situación o frente a dicho objeto. El condicionamiento puede sobrevenir mediante un acontecimiento traumático directo, observación vicaria o a través de transmisión de información (Crist, 2004; Culver & Craske, 2011; Sierra, Zubeidat, & Fernández, 2006).

Apoyando esta teoría, algunos autores (Csóti, 2011; Echeburúa, 2002; Ollendick & Benoit, 2011; Staudt, Stortti, Noelia, & Morales, 2006) mencionan que tanto las experiencias como la influencia de los padres (en un papel de modelos), son importantes factores para que los infantes adquieran algún miedo. Siendo la observación de los padres temerosos la principal razón por la que los niños limitan la exploración del entorno, obstaculizando la eliminación de los miedos a través de la experiencia; ya que si el niño ve que los padres se muestran ansiosos o tienen miedo de ciertos acontecimientos cotidianos, él tendrá la creencia de que hay algo que temer y que esa es la manera normal de reaccionar. Esta situación ocasiona que el miedo se agudice, convirtiendo un miedo común en una fobia que perturbará la vida del individuo impidiéndole hacer lo que en verdad quiere o necesita realizar (Crist, 2004).

2.2.3 Modelos cognitivos

Al igual que el Conductismo, el Cognitivismo toma en consideración los estímulos externos, sin embargo, no considera al individuo como un receptor pasivo de ellos, sino como un agente activo que construye los significados de aquello que lo rodea. Dentro de esta perspectiva la atención se centra en dichos significados y en los procesos cognitivos que conlleva, es decir,

en vez de centrarse en la situación externa lo hace en aquello que la persona piensa sobre ella (Sassaroli & Lorenzini, 2000). A partir de esto, se cree que la adquisición y desarrollo de las fobias se debe a un sesgo cognitivo que ocasiona una evaluación distorsionada de un determinado objeto o situación. Culver & Craske (2011) señalan que los principales sesgos que presentan las personas fóbicas incluyen hipervigilancia de las señales de amenaza y una sobreestimación de la amenaza del objeto fóbico, interpretando al estímulo más peligroso de lo que en realidad es.

Sierra, Zubeidat, & Fernández (2006), al igual que Echeburúa (2002), aseguran que procesos cognitivos como la memoria, los pensamientos y los recuerdos son los responsables de que los miedos se intensifiquen y generen un mayor malestar en tanto que, a diferencia de los animales que sólo presentan ansiedad en situaciones inmediatas, los seres humanos además sufren por recuerdos y situaciones que prevén para el futuro.

Sin embargo, el presente trabajo se abordará a través un modelo Cognitivo-Conductual, el cual es el conjunto de los dos modelos anteriormente mencionados, ya que desde este punto de vista las reacciones no sólo se ven influidas por las consecuencias que ha traído estar en presencia de situaciones aversivas u objetos fóbicos, sino también por la valoración que se le da a las consecuencias y situaciones.

Una vez abordadas las teorías que intentan explicar el surgimiento y mantenimiento de las fobias, resulta oportuno dar paso a la exposición de las diversas clasificaciones que se han dado a lo largo del tiempo, además de la manera en la que son evaluadas, diagnosticadas y tratadas los diferentes tipos de fobia que hay.

CAPÍTULO 3. DIFERENTES FOBIAS

A lo largo de la historia, las fobias se han diferenciado a partir del objeto desencadenante del miedo, nombrándolas con base en la etimología griega. Sin embargo, al ser tantos los objetos y situaciones que pueden evocar un miedo fóbico, se han realizado muchos intentos por categorizarlas; ejemplo de ello es la división que proponen Cárdenas, Feria, Palacios, & de la Peña (2010), quienes dividen a las fobias en dos grupos: Fobias Específicas y Fobias Sociales. Otra división es la mencionada por Stein & Hollander (2004) y Virgen, Lara, Morales, & Villaseñor (2005), quienes realizan una clasificación, poniendo la FS, FE y Agorafobia en la clasificación de Fobias a estímulos externos, y por otro lado a las Nosofobias y Fobias Obsesivas en la clasificación de Fobias a estímulos internos.

Es claro que para realizar una clasificación existen diversas consideraciones, y cada autor se basa en el que considere más apropiado. Basándose en tres criterios diferentes, Rojas (1998) aporta tres tipos de clasificaciones:

- I. **Clasificación clínica.** Donde se incluyen Fobias Traumáticas, las cuales ocurren como resultado de malas experiencias; Fobias Hipocondríacas, que son miedo a ciertas enfermedades (cáncer-fobia, sífilo-fobia, cardio-fobia y fobia al SIDA); Fobias Comunes, nombradas así al ser las más presentadas de manera general en la población (fobia a la muerte, al dolor, a la soledad, a las serpientes y a la oscuridad); Fobias Estéticas, aquellas que tienen que ver principalmente con la apariencia física de la persona (fobia a la obesidad, a emitir malos olores y fobias centradas en una parte de la cara como la nariz o la papada); y Fobia de Expectación, referidas a algunas situaciones en las que la persona está frente a otras (fobia a hablar en público, a ruborizarse cuando hay otras personas y a un mal rendimiento sexual).

- II. **Según los objetos o situaciones que la producen.** En esta se encuentran: objetos (fobia a la sangre, alfileres, venenos, polvo, cuchillos, etc.), lugares (fobia a sitios concurridos, a espacios abiertos o cerrados, a multitudes y al mar), enfermedades (fobia a las enfermedades en general y enfermedades específicas como cáncer-fobia, cardio-fobia, etc.), amenazas externas (fobia a la lluvia, a la tormenta, al polen, a la

suciedad, entre otras), amenazas internas (fobia a volverse loco, a la alegría desbordante y fobias obsesivas), animales (fobia a los animales en general y específicamente a un animal como los ratones, los perros, etc.) y personas (fobia a los dentistas, ginecólogos, médicos, entre otros).

III. Según la frecuencia. Las mujeres suelen presentar en mayor medida miedo a los animales (ratones, cucarachas, lagartijas, serpientes), a ser violadas y/o quedar embarazadas; mientras que los hombre presentan temor a un bajo rendimiento sexual, a hablar en público y suelen presentar mayormente Fobias Traumáticas; los infantes, por otro lado, muestran miedo a la soledad, la oscuridad, a permanecer en habitaciones cerradas y fobias escolares (ir a la escuela o a los exámenes). Cabe aclarar que es imposible determinar qué clase de fobia desarrollará una persona en específico; ya que, bajo circunstancias determinadas, cualquiera podría desarrollar una fobia a cualquier objeto, situación o persona en específico.

Aunque existen varios intentos por categorizar las fobias, cada una con su propio criterio, una de las más reconocida es la realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes hacen una codificación más completa de las fobias, tomando como criterio el motivo de la reacción o estímulo causante y el tipo de evitación a éste, quedando la clasificación de la siguiente manera (Ajno, 2013): Cuasi-fobias, Agorafobia, Fobia Específica (FE, o simple) y Fobia Social (FS).

3.1 Clasificación

3.1.1 Cuasi-fobias

Se puede entender a la cuasi-fobia como un miedo irracional que se presenta con una intensidad menor al resto de las fobias, porque a diferencia de las fobias ya afianzadas, no se muestra una pérdida de control ante el objeto o situación temida; se podría decir que la cuasi-fobia es el previo de una fobia, por lo que, si permanece con el tiempo, se puede consolidar como una fobia (Ajno, 2013).

3.1.2 Agorafobia

3.1.2.1 Concepto

Etimológicamente, la Agorafobia hace referencia al miedo al *agora* (la plaza principal en las ciudades griegas) y debido a su extensión territorial es que se le considera un miedo a encontrarse en espacios abiertos (Corominas, 1987).

Clínicamente, el término Agorafobia suele ser usado en un sentido más amplio para referir al miedo patológico a presentar una crisis de ansiedad (o síntomas relacionados como mareos, palpitaciones, disneas, sequedad de boca, temblores, apuro, etc.) en lugares o situaciones en las que sería difícil escapar o disponer de ayuda. El comienzo de la Agorafobia se suele dar con la aparición de miedo en un lugar público, que desaparece cuando el individuo se aleja de la situación, posteriormente intenta evitar una situación similar y otros lugares públicos aun cuando nunca haya experimentado un ataque de pánico ahí, finalmente, incluso pensar en esos lugares le puede generar síntomas de ansiedad o pánico (Aragonès, 2013; Cía, 2003; Csóti, 2011; Gastó & Vallejo, 2000).

La Agorafobia tiene una prevalencia de 2.5 a 5.8% dentro de la población en general, siendo más frecuente su aparición sin crisis de pánico; se suele identificar el inicio de la misma en la etapa de la adolescencia o en edades posteriores, pero difícilmente se da un diagnóstico de este tipo en la infancia, ya que puede confundirse con trastornos que se presentan con mayor frecuencia en esta etapa como la Ansiedad por Separación, Fobia Social o Fobia Específica (Fiesta-Teque, Nuñez, & Vivar, 2011).

Dentro de los estímulos fóbicos que se presentan con mayor frecuencia, algunos autores (Cía, 2003; Gastó & Vallejo, 2000; Virgen, Lara, Morales, & Villaseñor, 2005) destacan: estar solo fuera o dentro de casa, viajar en transporte público o privado (autobuses, metros/trenes, aviones o automóvil), estar en lugares cerrados y públicos (cine, teatro, supermercado, etc.), encontrarse dentro de elevadores, túneles, puentes y lugares elevados, así como hacer cola o estar en una multitud.

A los agorafóbicos les resulta incapacitante encontrarse en uno (o más) de los sitios mencionados; sin embargo, cuando el individuo se encuentra acompañado por alguien de su confianza, tanto la ansiedad como las conductas de evitación que realizan usualmente se ven gratamente disminuidas. Al respecto, Gastó & Vallejo (2000) sugieren que en algunos casos la compañía no necesariamente es una persona, sino que puede ser un animal o incluso un objeto inanimado.

3.1.2.2 Evaluación y diagnóstico

Para poder llevar a cabo un diagnóstico preciso se requiere la delimitación del trastorno, la cual se puede encontrar en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Según dicho manual, en su quinta edición, la ansiedad o evitación de la persona debe presentarse mínimo durante un periodo de seis meses en presencia de al menos dos de las siguientes situaciones: transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, estar en medio de una multitud o estar fuera y solo de casa; siendo temidas y evitadas a causa de la idea de presentar dificultades para huir o recibir ayuda en caso de presentar algún síntoma que le sea incapacitante (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Bados (2005a) menciona que se puede hacer uso de varios métodos, para efectuar una adecuada evaluación, como la entrevista, donde se busca explorar diversos aspectos del problema (identificar las situaciones evitadas, la frecuencia, duración, intensidad y descripción de la ansiedad percibida en dichas situaciones, las cogniciones que se tienen en cuanto a la ansiedad presentada, las variables ambientales que pudieran estar presentes, etc.), los cuestionarios y autoinformes, que ayudan a recabar información sobre el grado de ansiedad presente, nivel de evitación y las comorbilidades del trastorno.

Finalmente, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) también recomienda que se preste atención a las situaciones específicas en que se presenta la ansiedad de la persona, para de esta manera descartar que se trate de algún otro trastorno como la FS, en caso de que se presente únicamente en situaciones sociales, la FE, si se llegase a presentar bajo una sola circunstancia, etc. De igual forma, cabe señalar que en caso de que se cumplan los criterios de la Agorafobia y a su vez los de otro trastorno, simplemente son asignados ambos diagnósticos.

3.1.2.3 Tratamientos

La Agorafobia se puede tratar por métodos farmacológicos y psicológicos. Los medicamentos que suelen ser utilizados, debido a los resultados favorables que han presentado, en el tratamiento de la Agorafobia son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), como la paroxetina, sertralina y citalopram, los antidepresivos tricíclicos (imipramina y clomipramina), y benzodiacepinas, como el alprazolam y clonacepam (Bados, 2005a). Montes, y otros (2014) mencionan que las benzodiacepinas (alprozalam o lorazepam) son empleadas para tratar las crisis al momento, sin embargo, para tratar el trastorno como tal (es decir, eliminar la aparición de crisis y evitar recaídas) los fármacos que se emplean son los ISRS (citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina y sertralina); y en caso de que con estos últimos no presenten resultados se hace uso de los antidepresivos tricíclicos.

La Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2008) afirma que los fármacos antes mencionados tienen como objetivo principal

Bloquear la aparición de nuevas crisis de angustia. Esto lleva asociado que de forma secundaria se provoquen otras acciones beneficiosas en los pacientes, aliviando la ansiedad anticipatoria, mejorando su autoconfianza y la evitación fóbica, con un efecto positivo sobre la depresión asociada y una mejora en el funcionamiento global. (p. 79).

En cuanto a la Terapia Psicológica, se suele hacer uso de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), principalmente con técnicas como la Exposición, para desarrollar una habituación a la ansiedad experimentada, la cual se puede valer del Ensayo Conductual, empezando con situaciones que no conlleven un gran nivel de ansiedad, e ir realizando cada vez acciones con un mayor nivel de ansiedad. También, resulta favorable el uso de la Reestructuración Cognitiva (RC), buscando identificar, validar y combatir los pensamientos generadores de la ansiedad, para poder formar nuevos pensamientos que apoyen al progreso de la recuperación (Bados & García, 2010).

Fiesta-Teque, Nuñez, & Vivar (2011) mencionan que en el tratamiento de la Agorafobia en niños y adolescentes, además de hacer uso de técnicas de la TCC (como Exposición, RC, estrategias de afrontamiento, Técnicas de Relajación o Entrenamiento Respiratorio) y/o de fármacos (de ser requerido, como los ISRS), resulta importante la labor psicoeducativa enfocada no sólo para el paciente sino también para la familia y de ser necesario (y en la medida de lo posible) para los profesores del niño o adolescente. Esto con el propósito de que tanto el paciente como las personas allegadas a él tengan una mejor comprensión del trastorno y todo lo que éste implica.

3.1.3 Fobia Específica

3.1.3.1 Concepto

La Fobia Específica (FE), también llamada Fobia Simple, consiste en un temor persistente, excesivo e irracional que es desencadenado en anticipación o presencia de objetos o situaciones claramente discernibles. Gastó & Vallejo (2000) aluden a que el miedo puede surgir debido a la anticipación de un daño relacionado con algún aspecto del objeto o situación; este temor puede presentarse de manera espontánea, sin embargo, también puede deberse a diversos factores, como formar parte de un acontecimiento traumático en donde el objeto temido sea de alguna manera causa de él, al ser observador de una situación similar en la que otro individuo sufre la experiencia, o al ser influenciado por transmisiones atemorizantes respecto a cierto objeto o situación. Dentro de esta categoría de fobias se pueden encontrar subcategorías como: animales, sangre e inyecciones, ambientales, situacionales, etc. (Ajno, 2013); específicamente, algunos de los miedos más comunes son: el miedo a las arañas, los perros, los túneles, a volar, a ciertos espacios cerrados, a las escaleras eléctricas, entre otros (Bulacio, 2004).

La prevalencia de las fobias en la población infanto-juvenil es de 3-9%; los niños entre 7 y 12 años suelen desarrollar fobias específicas (Güerre & Ogando, 2014). Bados (2005b) menciona que las edades en que habitualmente dan inicio algunas de las fobias más comunes son de 7 a 9 años la Fobia a los animales, a los 8 años a las inyecciones, a los 9 a la sangre, y de los 12 a 13 años la fobia a las alturas, también afirma que la mayoría de niños y/o adolescentes que son llevados a consulta es debido a la presencia de Fobia a la oscuridad, a la escuela y a los perros.

3.1.3.2 Evaluación y diagnóstico

Según el DSM-V, para considerar que el trastorno presentado es una FE, el miedo, ansiedad o evitación presentada ante el objeto temido debe durar al menos seis meses; los síntomas deben ser desproporcionados en comparación con el peligro real, causando gran malestar que puede disminuir el desempeño social, laboral o familiar de la persona. En niños, este tipo de padecimiento puede manifestarse con llantos, berrinches, afianzamientos a objetos o personas o inmovilidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Para realizar un diagnóstico preciso, se deben descartar otros trastornos como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), ya que es posible que una obsesión llegue a desencadenar ciertas conductas de evitación que pudieran llegar a confundirse con una FE; también es conveniente diferenciarla de un Trastorno de Pánico (TP) o de la FS, ya que pudiera confundirse el temor a viajar en avión en caso de una FE, con el temor a sufrir una crisis de pánico durante el vuelo, que sería el caso de un TP, o el temor por asfixiarse o atragantarse en el caso de una FE, con la evitación a comer en algún restaurante para no ser evaluado de forma negativa por los demás, siendo esto un caso de FS. Por ende, es de suma importancia evaluar todos los aspectos posibles del temor, para evitar un diagnóstico erróneo (Cía, 2003).

3.1.3.3 Tratamientos

Normalmente, para el tratamiento de la FE los fármacos no están incluidos, sin embargo, existen algunas situaciones particulares en las que su uso suele ser benéfico. Cía (2003) recomienda evitar lo mayormente posible el uso de fármacos, y llevar a cabo algún tipo de Tratamiento Psicológico, a menos que el paciente se encuentre imposibilitado para responder al tratamiento debido a sus altos niveles de temor, los cuales puedan entorpecer el tratamiento; en esos casos se recomienda implementar un tratamiento con clonazepam en dosis bajas para facilitar el tratamiento y conforme pase el tiempo ir disminuyendo la dosis hasta dejar de consumirlo, ya que cualquier otro tratamiento debe ser suficiente al haber disminuido la interferencia de los síntomas con el tratamiento en conjunto. Otra situación específica en la que el uso de un fármaco resulta de ayuda es, según Aragonès (2013), cuando la persona requiere una solución rápida y momentánea, tal es el caso de la fobia a volar en aviones, en la cual una benzodiazepina (como el alprazolam) ayudaría a disminuir los síntomas de ansiedad durante un vuelo.

En cuanto al Tratamiento Psicológico, la TCC ha mostrado ser una buena alternativa a cualquier edad, dentro de la variedad de técnicas que emplea, se considera que la Exposición gradual al objeto causante del miedo es el tratamiento más eficaz para las FE; aunque esta exposición puede llevarse a cabo mediante la imaginación, se resalta la efectividad de la exposición en vivo. Otras técnicas con las que también se han obtenido resultados favorables son la Desensibilización Sistemática, así como los ejercicios de relajación y respiración (Aragonès, 2013; Borda, Pérez, & Avargues, 2011; Bulacio, 2004; Csóti, 2011). Aunque el uso de las técnicas por separado puede dar resultados positivos, existen tratamientos que emplean diversas técnicas de manera simultánea buscando intervenir en los tres componentes de la respuesta fóbica (respuestas fisiológicas, comportamentales y cognitivas); tal es el caso del Tratamiento de una sesión (OST).

El OST, diseñado por Öst, es un tratamiento intensivo para tratar la mayoría de las FE (como las de arañas, perros, insectos, tormentas, alturas, etc.) en los niños y adolescentes, en el cual se combinan las técnicas de exposición gradual en vivo, modelado, refuerzo positivo, desafíos cognitivos, psicoeducación y entrenamiento de habilidades; cabe resaltar que aunque se hace uso de diversas técnicas, la exposición es el eje principal del tratamiento (Davis, Ollendick, & Öst, 2009). Este tratamiento tiene múltiples beneficios, sin embargo, algo que resulta relevante es la generalización que se da a los diagnósticos secundarios (trastornos comórbidos), es decir, que además de reducir las FE también reduce los trastornos coexistentes (como otras fobias u otros trastornos de ansiedad) que presenta el paciente (Davis, Ollendick, & Öst, 2009; Ollendick, Öst, Reuterskiöld, & Costa, 2010).

3.1.4 Fobia Social

Se podría considerar que la Fobia Social (FS) es muy antigua; Burton, en el año de 1845, expone evidencia al respecto, en la cual describe a un paciente con características similares a las descritas para denominar a las personas con dicho trastorno, a pesar de ello, no fue hasta 1903 que la nomenclatura actual de este trastorno fue acuñada por Janet, quien aplicó por primera vez la expresión *fobia de las situaciones sociales* con la intención de describir a las personas que tenían el temor a hablar en público, tocar el piano o escribir mientras eran observadas (Olivares, 2009).

Como ya se ha dejado ver en apartados anteriores, la FS es el tema principal del presente trabajo, por lo cual en seguida se detallarán algunas particularidades de dicho trastorno.

3.1.4.1 Concepto

La FS, también llamada Ansiedad Social, hace referencia al miedo que se presenta de manera persistente ante situaciones de interacción social o actuaciones en público, es decir, aquellas en las que la persona fóbica se encuentra expuesta a personas teniendo un injustificado temor a quedar en una situación embarazosa o humillante; esta situación ocasiona que las personas con FS lleven a cabo conductas de evitación que las conducen al aislamiento social e incluso a una situación de extrema soledad (Ajno, 2013; Clark & Beck, 2012; Massana & Massana, 2005).

Cuando un individuo fóbico se encuentra ante las situaciones temidas, experimenta un gran temor a que los demás le juzguen como una persona ansiosa o débil, esto además está acompañado por una serie de respuestas somáticas: palpitaciones, rubor en cara y cuello, temblor de manos y piernas, sudoración, aceleración del ritmo cardiaco, hiperventilación, tensión muscular, sensación de hundimiento o vacío en el estómago, náuseas, escalofríos, boca seca, cefalea y/o disnea (Caballo, Andrés, & Bas, Fobia social, 2007; Csóti, 2011; Staudt, Stortti, Noelia, & Morales, 2006), respuestas cognitivas: dificultades para pensar, recordar o concentrarse, autodevaluación e infravaloración de las propias capacidades, excesiva autoobservación (principalmente en los errores), sobreestimación de la probabilidad de cometer errores y fracasar, atención selectiva y expectativas no realistas de las respuestas de los demás; finalmente, en cuanto a las respuestas conductuales, principalmente se da la evitación o escape, sin embargo, cuando esto no es posible se presentan silencios largos, risa inapropiada, tartamudeo, pobre expresión facial, incoherencia, postura rígida, volumen de voz bajo, retorcimiento de manos, voz monótona y gestos de inquietud (Alcalaico, 2012; Navas & Vargas, 2012; Virgen, Lara, Morales, & Villaseñor, 2005).

La FS tiene una alta prevalencia en la etapa de la niñez y la adolescencia: 1.6-8% (Tobías-Imbernón, Olivares-Olivares, & Olivares, 2013). Sin embargo, por lo general, hace su aparición en la adolescencia media o tardía, siendo la edad más frecuente entre los 14 y 16 años (Clark & Beck, 2012; Olivares, Caballo, García-López, Rosa, & López-Gollonet, 2003). Siendo esta etapa un momento particularmente difícil para los jóvenes, debido a que en ésta se

presentan cambios tanto personales (internos) como ambientales, que pueden fungir como factores de riesgo en el desarrollo de un trastorno de ansiedad social. En cuanto a los cambios internos, Bados (2009) menciona que los adolescentes, principalmente aquellos que son más vulnerables ante las situaciones de estrés, se encuentran con mayor probabilidad de desarrollar alguna FS, ya que en esta etapa usualmente se adquiere una mayor consciencia de sí mismo y de los otros como potenciales evaluadores, pudiendo anticipar una evaluación negativa que les genere ansiedad y evitación a las situaciones sociales. Mientras que Grills-Taquechel, Norton, & Ollendick (2010) aluden al cambio ambiental, en tanto que el niño pasa a otra etapa escolar en donde cambia su entorno social y su rol en éste, de igual forma tanto en la escuela como en casa las responsabilidades son mayores, lo que puede generar aumentos en la ansiedad.

Aunque lo común es que la FS se de en la adolescencia, puede presentarse desde una edad más temprana, lo cual suele estar asociado con un desarrollo del trastorno más agravado (Olivares, Rosa, & García-López, 2004). Teniendo en cuenta que los menores poseen pocas habilidades para afrontar ciertas situaciones a causa de su temprana edad, Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, & Gil (2010) recomiendan un amplio involucramiento por parte de los padres en el tratamiento y tener así una intervención oportuna y eficiente. Resulta indispensable llevar a cabo un tratamiento, ya que este trastorno en edades tempranas puede llegar a interferir de manera significativa en la vida del individuo, principalmente en tres ámbitos: 1) el académico, ya que los niños/adolescentes rehúyen a participar en clase, expresar sus dudas o realizar actividades como presentaciones en público, lo que conlleva que sus calificaciones no expongan su capacidad real, e incluso que abandone sus estudios y a largo plazo presente inestabilidad laboral (Lindo, Vega, Lindo, & Cortés, 2005; Mardomingo, 2005); 2) el clínico, en tanto que la FS se ha visto relacionada con otros Trastornos de Ansiedad (Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Específica, Agorafobia, Trastorno de Pánico) o Trastornos de la Personalidad (Trastorno de Personalidad por Evitación), disminuyendo así su calidad de vida, y 3) el de la salud, debido a que en conjunto con la baja calidad de vida, la FS también se ha visto asociada con conductas adictivas (Olivares, 2009).

Aunque este trastorno se desarrolla mayormente en la población infanto-juvenil, eso no significa que la población adulta esté a salvo del problema; si bien es poco frecuente que la FS aparezca de manera repentina a una edad adulta, la falta de un adecuado tratamiento en niños y

adolescentes ocasiona que al llegar a la adultez la fobia siga presente, e incluso probablemente con mayores repercusiones. Así como es un trastorno que no discrimina en edad, tampoco lo hace en cuanto al género, ya que se presenta tanto en hombres como en mujeres; no obstante, Olivares, Caballo, García-López, Rosa, & López-Gollonet (2003) e Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado, & Ruiz-Esteban (2010) mencionan que es más común que las mujeres lo presenten y con niveles más altos en la sintomatología física y cognitiva propia de la FS.

Cada persona fóbica puede presentar rasgos particulares, Gastó & Vallejo (2000) y Varela (2002) mencionan algunas características que es común que presenten todos los fóbicos sociales: hipersensibilidad ante la crítica y el rechazo, valoración negativa de sí mismo, baja autoestima y una gran dificultad para autoafirmarse. Todo ello ocasiona que el individuo se centre demasiado en sí mismo (principalmente en los errores que comete), posea una autoimagen pobre y manifieste inconformidad con su apariencia física, además, subestima sus capacidades y logros al compararlos con los de otras personas. Así mismo, Tayeh, Agámez, & Chaske (2016) señalan que los individuos con FS presentan ideas distorsionadas acerca de las relaciones que tienen con los demás, algunas de ellas son: temor a ser evaluados de manera negativa por los demás, a que los demás los avergüencen, humillen o rechacen, y a ofender a otros, esto ocasiona que se cierren a la posibilidad de relacionarse abiertamente con las personas.

Las personas con FS, especialmente quienes la tienen de manera agravada, suelen presentar problemas comórbidos como baja autoestima, deterioro de las habilidades sociales, consumo de sustancias (drogas), Trastorno de personalidad por evitación, Depresión, Trastorno de Pánico (TP), Trastornos Obsesivos-Compulsivos (TOC), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) e incluso Trastornos Alimentarios o tentativa de suicidios (Clark & Beck, 2012; Staudt, Stortti, Noelia, & Morales, 2006). Estas comorbilidades, suelen tener una alta prevalencia dentro de la población infanto-juvenil; a partir de lo mencionado por Wolff & Ollendick (2006), se podría atribuir el origen de los trastornos comórbidos al hecho de compartir factores de riesgo subyacentes, influyendo en la trayectoria del desarrollo de otro trastorno, así como a la clasificación que se tenga de los trastornos.

Existen diversas situaciones sociales que pueden generar la ansiedad, Camilli & Rodríguez (2008), así como Virgen, Lara, Morales, & Villaseñor (2005), mencionan que algunas de las más comunes son: hablar en público, realizar acciones (comer, escribir, etc.) en presencia de otros, iniciar y mantener conversaciones, asistir a fiestas, actos sociales o entrevistas, hablar con figuras de autoridad, ser observado al entrar en un sitio, estar con la persona por la que siente atracción, hablar por teléfono, entre otras. Aragonès (2013) menciona que si bien la FS se puede presentar únicamente en una situación, también se pueden presentar casos que abarquen casi todas las situaciones sociales; este planteamiento ha sido usado por diversos autores y manuales diagnósticos para hacer una subdivisión dentro de la categoría de Fobias Sociales. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su tercera edición aportó por primera vez esta categorización de la FS, dividiéndola en dos grupos: generalizada y específica (también llamada no generalizada, circunscrita o limitada). La descripción de ambos grupos, tanto por parte del DSM como de otros autores en particular, ha considerado a la Fobia Social Generalizada (FSG) como aquella en la que el individuo presenta miedo a la mayoría de las situaciones sociales, mientras que en la Fobia Social Específica (FSE) la persona sólo teme a una situación en concreto (Olivares, Rosa, & García-López, 2004; Varela, 2002).

Ha existido un fuerte debate acerca de la validez de la distinción entre FSG y FSE, principalmente, a causa de las descripciones que poseen, ya que al ser ambiguas cada terapeuta tiene la libertad de interpretarlas y trabajar con ellas según le parezca; por otra parte, la FS pareciera ser un continuo de gravedad que no hace posible delimitar en donde empiezan y terminan los subtipos (Clark & Beck, 2012; Zubeidat, Sierra, & Fernández-Parra, 2007). Tras esta situación de confusión se han realizado divisiones diferentes que busquen dejar de manera más clara la distinción entre las categorías, ejemplo de ello puede encontrarse en el DSM, ya que en su cuarta y quinta edición realizó cambios al respecto. En el DSM-IV se pueden apreciar tres subtipos de FS: 1) generalizada, referida a quienes experimentan ansiedad en la mayoría de las situaciones sociales, 2) de actuación, para cuando la ansiedad se hace presente en un número determinado de situaciones en las que el individuo debe realizar ciertas actividades frente a un público, y 3) de relación limitada, si se temen tan solo un par de situaciones que impliquen relacionarse con otras personas (Olivares, Rosa, & García-López, 2004). Mientras que en el DSM-V se ve modificado el subtipo de FSG, al ser remplazado por

una categoría relacionada sólo con la ejecución, es decir cuando el miedo fóbico está dirigido a hablar o actuar en público (Tortella-Feliu, 2014). A pesar de toda esta polémica, algunos autores apoyan el uso de la especificación de subtipos de la FS, al afirmar que es clínicamente útil principalmente en el momento del diagnóstico y evaluación.

A lo largo del tiempo, la timidez y la FS han sido descritas, básicamente, como incomodidad ante situaciones sociales y miedo a evaluaciones negativas por parte de los demás. Ambos comparten diversos síntomas psicofisiológicos, cognitivos y conductuales, por lo que se pueden llegar a confundir; algunos síntomas que comparten son: taquicardia, rubor o sudoración al encontrarse en situaciones sociales y déficit en habilidades sociales (Clark & Beck, 2012; Vallés & Vallés, 2011). Sin embargo, no son lo mismo, y así como similitudes también poseen diferencias entre sí; ya que aunque las personas tímidas pueden sentirse incómodas en situaciones que involucren a otras personas, no experimentan la extrema ansiedad anticipatoria de la situación y es menos frecuente la evitación de las mismas, por lo que las limitaciones y el sufrimiento entre ambos fenómenos no es comparable; de igual forma se debe considerar que las personas con FS no necesariamente son tímidas, un individuo puede encontrarse perfectamente al estar rodeado de personas casi bajo cualquier circunstancia pero en alguna situación específica (como dar un discurso) puede presentar los síntomas propios de la FS (Bulacio, 2004; Crist, 2004; Massana & Massana, 2005).

Formalmente, no se tiene un consenso acerca de la relación que existe entre la FS y la timidez, ya que tal como mencionan Vallés & Vallés (2011), existen diversas hipótesis al respecto: la primera de ellas afirma la existencia de un continuo de ansiedad en situaciones sociales, en donde la timidez representa el extremo de menor grado y la FS el extremo opuesto. Una siguiente hipótesis los ve como un mismo fenómeno, mientras que otra los considera completamente diferentes en tanto que uno refiere a un rasgo de personalidad (timidez) y el otro a un trastorno (FS); esta última idea es secundada por Clark & Beck (2012), quienes afirman que la timidez es un rasgo de personalidad que involucra un alto grado de nerviosismo ante la interacción social. Una última hipótesis postula un solapamiento entre ambos en donde la FS es el más amplio.

Como se acaba de mencionar, la polémica de la relación entre la FS con la timidez ha originado diversos planteamientos para explicar dicha relación, sin embargo, esta misma situación ha llegado a hacer que algunos autores nieguen la existencia de la FS como una enfermedad, ya que consideran que la FS no es más que un invento de la industria farmacéutica para hacer crecer el mercado de los medicamentos (Massana & Massana, 2005).

3.1.4.2 Evaluación y diagnóstico

Para llevar a cabo el diagnóstico, antes que nada, es indispensable descartar que la etiología de la ansiedad presentada se deba a cuestiones médicas o algún trastorno psicológico previamente detectado. Una vez que todo ello haya quedado descartado, Navas & Vargas (2012) mencionan que es necesario establecer una categoría nosológica, para lo cual se suelen emplear manuales diagnósticos que faciliten esa tarea; uno de los más comunes es el DSM.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), por medio del DSM en su quinta edición, especifica que la FS tiene como puntos principales el miedo o la ansiedad a estar en situaciones en las que la persona se sienta expuesta a críticas o valoraciones negativas, el cual debe estar presente seis o más meses, provocando un deterioro en su desarrollo como una persona social o laboral, es decir, que lo pueden llevar a dejar de ser funcional dentro de los ámbitos en los que suele desenvolverse.

Al momento de hacer un diagnóstico es importante prestar atención a las sutilezas que implica el trastorno en sí, ya que resulta común confundir la FS con algunos otros trastornos. La FS no es igual al TAG, ya que en esta última se presenta ansiedad en casi todos los ámbitos, mientras que la FS se limita a las situaciones sociales. Asimismo, se debe de diferenciar de la Agorafobia; aunque los fóbicos sociales y agorafóbicos presentan miedo a las situaciones sociales, el origen del temor es diferente; en la Agorafobia se teme experimentar un ataque de ansiedad (las respuestas psicofisiológicas) o perder el control en situaciones sociales, mientras que en la FS el miedo se debe a la preocupación de ser observados y evaluados de forma negativa en situaciones sociales. Finalmente, hay que discriminar cuando se trata de un Trastorno esquizoide de la personalidad y cuando se trata de una FS, mientras que los fóbicos sociales no se relacionan con los demás, aun queriéndolo hacer, a causa del malestar que presentan ante las relaciones sociales, en el Trastorno esquizoide las personas no tienen interés

por relacionarse y prefieren su propia compañía (Massana & Massana, 2005; Olivares, Rosa, & García-López, 2004). Tayeh, Agámez, & Chaske (2016) mencionan que también se debe diferenciar la FS de Trastornos del espectro autista, como el Síndrome de Asperger, ya que aunque en ambos hay un déficit en las habilidades sociales y la presencia de ansiedad ante situaciones sociales, se debe tener presente si la persona es capaz de entablar relaciones sociales adecuadas con personas conocidas, de ser así el diagnóstico se encaminaría a la FS, pero si no es capaz de socializar apropiadamente ni siquiera con su allegados, entonces el diagnóstico se inclinaría hacia otro lado.

Además de los criterios diagnósticos de los manuales, existen otras herramientas para complementar una evaluación. Bados (2009) recomienda ampliamente el uso de la entrevista en conjunto con cuestionarios y autoinformes, así como con la misma observación directa (si es posible) para poder identificar y especificar la conducta de interés a tratar, para de esta manera poder guiar el tratamiento de la mejor manera y así tener un progreso óptimo, evitando un mal diagnóstico. Aguado, Manrique, & Silberman (2003) concuerdan con el uso de las entrevistas, y aseveran que es el mejor método para diagnosticar, ya que es considerada la herramienta principal para la recolección de información. Para una mejor evaluación y diagnóstico sería recomendable que las entrevistas se hicieran no sólo al individuo que se está diagnosticando, sino también a las personas cercanas a éste, tal es el caso de los padres, amigos o profesores, según sea el caso (principalmente cuando se trata de niños o adolescentes).

Por último, es recomendable el uso de escalas para complementar el diagnóstico. Estos cuestionarios ayudarían a evaluar diversos factores, que indicarían una FS, como el componente cognitivo y fisiológico de la ansiedad ante las situaciones sociales, así como la evitación presentada y cómo el trastorno afecta la vida social de la persona en el trabajo, escuela, familia, tiempo libre, relación de pareja, etc. (Aguado, Manrique, & Silberman, 2003; Antona, Delgado, García, & Estrada, 2012). Algunas escalas que servirían para tal propósito son:

- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Esta escala fue creada por Liebowitz en el año de 1987; tiene un total de 24 ítems referentes a las situaciones sociales o de actuación, los cuales se responden de acuerdo a una escala Likert de cuatro grados (de

0 a 3); los ítems se agrupan en dos subescalas (13 ítems en ansiedad de actuación y 11 ítems en ansiedad social), cada una de ellas se evalúa en dos dimensiones (grado de temor/ansiedad experimentado y el grado de evitación), en este sentido, se pueden obtener dos puntuaciones totales entre 0, grado de evitación y de ansiedad nulo, y 72, grado máximo (Bobes, Badía, Luque, García, González, & Dal-Ré, 1999).

- Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE). Zubeidat, Salinas, & Sierra (2007) afirman que dicha escala fue elaborada en el año de 1969, por Watson y Friend, con el propósito de medir la intensidad del temor que experimentan las personas ante la posibilidad de ser evaluadas negativamente por los demás; consta de 30 ítems de tipo dicotómico (verdadero-falso) que dan una puntuación final entre 0 y 30.
- Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD). Al igual que la FNE, esta escala fue hecha por Watson y Friend en 1969; está constituida por 28 ítems que buscan evaluar el malestar subjetivo que presentan los individuos en situaciones sociales (14 ítems) y la evitación o el deseo de evitación de la misma (14 ítems); cada uno de ellos tiene dos posibles respuestas: verdadero o falso (Chaves & Castaño, 2008).
- Escala de Ansiedad en Interacción Sociales (SIAS). Moral, García, & Antona (2013) aseveran que es una escala útil para medir la respuesta de ansiedad ante las interacciones sociales; fue creada por Mattick y Clarke en el año de 1989, y está integrada por 20 ítems (17 redactados en forma positiva y 3 en sentido inverso) que se evalúan según una escala Likert con un rango de 0 a 4, cuanto mayor sea la puntuación final, mayor será la ansiedad social reflejada.
- Escala de Fobia social (SPS). Es una escala que fue elaborada por Mattick y Clarke, en el año de 1989, para medir el miedo a la evaluación negativa de los demás, específicamente a la ansiedad de actuación (es decir, la que se presenta al realizar actividades cotidianas en presencia de otras personas); contiene 20 ítems en escala Likert de cinco puntos, de 0 a 4 (García-López, Olivares, & Vera-Villaruel, 2003).

- Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS). García-López, Olivares, & Vera-Villaruel (2003) aseguran que Bados hizo esta escala, en 1986, con el propósito de evaluar las reacciones afectivas y conductuales que presentes al hablar en público; consta de 30 ítems, 15 enunciados positivos y 15 negativos, con opción de respuesta tipo Likert de seis puntos (de 1 a 6) que da como resultado una puntuación mínima de 30 y máxima de 180 (a mayor puntuación, mayor miedo expresado).
- Escala de Inadaptación (EI). Esta escala fue creada por Echeburúa y Corral en el año de 1987; lo que busca, es determinar el grado de desajuste que ha producido un trastorno en la vida de una persona, tanto a nivel global como en contextos específicos (vida familiar, relación de pareja, vida social, tiempo libre, trabajo o estudios); está constituido por un total de 6 ítems, 5 referidos a ámbitos concretos de la vida diaria y 1 que expresa el grado de inadaptación general, todos ellos se responden según una escala Likert que va de 0 a 5; la puntuación final puede ir de 0, menor inadaptación, a 30, mayor inadaptación (Echeburúa, de Corral, & Fernández-Montalvo, 2000).

De igual manera, resulta útil emplear escalas complementarias para evaluar en conjunto las comorbilidades que la persona pudiera llegar a presentar, algunas de ellas podrían ser el Inventario de Depresión de Beck (BDI), elaborado por Beck y colaboradores en 1961, con 21 ítems que evalúan la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos, cada ítem tiene cuatro posibles respuestas (que se valoran de 0 a 3 puntos), dentro de las cuales la persona elige aquella que describa de manera más acertada su estado en las últimas dos semanas (Melipillán, Cova, Rincón, & Valdivia, 2008); la Escala de Autoestima (SASI), realizada por Rosenberg en el año de 1965, la cual busca conocer la percepción que tiene el individuo de sus atributos personales y de su valor en contextos interpersonales, esto a través de sus 10 ítems (5 redactados en forma positiva y 5 negativos) con respuestas en escala Likert de cuatro puntos que van de extremadamente de acuerdo a extremadamente en desacuerdo (Jurado, Jurado, López, & Querevalú, 2015); y la Escala de Asertividad de Rathus (RAS), que según León & Vargas (2009) fue hecha por Rathus en 1973, con un total de 30 afirmaciones (16 redactadas en sentido desfavorable y 12 en sentido favorable) que intentan determinar el nivel de destreza asertiva de la persona, cada afirmación se evalúa con una escala Likert de seis puntos (de -3, muy poco característico de mí, a +3, muy característico de mí).

3.1.4.3 Tratamientos

Existen diversas formas de tratar la FS, sin embargo, es importante considerar aquellos tratamientos que han demostrado ser realmente útiles. Antony & Swinson (2014), así como Virgen, Lara, Morales, & Villaseñor (2005), aseguran que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la medicación han demostrado, a través de la experiencia empírica, ayudar a superar la ansiedad presentada por los individuos fóbicos ante situaciones sociales, siendo comparados sus resultados con los de otras terapias y con el uso de placebos. Aunque tanto la medicación como la TCC, y la combinación de ambos, han mostrado ser eficaces a corto plazo, a largo plazo se ha encontrado que la TCC resulta ser más eficiente, ya que con un tratamiento farmacológico resulta más probable un retorno de los síntomas.

Tratamiento Farmacológico

Antony & Swinson (2014) mencionan que existen muchos medicamentos para el tratamiento de la FS, pero que en la mayoría de los casos se incluye antidepresivos (paroxítina y venlafaxina) y ansiolíticos (clonazepam), así mismo, aunque con una menor proporción se utilizan betabloqueadores, beta-andrenérgicos y medicamento anticonvulsivo. Algo que hay que tener en consideración es que si bien el tratamiento farmacológico para tratar la FS ha demostrado tener buenos resultados, su uso debe darse únicamente cuando la intensidad de los síntomas así lo justifique.

Se ha encontrado que los fármacos más eficaces en cuanto al tratamiento de la FS son, principalmente, los Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAOs) como la fenelzina, los IMAOs reversibles (moclobemida, brofaromin), sin embargo, tienen diversas desventajas, como tener un 70% de efectividad y en caso de encontrarse en el 30% restante habrá que esperar 15 días para comenzar un nuevo tratamiento, además de tener que llevar una dieta muy estricta que lleva a consecuencias graves si no se cumple. También han resultado eficaces los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS) como la paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram o fluoxetina, los cuales atenúan los síntomas y apoyan a la superación de la ansiedad anticipatoria de las situaciones temidas; los inhibidores de la recaptación de la serotonina y la norepinefrina (venlafaxina); las benzodiazepinas como el alprazolam, clonazepam o bromazepam; y los betabloqueantes (propranolol, atenolol).

Finalmente, algunos antidepresivos como los tricíclicos, bupropin, buspirona, clonidina, ondansetrona, gabapentin o péptidos, han sido utilizados en el tratamiento de la FS (Bados, 2009; Cía, 2003; Olivares, Rosa, & García-López, 2004). Aunque existen diversos medicamentos que han sido empleados, Aragonès (2013) afirma que los ISRS son considerados los fármacos de primera línea.

Al existir tantos medicamentos, es importante tomar en consideración diversas variables, algunas de ellas podrían ser las sugeridas por Antony & Swinson (2014): a) los hallazgos que se han tenido en investigaciones formales sobre los medicamentos disponibles, b) los efectos secundarios que podrían presentarse con determinado medicamento, c) los síntomas que presenta de manera específica el paciente, ya que cada fármaco tiene una función determinada, d) la respuesta que ha presentado la persona a otro medicamentos previamente, e) si el individuo presenta algún otro trastorno psicológico y/o alguna otra enfermedad, f) si la persona ha tenido o tiene problemas relacionados con el abuso de sustancias, y g) el costo del medicamento que se ha de emplear. Todos estos factores deben ser considerados dentro de la primera etapa que conforma la medicación; según estos mismos autores, todo el proceso está conformado por cinco fases:

- I. Evaluación: el médico hace un análisis principalmente a través de cuestionamientos, para decidir la medicación más conveniente.
- II. Iniciación: se comienza a administrar el fármaco en dosis bajas, para que el cuerpo comience a asimilarlo.
- III. Aumento de la dosis: como su nombre lo indica, gradualmente se va aumentando la dosis, hasta que se considera que los síntomas empiezan a presentar mejora.
- IV. Mantenimiento: una vez que la dosis ha sido establecida, se administra el medicamento de manera regular durante un periodo largo de tiempo.
- V. Interrupción: finalmente, cuando se considere que se han logrado los resultados esperados, se comienza reducir la dosis hasta que se retira por completo.

Si bien, los medicamentos antes mencionados han mostrado resultados un tanto favorables a corto plazo, cabe señalar que los beneficios sólo permanecen durante el tiempo en que se consumen, ya que al concluir el tratamiento, es común que los síntomas reaparezcan, es decir que se dé una recaída, además de la probabilidad de crear dependencia. Por esta razón, cuando es necesario hacer uso de fármacos, resulta conveniente considerar la combinación de este tratamiento con algún tipo de psicoterapia que aumente su eficacia.

Terapia Cognitivo-Conductual

Sosa & Capafons (2008) aseguran que la mayoría de las veces, si no es que en todas, el tratamiento de las fobias se beneficia ampliamente con el uso de la técnica de Exposición, debido a que la continua exposición que se da al estímulo temido genera progresivamente una extinción a las reacciones fóbicas. Este planteamiento concuerda con lo mencionado por André (2009), quien afirma que evitar los estímulos fóbicos asegura la persistencia de los miedos, los cuales poseen tres dimensiones (conductual, psicológica y emocional), según lo establecido por dicho autor a través del tratamiento con exposición se van superando progresivamente.

Primeramente, se lucha contra el miedo conductual aprendiendo cómo es que se compone y cómo afrontarlo, disminuyendo de esta manera las limitaciones en su actuar en la vida cotidiana. Posteriormente, debido a los enfrentamientos repetitivos de manera conductual, por la ausencia de las consecuencias las ideas acerca de la situación temida se van modificando paulatinamente, comprendiendo así el miedo psicológico y modificándolo, esclareciendo el pensamiento que se tiene respecto a la situación. Finalmente, debido a la habituación de la situación junto con el cambio de idea, la reacción emocional decrece, dando como resultado final la superación del temor.

Para tratar la FS, la técnica de Exposición puede ser empleada de diversas maneras: en vivo, imaginada o a través del uso de la Realidad Virtual (RV). Para que la Exposición en RV pueda ser eficaz, es necesario que la persona experimente la ilusión de presencia, es decir que viva los escenarios como si fueran reales; éste hecho ha sido investigado por varios autores (Garau, Slater, Pertaub, & Razaque, 2005; Slater, Pertaub, Barker, & Clark, 2006), quienes han encontrado que las personas son sensibles a los entornos virtuales, en tanto que, cuando las

personas son expuestas a situaciones sociales en un entorno virtual, aun estando conscientes de que los individuos no son reales, tienden a modificar su comportamiento en presencia de ellos e incluso muestran síntomas físicos de ansiedad.

Aunque la exposición resulta un pilar valioso y ha sido ampliamente usada para tratar las fobias, existen otras técnicas de la TCC que han demostrado ser eficaces. Todas ellas aportando al cumplimiento de los objetivos que se han planteado dentro de la TCC en cuanto al tratamiento de la FS: a) corregir los errores cognitivos, b) reducir las conductas de evitación, c) aprender a concentrarse en la interacción social y no en las sensaciones internas y pensamientos negativos, y d) aprender habilidades para comportarse de manera óptima en situaciones sociales (Bados, 2009; Cía, 2004).

Como ya se mencionó, entre los tratamientos empleados dentro de esta terapia está la Exposición en todas sus modalidades, pero también existen otros tratamientos como el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), la Reestructuración Cognitiva (RC), el Entrenamiento Autoinstruccional, el Entrenamiento en Relajación, etc. (Bados, 2009; Bulacio, 2004; Camilli & Rodríguez, 2008; Csóti, 2011; Olivares, Rosa, & García-López, 2004). Todas estas técnicas han mostrado ser eficaces al hacer uso de ellas en el tratamiento de la FS, ya sea de manera individual o combinando dos o más de ellas (Acevedo, 2014; Labrador & Ballesteros, 2011; Mulken, Bogels, de Jong, & Louwers, 2001; Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés, & López-Gollonet, 2003; Plaza, 2008; Rosa-Alcázar, Olivares-Olivares, & Iniesta, 2009; Sánchez-García & Olivares, 2009).

A pesar de esa amplia variedad de técnicas, Antony & Swinson (2014) aseguran que para tratar la FS los tres grandes tipos de estrategias terapéuticas son:

- I. Terapia Cognitiva (TC). Esta terapia parte del hecho de que las personas hacen una interpretación negativa de las situaciones, siendo este hecho el que desemboca su malestar. Debido a ello, lo que busca es enseñar a la persona a identificar y modificar sus pensamientos por otros que no le causen molestia; para lograrlo, se induce al individuo a evaluar las evidencias que sustenten sus ideas y a considerar creencias alternativas.

- II. Terapia de Exposición. Consiste en confrontar las situaciones a las que se temen de manera gradual y repetidas veces hasta que el miedo desaparezca; se tiene la creencia de que al estar expuesto repetidas veces a la situación, la persona va adquiriendo evidencia suficiente para poder derrumbar sus creencias negativas, ya que se comienza a dar cuenta de que el peligro que pudiera existir en realidad es mínimo o incluso inexistente.
- III. EHS. Lo que se busca dentro de este entrenamiento es que la persona desarrolle conductas sociales adecuadas y mejore la calidad de aquellas conductas que ya posee, como la comunicación asertiva, iniciar y mantener conversaciones informales, mejorar el contacto visual, etc., lo cual aumenta la probabilidad de obtener una respuesta positiva por parte de los demás.

Aunque las técnicas mencionadas pueden aplicarse de manera independiente, en ocasiones también se pueden combinar para un mejor resultado. Aragonès (2013) indica que una combinación que suele ser bastante eficaz es la Exposición junto con RC. Resulta tan común la combinación de las técnicas, que inclusive se han creado programas estructurados; un ejemplo, muy reconocido y que ha comprobado una gran eficacia al tratar la FS en adolescentes, es el IAFS (Inventario en Adolescentes con Fobia Social), el cual está conformado por cuatro componentes (Olivares, 2011): 1) componente psicoeducativo, 2) EHS, 3) Exposición, y 4) Técnicas de RC (TC de Beck y Terapia Racional Emotiva de Ellis); este inventario ha mostrado resultados favorables en investigaciones como la de Vallés, Olivares, & Rosa (2014).

Una vez que un individuo con FS ha agotado todas las posibilidades que tiene para evadir un evento social que le provoque ansiedad, éste, desde antes de enfrentarse a dicha situación, con tan solo unos cuantos indicadores (palabras, sonidos o imágenes) puede activar respuestas tanto físicas (sudoración, aceleración del ritmo cardiaco y temblores) como psicológicas (autovaloraciones negativas) que podrían establecer, mantener y autoafirmar la FS. Por lo que es conveniente iniciar un tratamiento integral, tomando en cuenta las cogniciones y trabajando en ellas con ejercicios que ayuden a la personas a dejar de centrar la atención en las reacciones que está teniendo, ya que de seguir enfocado en ellas puede desencadenarse un ataque de

pánico, que podría generalizarse a otras situaciones dificultando aún más el tratamiento. Además de esto, se puede trabajar de manera conjunta con métodos conductuales como exposiciones graduales con reforzadores inmediatos, ya que las técnicas de inmersión a pesar de ser muy efectivas, si llegan a ser mal aplicadas o tener algún fallo, podrían resultar en un empeoramiento y hasta retroceso del avance que ya se haya logrado anteriormente. Dichas exposiciones graduales se pueden llevar a cabo con amigos, familiares, o personas del agrado del usuario, con los cuales el usuario se sienta con la confianza suficiente para ir practicando sus ejercicios (Cía, 2003).

La TCC puede llevarse a cabo de manera individual o de manera grupal; ambas modalidades presentan ciertas ventajas. Por un lado, cuando la terapia se realiza de manera individual no resulta tan aversiva como lo podría llegar a ser la terapia grupal (principalmente en las primeras sesiones); al ser una terapia unitaria, el terapeuta ajusta el programa que se va a seguir total y exclusivamente a las necesidades del individuo; y en caso de no poder acudir a alguna sesión, con este tipo de terapia, resultaría factible reponerla en otro momento, lo cual sería imposible de realizar con la terapia colectiva. Por otro lado, la terapia grupal le brinda a los individuos la oportunidad de rodearse con otras personas que están en situaciones similares, pudiendo así aprender con base en aciertos y errores ajenos, además de que les permite interactuar con diversas personas en la realización de ciertos ejercicios de exposición y juego de roles (Antony & Swinson, 2014; Cía, 2004).

Cía (2003) sugiere que en un inicio se den algunas sesiones terapéuticas individuales, para que posteriormente el individuo pueda integrarse a grupos terapéuticos que compartan su diagnóstico; siendo una experiencia muy fructífera en tanto que les permite socializar en un ambiente con óptimas condiciones (seguridad, sinceridad y libre de críticas) y ayudarse mutuamente para superar su problema, principalmente con la realización de técnicas como Psicodrama o el Juego de roles. Así mismo, el autor hace énfasis en la importancia de recordar a las personas que el hecho de dar solución a su problemática más agravante o inmediata, no significa que el tratamiento haya concluido o que no necesiten más de él, ya que se requiere afianzar el conocimiento y consolidar el aprendizaje adquirido; este hecho resulta primordial considerando la tasa de deserción en el tratamiento grupal (10-25%).

Para finalizar, cabe señalar que al momento de hacer una intervención con niños los padres son de suma relevancia, ya que así como pueden ser partícipes en el desarrollo y mantenimiento de un trastorno fóbico (Ollendick & Benoit, 2011), también pueden ser un gran apoyo al momento de la erradicación del mismo. Hannesdóttir & Ollendick (2017) mencionan que los niños con trastorno de ansiedad suelen experimentar emociones negativas que no pueden manejar y suelen recurrir a los demás en busca de ayuda (principalmente para poder escapar o evitar), siendo en estos momentos cuando los padres por lo general al ver que su hijo en una situación que le resulta atemorizante sólo le ayudan a escapar, lo que interfiere con la superación del temor presentado, llegando a provocar que el trastorno se agudice.

En este capítulo se pudieron apreciar las diversas fobias que existen, así como algunas formas de diagnosticarlas y tratarlas. Con esto, se da por concluido la parte teórica del trabajo para dar paso a la realización del metaanálisis propiamente.

Capítulo 4. Metaanálisis

4.1 Método

Búsqueda de la bibliografía

El procedimiento de recolección de los estudios analizados en el trabajo comenzó con búsquedas computarizadas, principalmente en bases de datos como Redalyc, Psicothema, Scielo, Researchgate y Google Académico, filtrando la búsqueda con la implementación de palabras claves como: “fobia social”, “social phobia”, “ansiedad social”, “social anxiety”, “realidad virtual”, “virtual reality”, “terapia cognitivo-conductual”, “cognitive-behavioral therapy”, etc., buscadas en el título y en el resumen. De igual forma, se revisaron las referencias de los estudios recuperados.

Selección de los estudios

Para seleccionar los artículos a utilizar para la realización del metaanálisis se tomaron en consideración los siguientes criterios: a) ser un artículo empírico, b) hacer uso terapéutico de la técnica de Exposición en Vivo o de Exposición en Realidad Virtual (RV), c) que el tratamiento se haya realizado en una población adulta, d) incluir medidas pretest y posttest, y algún seguimiento (opcionalmente), e) aportar datos estadísticos suficientes para el cálculo del tamaño del efecto; f) estar escrito en español o inglés, y g) estar publicado entre el año de 1994 y 2017.

Codificación de los estudios

Las variables que fueron tomadas en consideración para la codificación de los estudios fueron clasificadas tomando en cuenta la propuesta de Lipsey (1994, citado en Moreno, Méndez, & Sánchez, 2000), quien habla de variables sustantivas (de tratamiento, de sujeto y de contexto) y variables extrínsecas. Dentro de las *variables de tratamiento* que se codificaron en este trabajo están: a) técnica de intervención (Exposición en Vivo o Exposición en RV), b) técnicas complementarias; c) programa de seguimiento; f) duración del tratamiento. Las *características de sujeto* que se codificaron son: a) edad media de la muestra; b) género de la muestra. Por lo que respecta a las *características contextuales* se codificaron: el país y el lugar (universidad,

clínica, instituto, etc.) de la intervención, así como, los instrumentos utilizados para el diagnóstico (entrevista, cuestionarios, autoinformes, registros de observación directa, autoobservación). Por último, se registró la siguiente *variable extrínseca*: la fecha de publicación.

Cálculo y análisis de los tamaños del efecto.

El tamaño del efecto (TE) es la medida estadística que permite saber cuánta diferencia existe entre los datos obtenidos en el pretest y el posttest o entre un grupo experimental y el grupo control, según sea el caso. En otras palabras, es el cálculo que determina cuánto cambio produjo un tratamiento. Este resultado puede tomar valores desde $-\infty$ hasta $+\infty$, sin embargo, la literatura muestra que lo más común es que los valores se encuentren entre -3 y +3, pese a ello, es necesario destacar que si el valor obtenido fuera 0 implicaría un efecto nulo (García, 2012).

En este trabajo, se obtuvo el TE del tratamiento de Exposición en Vivo y del tratamiento de Exposición con RV, haciendo la comparación de los datos obtenidos en el pretest y posttest, para posteriormente compararlos; ya que como menciona Cohen (1990, citado en Ledesma, Macbeth, & Cortada de Kohan, 2008), no sólo es importante conocer la ocurrencia de un efecto, sino que resulta de gran relevancia determinar su magnitud.

Para calcular el valor del TE fue empleado un índice de la familia *d*, *d change*, ya que el diseño que se utilizó fue de un sólo grupo con pretest y posttest (Sánchez-Meca, 2008). Este índice se obtiene a través de la ecuación:

$$d = c(m) \frac{\bar{Y}_{pre} - \bar{Y}_{post}}{S_{pre}}$$

Donde \bar{Y}_{pre} hace referencia a la media de los datos obtenidos en el pretest, mientras que \bar{Y}_{post} indica los obtenidos en el posttest, S_{pre} señala la desviación estándar obtenida en el pretest y por último $c(m)$ es un factor de corrección del ligero sesgo positivo que tiene la diferencia media tipificada con muestras pequeñas; este último es calculado mediante:

$$c(m) = 1 - \frac{3}{4n - 5}$$

Tomando como valor n al tamaño de la muestra.

De igual forma, en caso de contar con datos de seguimiento se utilizó la misma ecuación que al principio, con la diferencia de cambiar \bar{Y}_{post} por el valor \bar{Y}_{seg} que es determinado por el valor de la media obtenida de los datos del seguimiento, es decir:

$$d = c(m) \frac{\bar{Y}_{pre} - \bar{Y}_{seg}}{S_{pre}}$$

Una vez obtenido el valor del índice d es necesario calcular la varianza intra-estudio, para posteriormente calcular los límites superior e inferior, lo cual hace necesaria la siguiente formula:

$$V(d) = \frac{n-1}{n(n-3)}(1 + nd^2) - \frac{d^2}{c(m)^2}$$

Los límites nos permiten vislumbrar la confiabilidad (95%) y significancia estadística de d , donde cabe mencionar que si entre los datos comprendidos entre el límite superior (L_s) y el límite inferior (L_i) se encuentra el valor de 0, el TE no es estadísticamente significativo. Para obtener estos límites se requirió la siguiente formula:

$$d \pm 1.96 \sqrt{V(d)} = \begin{cases} L_s = d + 1.96 \sqrt{V(d)} \\ L_i = d - 1.96 \sqrt{V(d)} \end{cases}$$

Una vez calculados los TE de cada uno de los artículos revisados, se pudo determinar cuál de los tratamientos sugiere una mayor eficacia.

4.2 Reporte de artículos

Para tener una mayor comprensión del proceso llevado a cabo, a continuación se ejemplifica dicho proceso con el artículo de Gebara, de Barros-Neto, Gertsenchtein, & Lotufo-Neto (2016).

Los datos se codificaron y representaron de la siguiente manera:

Tabla 1

Codificación y representación del artículo de Gebara, de Barros-Neto, Gertsenchtein, & Lotufo-Neto (2016)

Artículos	Variables moderadoras									
	Variables de tratamiento				Características de sujeto			Características contextuales		
	Técnica de intervención	Técnica complementaria	Seguimiento	Duración del tratamiento	Edad media	Género		País de intervención	Lugar de intervención	Instrumento diagnóstico
F						M				
Gebara, de Barros-Neto, Gertsenchtein y Lotufo-Neto (2016)	Exposición con RV	-	6 meses	12 sesiones (50 min c/u)	39 años	10	11	Brasil	Clínica	LSAS, BDI, ATQ 30, DAS, SDS y SF-36.

Nota: Se presentan los datos demográficos (sexo y edad promedio) de los participantes, las técnicas e instrumentos de diagnóstico utilizados, duración promedio del tratamiento, seguimiento empleado, país donde se llevó a cabo la investigación y el lugar donde se realizó. F= femenino; M= masculino; RV= realidad virtual; ATQ-30= cuestionario de pensamientos automáticos; SF-36= cuestionario de salud; LSAS= escala de ansiedad social de Liebowitz; SDS= escala de discapacidad de Sheehan; DAS= escala de la actitud disfuncional; BDI= inventario de depresión de Beck.

En la tabla 1 se menciona que, en cuanto a las variables de tratamiento, la técnica utilizada en este artículo fue la de exposición con RV, no implementaron técnicas complementarias, tuvo un seguimiento a los 6 meses, el tratamiento tuvo una duración de 12 sesiones de 50 minutos; con respecto a las características de los sujetos, la edad promedio de los participantes fue de 39 años, participaron 10 mujeres y 11 hombres; mientras que en las características contextuales, la tabla muestra que el estudio fue realizado en una clínica de Brasil y los instrumentos de diagnóstico utilizados fueron la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ 30), Escala de la Actitud Disfuncional (DAS), Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS) y Cuestionario de salud (SF-36).

Para poder llevar a cabo las ecuaciones expuestas en el apartado de Cálculo y análisis del TE, los datos que se retomaron del artículo fueron las medias de los datos obtenidos de cada uno de los instrumentos tanto en el pretest como en el postest (y del seguimiento en caso de existir), la desviación estándar obtenida en el pretest y el tamaño de la muestra. En seguida se ejemplificara este procedimiento con el instrumento BDI:

Primero se obtiene el valor del factor de corrección del sesgo que se da al utilizar muestras pequeñas: $c(m)$. Esto para obtener el dato necesario para poder realizar el cálculo d .

$$c(m) = 1 - \frac{3}{4n-5}$$

$$c(m) = 1 - \frac{3}{4(21)-5} = 0.96$$

Una vez obtenido el valor de $c(m)$, se realiza la siguiente ecuación:

$$d = c(m) \frac{\bar{Y}_{pre} - \bar{Y}_{post}}{S_{pre}}$$

$$d = 0.96 \frac{12.62-7}{6.74} = 0.80$$

Y en caso de contar con seguimiento, la ecuación a emplear es:

$$d = c(m) \frac{\bar{Y}_{pre} - \bar{Y}_{seg}}{S_{pre}}$$

$$d = 0.96 \frac{12.62-11.33}{6.74} = 0.18$$

Posteriormente, es necesario calcular la varianza intra-estudio: $V(d)$, para en seguida calcular los límites superior e inferior.

$$V(d) = \frac{n-1}{n(n-3)}(1 + nd^2) - \frac{d^2}{c(m)^2}$$

$$V(d) = \frac{21-1}{21(21-3)}[1 + (21)(0.80)^2] - \frac{0.80^2}{0.96^2} = 0.07$$

Las ecuaciones para determinar los límites (superior e inferior) son:

$$d \pm 1.96 \sqrt{V(d)} = \begin{cases} L_s = d + 1.96 \sqrt{V(d)} \\ L_i = d - 1.96 \sqrt{V(d)} \end{cases}$$

$$L_s = 0.80 + 1.96 \sqrt{0.07} = 1.32$$

$$L_i = 0.80 - 1.96 \sqrt{0.07} = 0.28$$

Una vez realizadas estas ecuaciones con todos los instrumentos, se calculó el promedio para obtener el TE global del artículo, quedando el cuadro de vaciado como en la Tabla 2:

Tabla 2

Compilación del tamaño del efecto (d), (d seg-6m) y los límites (superior e inferior)

Instrumento	d	Ls	Li	d (seg-6 m)
LSAS-Fear	1.25	1.84	0.66	1.08
LSAS-Avoidance	1.37	1.99	0.75	0.99
LSAS-Total	1.39	2.01	0.77	1.1
ATQ	1.08	1.63	0.52	0.87
DAS	0.82	1.34	0.3	0.76
BDI	0.8	1.32	0.28	0.18
SDS-Work/School	1.48	2.13	0.83	1.62
SDS-Social	1.14	1.73	0.55	1.37
SF-36 Pain	0.01	0.45	-0.43	-0.51
SF-36 General Health	0.43	0.91	-0.05	0.22
SF-36 Vitality	0.99	1.54	0.44	0.37
SF-36 Social Aspects	0.81	1.23	0.29	0.16
SF-36 Mental Health	0.93	1.48	0.38	0.56
Promedio	0.96	1.51	0.41	0.67

Nota: El tamaño del efecto (d y d seg-6m) además de los límites superior (Ls) e inferior (Li) en cada instrumento y sus derivados.

Todo este proceso fue realizado con cada uno de los artículos utilizados en el metaanálisis. Habiendo obtenido toda la información correspondiente a cada artículo, se pudo proceder a la redacción de los resultados, presentados a continuación.

4.3 Resultados

Características de los estudios

Para la realización del presente metaanálisis se utilizaron un total de ocho artículos experimentales; cuatro de ellos referidos a la Exposición en Realidad Virtual (ERV) y cuatro donde emplearon la Exposición en Vivo (EV). En la tabla del Anexo 1, se puede apreciar la información (técnica de intervención, técnicas complementarias, programa de seguimiento, duración del tratamiento, edad media de la muestra, género de la muestra, país y el lugar de la intervención, instrumentos utilizados para el diagnóstico y la fecha de publicación) de cada uno de los artículos.

Por otro lado, la Tabla 3 contiene un condensado de la información de los cuatro artículos de ERV y los cuatro de la EV. De esta manera, en cuanto a los artículos de ERV, resulta evidente que fueron un total de 77 participantes (48 mujeres y 29 hombres) con una edad media de 31.12 años. Estas investigaciones se llevaron a cabo en clínicas, hospitales o universidades de Brasil, París e Israel, en cada una de ellas la intervención tuvo una duración de 12 sesiones, antes y después de éstas se realizaron mediciones (pretest y postest) mediante los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30), Escala de la Actitud Disfuncional (DAS), Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS), Cuestionario de Salud SF-36, Escala de Asertividad de Rathus (RAS), Cuestionario Sobre los Contextos Sociales que Inducen la Ansiedad (SCIA), Miedo a la evaluación negativa (FNE), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), Escala de Impresión Clínica Global (CGI) y Autoafirmaciones durante una situación de hablar en público (SSPS/AHP); de igual forma, sólo en uno de los artículos (Gebara, de Barros-Neto, Gertsenchtein, & Lotufo-Neto, 2016) se tomaron nuevamente estas medidas a los seis meses de haber concluido el tratamiento. Finalmente, cabe mencionar que a pesar de que la ERV era la técnica que se empleó, uno de los artículos (Wallach, Safir, & Bar-Zvi, 2009) hizo uso, adicionalmente, de la técnica de Reestructuración Cognitiva (RC).

Tabla 3

Condensado de la información de los artículos empleados en el metaanálisis

TÉCNICA	MUESTRA			EDAD	TÉCNICAS ADICIONALES	SEG.	DURACIÓN	INSTRUMENTOS	PAÍS	LUGAR DE INTERVENCIÓN
	F	M	TOTAL							
RV (No. 4)	48	29	77	31.12 años	RC	6 meses	12 sesiones	LSAS, BDI, ATQ 30, DAS, SDS, SF-36, RAS, SCIA, FNE, HAD, CGI y SSPS	Brasil, París e Israel	Clínica, Hospital y Universidad
Exp. en Vivo (No. 4)	105	48	153	22.52 años	RC, EHS, Auto-instrucciones, Exposición imaginada, Respiración, Biblioterapia y Psicoeducación	5, 6 y 12 meses	10 sesiones	BDI, SCL-90-R, EI, SASI, RAS, FNE, SAD, SPAI, SPS, SIAS, SSPS (AHP), NSSTE, CCHP y STAI-E	Colombia y España	Universidad

Nota: Se presentan los datos demográficos (sexo y edad promedio) de los participantes, las técnicas e instrumentos de diagnóstico utilizados, duración promedio del tratamiento, seguimiento empleado, país donde se llevó a cabo la investigación y el lugar donde se realizó. No.= número de investigaciones; F= femenino; M= masculino; Seg.= seguimiento; RV= realidad virtual; Exp.= exposición, RC= Reestructuración cognitiva; EHS= entrenamiento en habilidades sociales; SSPS/AHP= autoafirmaciones durante una situación de hablar en público; CCHP= cuestionario de confianza para hablar en público; ATQ-30= cuestionario de pensamientos automáticos; SF-36= cuestionario de salud; SCIA= cuestionario sobre los contextos sociales que inducen la ansiedad; SIAS= escala de ansiedad en la interacción social; LSAS= escala de ansiedad social de Liebowitz; HAD= escala de ansiedad y depresión hospitalaria; SAD= escala de ansiedad y evitación social; RAS= escala de asertividad de Rathus; SASI= escala de autoestima; SDS= escala de discapacidad de Sheehan; SPS= escala de fobia social; CGI= escala de impresión clínica global; EI= escala de inadaptación; DAS= escala de la actitud disfuncional; STAI= inventario de ansiedad estado-rasgo; SPAI= inventario de ansiedad y fobia social; BDI= inventario de depresión de Beck; SCL-90-R= listado de síntomas; FNE= miedo a la evaluación negativa; NSSTE= número de situaciones sociales temidas/evitadas (actuación/interacción).

En cuanto a la EV, los artículos arrojaron los siguientes datos: un total de 153 participantes (105 mujeres y 48 hombres) con una edad promedio de 22.52 años; las intervenciones de estos artículos se llevaron a cabo en universidades de Colombia y España, duraron en promedio 10 sesiones y tuvieron un programa de seguimiento de 5, 6 y/o 12 meses; los instrumentos que se utilizaron para realizar las medidas en el pretest, postest y seguimiento, son: BDI, RAS, FNE, SSPS (AHP), Listado de Síntomas (SCL-90-R), Escala de Inadaptación (EI), Escala de Autoestima (SASI), Escala de Ansiedad y Evitación Social (SAD), Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI), Escala de Fobia Social (SPS), Escala de Ansiedad en la Interacción Social (SIAS), Número de situaciones sociales temidas/evitadas de Actuación/Interacción (NSSTE), Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (CCHP) e Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E); finalmente, las técnicas adicionales que utilizaron en los artículos, son: la RC, Exposición Imaginada, Técnica de Respiración, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Técnica de Autoinstrucciones, Biblioterapia y Psicoeducación.

Calculo y análisis de los tamaños del efecto (TE)

Recordemos que para calcular el TE, se hizo uso de la diferencia media tipificada, índice d , el cual fue empleado sobre las medidas tanto del postest como del seguimiento (en caso de existir).

En la Tabla 4, se hace la presentación de los datos estadísticos que se pudieron obtener de cada uno de los artículos (tanto de los de RV, como los de Exposición en vivo): el TE (d_+) en el momento seguido a la intervención (postest) y en su seguimiento ($d_{+ seg.}$), así como también, sus límites superior (L_s) en inferior (L_i).

Tabla 4

Compilación del tamaño del efecto (d_+) y los límites (superior e inferior) obtenidos en cada artículo

REALIDAD VIRTUAL (RV)	ARTÍCULOS	d_+	L_s	L_i	d_+ (seg. 6 m)	EXPOSICIÓN EN VIVO (EV)	ARTÍCULOS	d_+	L_s	L_i	d_+ (seg. 6 m)
		Gebara et al. (2016)	0.96	1.51	0.41		0.67		Antona y García (2008)	0.59	0.97
	Klinger et al. (2005)	1.71	2.46	0.95	-		Maciá y García-López (1995)	2.5	8.03	-3.03	*3.14
	Wallach et al. (2009)	1.53	1.93	1.13	-		Olivares-Olivares, et al. (2012)	2.55	3.73	1.38	3.97
	Wallach et al. (2011)	0.28	1.04	-0.49	-		Salaberría y Echeburúa (1995)	0.98	1.64	0.44	1.52

Nota: d_+ = tamaño del efecto; L_s = límite superior; L_i = límite inferior; Seg. 6 m= seguimiento de seis meses. Estos datos se calcularon a través del promedio de los datos obtenidos mediante los instrumentos diagnósticos de cada artículo.

- En estas investigaciones no se empleó un programa de seguimiento.

*A diferencia de los demás artículos de EV, el seguimiento empleado fue de 5 meses.

Primero se procederá a describir los resultados de los artículos de RV; en cuanto a Gebara, de Barros-Neto, Gertsenchtein, & Lotufo-Neto (2016), se obtuvo un tamaño del efecto de 0.96, un límite superior de 1.51, un límite inferior de 0.41, y un tamaño del efecto en el seguimiento a los 6 meses de 0.67; con respecto a Klinger, y otros (2005), el tamaño del efecto obtenido fue de 1.71, un límite superior de 2.46 y un límite inferior de 0.95, no hubo un seguimiento; para Wallach, Safir, & Bar-Zvi (2009) se obtuvo un tamaño del efecto de 1.53, un límite superior de 1.93 y un límite inferior de 1.13, y tampoco hubo un seguimiento; para Wallach,

Safir, & Bar-Zvi (2011) los datos fueron de 0.28 para el tamaño del efecto, 1.04 en el límite superior y -0.49 en el límite inferior, y al igual que en los dos artículos anteriores no hubo seguimiento.

Respecto a los artículos de EV para Antona & García (2008) los datos fueron de 0.59 en el tamaño del efecto, 0.97 en el límite superior, 0.22 en el límite inferior y 0.45 en el tamaño del efecto del seguimiento a los 6 meses; para Maciá & García-López (1995) tuvo un tamaño del efecto de 2.5, un límite superior de 8.03, un límite inferior de -3.03 y 3.14 en el tamaño del efecto del seguimiento a 5 meses; para Olivares-Olivares, Maciá, & Olivares (2012) los datos fueron de un tamaño del efecto de 2.55, un límite superior de 3.73, un límite inferior de 1.38 y un tamaño del efecto en el seguimiento a 6 meses de 3.97; y por último para Salaberria & Echeburúa (1995) se obtuvo un 0.98 de tamaño del efecto, 1.64 en el límite superior, 0.44 en el límite inferior y 1.52 en el tamaño del efecto del seguimiento de 6 meses.

Para poder interpretar el significado de los datos recientemente expuestos, se toma en cuenta lo descrito por Cohen (1988), quien propone tomar los valores d cercanos a 0.20 como un efecto bajo, cercanos a 0.50 como efecto medio y cercanos a 0.80 como efecto alto. Por consiguiente, respecto a los datos obtenidos del postest con excepción de Wallach, Safir, & Bar-Zvi (2011) que sólo alcanzó un efecto bajo y de Antona & García (2008) que obtuvo con efecto medio, el resto de los artículos adquirieron un efecto alto; mientras que en los datos del seguimiento la excepción fue de Gebara, de Barros-Neto, Gertsenchtein, & Lotufo-Neto (2016) y nuevamente Antona & García (2008), ambos con un efecto medio, el resto de los artículos obtuvieron puntajes que muestran un efecto alto.

En cuanto a los límites, recordemos que si el cero se encuentra dentro del rango formado entre el L_s y el L_i , se entiende que el índice d calculado no es estadísticamente significativo (García, 2012); con esto en mente y observando la Tabla 4, se puede ver que tanto Wallach, Safir, & Bar-Zvi (2011), con un L_s de 1.04 y un L_i de -0.49, como Maciá & García-López (1995), con un L_s de 8.03 y un L_i de -3.03, no poseen un TE significativo.

Finalmente, en la Tabla 5 se pueden apreciar los TE de los artículos de ERV y EV, donde se obtuvo un promedio de 1.12 en el postest y 0.67 en el seguimiento para los de ERV (es importante resaltar, que este último dato pertenece al único artículo que implemento un

seguimiento); paralelamente a esto, en los artículos de EV los puntajes que se obtuvieron fueron 1.65 y 2.27 respectivamente. Permitiendo vislumbrar que aunque el puntaje obtenido por EV son mayores en los dos caso, todos los datos se encuentran en la categoría denominada por Cohen (1988) como efecto alto, a excepción del TE del seguimiento de ERV, el cual se acerca más a la categoría de efecto medio.

Tabla 5

Tamaño del efecto (d₊) por técnica de intervención

TÉCNICA	(d ₊)	(d ₊) seg.
Realidad Virtual (RV)	1.12	*0.67
Exposición en Vivo (EV)	1.65	2.27

Nota: d₊= tamaño del efecto; Seg.= seguimiento. Estos datos se calcularon a través del promedio del tamaño del efecto de los artículos de cada técnica (RV y EV).

**Este dato corresponde únicamente a un artículo, ya que sólo una investigación de RV contó con seguimiento.*

4.4 Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue realizar un metaanálisis, a partir de las publicaciones que se habían realizado hasta el momento, obteniendo la eficacia de las técnicas de Exposición en Vivo (EV) y de Exposición en Realidad Virtual (ERV) utilizados para tratar la Fobia Social en personas adultas, permitiendo así determinar cuál de ellos tenía una mayor efectividad.

A raíz del metaanálisis realizado se encontró que tanto el tratamiento de ERV como el de EV cumplen satisfactoriamente con su objetivo al mejorar la condición inicial de sus participantes. Aunque ambas técnicas reflejaron resultados satisfactorios, cabe resaltar que la Realidad Virtual ofrece un mayor control de las situaciones, además de contar con el número de repeticiones de la situación que sean necesarias y adecuar los escenarios a las necesidades del paciente. A pesar de ello, se encontró una mejoría mayor en la EV, lo cual podríamos atribuir a la implementación de tratamientos complementarios, ya que en los cuatro artículos la EV era complementada con técnicas como la Reestructuración Cognitiva (RC), Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), Técnica de Respiración, Exposición Imaginada, Técnica de Autoinstrucciones, Biblioterapia y Psicoeducación. Mientras que sólo uno de los artículos de ERV hizo uso de una de estas técnicas complementarias (RC) lo cual suponemos se debe a que

al ser la ERV una técnica nueva se pretende obtener su eficacia *per se* y no verse obstruida por la eficacia de tratamientos alternos, aunque sería óptimo determinar si se obtienen resultados similares aun con estos complementos.

En cuanto al seguimiento, cabe resaltar que si bien la EV resultó obtener un puntaje más alto que la ERV, esto puede adjudicarse a que a diferencia de la EV, en donde todos los artículos contaron con un programa de seguimiento, la RV sólo contó con un artículo con programa de seguimiento. Lo cual, al igual que en el párrafo anterior, lo atribuimos a lo novedoso del tratamiento, ya que las investigaciones se centran en la eficacia inmediata; aunque se esperaría que las investigaciones posteriores lo tomen en cuenta y realicen los seguimientos pertinentes que permitan demostrar si los efectos perduran.

Finalmente, creemos que el hecho de que en los artículos de Wallach, Safir, & Bar-Zvi (2011) y Maciá & García-López (1995) no se haya alcanzado una significancia estadística, a causa de que el rango comprendido entre los límites inferior y superior contiene el cero, fue debido a una muestra reducida; ya que el número de participantes en estos casos fueron 10 y 4 respectivamente, mientras que en el resto de los artículos fueron de 16 hasta 85 participantes.

4.1 Limitaciones

Como ya se mencionó en algún momento, la escases de artículos experimentales fue una importante limitación para esta investigación, consideramos que esta situación puede deberse a que la implementación de la Realidad Virtual dentro del área clínica es un hecho un tanto reciente y lo que nos mencionan Bornas, Rodrigo, Barceló, & Toledo (2002) deja ver que la resistencia a las nuevas tecnologías en el ámbito terapéutico es una de las razones que limitan la realización de estos, ya que como nos dejan apreciar, factores como la resistencia al cambio, posible percepción de amenaza por parte de los profesionistas a ser suplantados (debido a que la resistencia es mayormente marcada por parte de los terapeutas que por parte de los pacientes), la falta de interés y por tanto de difusión de estos métodos tecnológicos, y por último el hecho de que artículos hayan mostrado una eficacia similar a los tratamientos tradicionales, hacen que los terapeutas opten por mantener el modelo tradicional, lo cual podríamos atribuir a las trabas propias de las brechas generacionales; sin embargo, debido al ritmo de vida que se vive en la actualidad, es de esperarse que los pacientes opten por

alternativas como la terapia por internet, teléfono, etc., ya que su accesibilidad y practicidad superan al método tradicional al ahorrar mucho tiempo ya sea de traslado o de espera al tener que adaptarse a una agenda que en ocasiones en los servicios públicos de salud son muy saturados y por tanto las citas se ven obligadas a estar espaciadas una de la otra por semanas e inclusive por meses, siendo lo contrario con las nuevas tecnologías en las que puede haber inmediatez al momento de presentarse alguna dificultad.

4.2 Sugerencias

Como mencionan Flores, Cárdenas, Durán, & de la Rosa (2014) es imprescindible que haya una mayor difusión de la implementación de las nuevas tecnologías en la psicoterapia, ya que han demostrado que en el contexto de nuestro país estos métodos destacan por sus beneficios, pero son escasamente conocidos.

Para finalizar el trabajo nos gustaría ofrecer algunas sugerencias para el uso de la Realidad Virtual como alternativa en el tratamiento de la FS en niños y adolescentes, ya que como se mencionó a inicios del trabajo, este padecimiento se presenta incluso desde la infancia.

Antes que nada, resulta primordial descartar la existencia de una predisposición a mareos y molestias subjetivas para consecuente a ello brindar un tratamiento oportuno, ya que como mencionan Guerrero & Valero (2013) estos son efectos secundarios importantes en el uso de la RV, por lo que es necesario realizar una evaluación que determine la conveniencia de hacer uso de esta alternativa de tratamiento y en caso de que su uso sea viable ubicar la manera más pertinente de contrarrestar dichos efectos, como lo mencionan dichos autores, que son la implementación de sesiones cortas y espaciadas entre sí para disminuir los efectos y permitir la adaptación del paciente a este método de terapia.

Una vez descartados o resueltos los inconvenientes del uso de la Realidad Virtual, para la implementación de este tratamiento, es necesario contemplar algunas adecuaciones que se tendrían que hacer para aumentar la probabilidad de eficacia en la población joven. En primer lugar, es importante que los escenarios sean llamativos, acordes a la edad de la población en que se vaya a utilizar (niños o adolescentes) y al contexto en donde se ubican geográficamente; de igual forma, se deben tener presente a los individuos virtuales con quien

se realizara la interacción, ya que salvo en situaciones específicas (como que el problema del paciente tenga que ver con la interacción con adultos), podría ser más benéfico que estos individuos fueran acordes a las edades correspondientes de los pacientes para una mejor respuesta del tratamiento.

Como comentario final, sugerimos que en la medida de lo posible se realice una mayor inversión de capital para el desarrollo de mejoras gráficas, como en la industria del entretenimiento, pudiendo hacer un trabajo multidisciplinario en conjunto con diseñadores de videojuegos ya que con base en las evidencias de los artículos revisados pudimos notar que la calidad gráfica para su uso en la psicoterapia está por debajo de la implementada por la industria del entretenimiento, y consideramos que dicha mejora podría llevar a los pacientes a sentirse más inmersos en el mundo virtual y por tanto a mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA¹

- Acevedo, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. Colombia: Universidad Católica de Colombia.
- Aguado, H., Manrique, E., & Silberman, R. (2003). Estrategias de evaluación cognitivo-conductual de la fobia social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 29-45.
- Ajno, G. (2013). Fobia. *Revista de actualización clínica*, 1815-1818.
- Alcalaico, M. (2012). Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en adolescentes. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 61-68.
- André, C. (2009). *Psicología del miedo: Temores, angustias y fobias*. Barcelona: Kairós.
- Anguiano, S. (2013). Inoculación del estrés. En P. Valladares, & A. Rentería, *Psicoterapia Cognitivo-Conductual: técnicas y procedimientos* (págs. 211-237). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- *Antona, C. J., & García, L. J. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 281-292.
- Antona, C. J., Delgado, M., García, L. J., & Estrada, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 35-48.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2014). Parte II: Cómo superar la ansiedad social y disfrutar de la vida. En M. M. Antony, & R. P. Swinson, *Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social* (págs. 103-358). España: Desclée de Brouwer.
- Aragonès, E. (2013). El abordaje de las fobias. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 347-350.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. EUA: American Psychiatric Publishing.
- Aymerich-Franch, L. (2013). La realidad virtual como herramienta de estudio de fenómenos psicológicos y sociales. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 102-115.
- Bados, A. (2005a). Evaluación. En A. Bados, *Agorafobia y pánico* (págs. 28-41). España: Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (2005b). *Fobias específicas*. España: Universidad de Barcelona.

¹ Las referencias marcadas con un asterisco (*) indican los estudios comprendidos en el metaanálisis.

- Bados, A. (2009). *Fobia social: naturaleza, evaluación y tratamiento*. España: Universidad de Barcelona.
- Bados, A., & García, E. (2010). *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. España: Universidad de Barcelona.
- Bados, A., & García, E. (2011). Exposición mediante realidad virtual y realidad aumentada. En A. Bados, & E. García, *Técnicas de exposición* (págs. 57-58). España: Universidad de Barcelona.
- Baeza, J. C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M., & Guillamón, N. (2008). Conceptos: ¿De qué hablamos? En J. C. Baeza, G. Balaguer, I. Belchi, M. Coronas, & N. Guillamón, *Higiene y prevención de la ansiedad* (págs. 1-52). España: Díaz de Santos.
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Dias, H., Bassi, A., y otros. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 75-81.
- Beck, A. T. (2014). Parte I: Aspectos teóricos y clínicos. En A. T. Beck, G. Emery, & R. Greenberg, *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva* (págs. 51-266). España: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). Otras técnicas cognitivas y conductuales. En J. Beck, *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización* (págs. 235-272). Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E. (2008). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado, & M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (págs. 710-743). España: Pirámide.
- Becoña, E., & Oblitas, L. A. (1997). Terapia Cognitivo-Conductual: antecedentes, técnicas. *Revista Liberabit*, 49-70.
- Bello, S., Chamorro, H., Orellana, M., Cisternas, L., & Salinas, M. (2015). Experiencia de un programa de cesación del tabaquismo en el Instituto Nacional del Tórax. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 94-100.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., & Dal-Ré, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina clínica*, 530-538.
- Borda, M., Pérez, M., & Avargues, M. L. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de fobia a la muerte. *Análisis y Modificación de Conducta*, 91-114.
- Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F., & Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 533-541.

- Botella, C., García-Palacios, A., Baños, R. M., & Quero, S. (2007). Realidad Virtual y Tratamientos Psicológicos . *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 17-31.
- Bulacio, J. M. (2004). Trastornos de ansiedad. En J. M. Bulacio, *Ansiedad, estrés y práctica clínica: un enfoque moderno, humanista e integral* (págs. 51-72). Argentina: Akadia.
- Caballo, V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 403-444). España: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Andrés, V., & Bas, F. (2007). Fobia social. En V. E. Caballo, *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1: Trastornos por ansiedad sexuales, afectivos y psicóticos* (págs. 25-87). España: Siglo XXI.
- Camilli, C., & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 115-137.
- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 447-452.
- Cárdenas, E. M., Fera, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. México : Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Castro, Ú., Larroy, C., & Gómez, M. (2010). Intervención cognitivo conductual para pacientes adolescentes y sus padres en el tratamiento de la bulimia nerviosa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 49-60.
- Chaves, L., & Castaño, C. M. (2008). Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población colombiana. *Acta colombiana de Psicología*, 65-76.
- Cía, A. H. (2003). Introducción a la ansiedad. En A. H. Cía, *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico* (págs. 31-81). Buenos Aires: Polemos.
- Cía, A. H. (2004). Terapia Cognitiva-Conductual . En A. H. Cía, *Trastorno de ansiedad social: manual diagnóstico y tratamiento* (págs. 233-267). Buenos Aires: Polemos.
- Cía, A. H. (2006). ¿Qué es la fobia y cuáles son sus síntomas? En A. H. Cía, *Como superar el pánico y la agorafobia: Manual de autoayuda* (págs. 26-30). Buenos Aires: Polemos.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). Terapia cognitiva de la fobia social. En D. A. Clark, & A. T. Beck, *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (págs. 551-640). España: Desclée de Brouwer.
- Cohen, J. (1988). The t Test for Means. En J. Cohen, *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (págs. 19-74). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Craske, M. G., Vansteenwegen, D., & Hermans, D. (2008). Introducción: factores etiológicos de los miedos y las fobias. En M. G. Craske, D. Vansteenwegen, & D. Hermans, *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implementaciones clínicas* (págs. 1-14). México: Manual Moderno.
- Crist, J. J. (2004). Los miedos incontrolables. En J. J. Crist, *Cómo superar los miedos y preocupaciones: una guía para niños* (págs. 61-69). Barcelona: Oniro.
- Csóti, M. (2011). Los trastornos de ansiedad. En M. Csóti, *Fobia escolar, ataques de pánico y ansiedad en niños* (págs. 51-84). Buenos Aires: Lumen.
- Culver, N. C., & Craske, M. G. (2011). Terapia Cognitiva Conductual para Fobias Específicas. En R. Rodríguez, & G. Vetere, *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de ansiedad* (págs. 109-152). Buenos Aires: Polemos.
- Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L.-G. (2009). Intensive Treatment of Specific Phobias in Children and Adolescents. *Cognitive and behavioral practice*, 294-303.
- Díaz, M. I., Villalobos, A., & Ruiz, M. (2012). La desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En M. Ruiz, M. I. Díaz, & A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (págs. 237-276). España: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2002). Miedo normal y miedo patológico. En V. J. Domínguez, *Los dominios del miedo* (págs. 89-100). España: Biblioteca nueva.
- Echeburúa, E., de Corral, P., & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 325-340.
- Fiesta-Teque, L., Nuñez, P., & Vivar, R. (2011). Agorafobia en la infancia: A propósito de un caso. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 213-218.
- Flores, L. A., Cárdenas, G., Durán, X., & de la Rosa, A. (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana*, 7-15.
- Garau, M., Slater, M., Pertaub, D. P., & Razzaque, S. (2005). The Responses of people to Virtual Humans in a Immersive Virtual Environment. *Presence*, 104-116.
- García, E. S. (2012). *Realidad Virtual y nuevas tecnologías en el trastorno de Ansiedad Social: Un estudio meta-analítico*. España: Universidad de Murcia.
- García-López, L. J., Olivares, J., & Vera-Villarreal, P. E. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamérica de Psicología*, 151-160.

- Gastó, C., & Vallejo, J. (2000). Aspectos históricos. En J. Vallejo, & C. Gastó, *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (págs. 3-10). España: Masson.
- *Gebara, C. M., de Barros-Neto, T. P., Gertsenchtein, L., & Lotufo-Neto, F. (2016). Virtual reality exposure using three-dimensional images for the treatment of social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24-29.
- Grills-Taquechel, A. E., Norton, P., & Ollendick, T. H. (2010). A longitudinal examination of factors predicting anxiety during the transition to middle school. *Anxiety, stress, and coping*, 493-513.
- Güerre, M. J., & Ogando, N. (2014). Miedos y fobias en la infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 264-268.
- Guerrero, B., & Valero, L. (2013). Efectos secundarios tras el uso de realidad virtual inmersiva en un videojuego. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 163-178.
- Hannesdóttir, D. K., & Ollendick, T. H. (2017). Emotion regulation and anxiety: Developmental psychopathology and treatment. En C. A. Essau, S. Leblanc, & T. H. Ollendick, *Emotion Regulation and Psychopathology in Children and Adolescents* (págs. 154-170). United Kingdom: Oxford University Press.
- Heinze, G., & Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Hernández, L., Benjet, C., Andar, M. A., Bermúdez, G., & Gil, F. (2010). *Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Hernández, M. A. (2010). *Tratamiento Cognitivo Conductual de la depresión, un análisis de caso*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., García-Fernández, J. M., García-López, L. J., Delgado, B., & Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 376-381.
- Jurado, D., Jurado, S., López, K., & Querevalú, B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 18-22.
- *Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., y otros. (2005). Virtual Reality Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Social Phobia: A preliminary controlled study. *CyberPsychology and Behavior*, 76-88.
- Labrador, F. J., & Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 560-585.

- Laval, E., & Lepe, P. (2008). Una visión histórica de la rabia en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 2-7.
- Ledesma, R., Macbeth, G., & Cortada de Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: Revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico ViSta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 425-439.
- Lega, L. I. (1991). La Terapia Racional-Emotiva: una conversación con Albert Ellis. En V. E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 475-492). España: Siglo XXI.
- León, M., & Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 187-207.
- Lindo, L., Vega, J., Lindo, M., & Cortés, J. (2005). Prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del colegio Salesiano de Breña. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 228-240.
- *Maciá, D., & García-López, L. J. (1995). Fobia Social: Tratamiento en grupo del miedo a hablar en público de cuatro sujetos mediante un diseño n=1. *Anales de psicología*, 153-163.
- Marco, C., & Chóliz, M. (2013). Tratamiento Cognitivo-Conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 125-141.
- Mardomingo, M. J. (2005). Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatría Integral*, 125-134.
- Massana, J., & Massana, G. (2005). Fobia social. En J. Massana, & G. Massana, *Trastornos de ansiedad: el miedo sin causa* (págs. 79-90). España: Morales I. Torres.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, M., Rojas, E., Fleiz, C., y otros. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. En J. J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (págs. 79-89). Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud .
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 59-69.
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Moreno, P. (2010). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares, & F. X. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 409-442). España: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Ros, M. (2010). Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Olivares, & F. X. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 337-370). España: Biblioteca nueva.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1-6.

- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2009). Tratamiento Cognitivo Conductual de la fobia tipo sangre-inyección-daño. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1-4.
- Montes, E., Plasencia, M., Amela, R., Pérez, M., Bañón, N., Lobato, J., y otros. (2014). Uso adecuado de Benzodicepinas en insomnio y ansiedad. *Boletín Canario de uso racional del medicamento del SCS*, 1-8.
- Moral, J., García, C. H., & Antona, C. J. (2013). Validación de la Escala de ansiedad en la interacción social en estudiantes universitarios mexicanos. *Pensamiento Psicológico*, 27-42.
- Moreno, P. J., Méndez, F. X., & Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 346-352.
- Mulkens, S., Bogels, S. M., de Jong, P. J., & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of anxiety disorders*, 413-432.
- Muñoz, F. J., & Ruiz, S. L. (2007). Terapia Cognitivo-Conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 98-110.
- Muñoz, M., & Larroy, C. (2008). Inoculación de estrés. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado, & M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (págs. 744-775). España: Pirámide.
- Nardone, G. (2007). Formación y persistencia de los trastornos fóbicos. En G. Nardone, *Miedo, Pánico, Fobias: la terapia breve* (págs. 61-86). Barcelona: Herder.
- Navas, W., & Vargas, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 497-507.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 527-554). España: Siglo XXI.
- Olguin, M., Rivera, I., & Hernández, E. (2006). Introducción a la Realidad Virtual. *Polibits*, 11-15.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 7-21.
- Olivares, J. (2011). Catorce años de Intervención en Adolescente con Fobia Social. *Informació psicològica*, 90-109.
- Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I., & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 405-427.
- Olivares, J., Rosa, A. I., & García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia: el miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.

- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M., & López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 599-622.
- *Olivares-Olivares, P., Maciá, D., & Olivares, J. (2012). Terapia para la Eficacia Social y Tratamiento de Adultos-Jóvenes Españoles con Fobia Social Generalizada. *Terapia Psicológica*, 57-67.
- Ollendick, T. H., & Benoit, K. E. (2011). A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clinical child and family psychology review*, 81-91.
- Ollendick, T. H., Öst, L.-G., Reuterskiöld, L., & Costa, N. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behaviour Research and therapy*, 827-831.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. I., & Inglés, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 193-204.
- Plaza, M. (2008). Uso de ambientes virtuales y selección de parámetros de medidas en la aplicación para el tratamiento de fobias. *Ingeniería y Desarrollo*, 10-25.
- Ramírez, J., & González, M. T. (2012). Estrategias Cognitivo-Conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en Psicología*, 26-38.
- Rivière, Á. (1991). Orígenes históricos de la psicología cognitiva: paradigma simbólico y procesamiento de la información. *Anuario de Psicología*, 129-155.
- Rodríguez, P. (2008). Ansiedad, estrés y activación. En P. Rodríguez, *Ansiedad y sobreactivación* (págs. 23-46). España: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez-Naranjo, C. (2009). Los comienzos de la intervención psicológica. En C. Rodríguez-Naranjo, *De los principios de la psicología a la práctica clínica* (págs. 15-54). España: Pirámide.
- Rojas, E. (1998). *La ansiedad: cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Madrid: Ediciones temas de hoy.
- Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., & Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 23-42.
- Ruiz, M., Díaz, M. I., Villalobos, A., & González, M. P. (2012). Terapia Cognitiva. En M. Ruiz, M. I. Díaz, & A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (págs. 363-410). España: Desclée de Brouwer.
- *Salaberria, K., & Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 151-179.

- Sánchez-García, R., & Olivares, J. (2009). Intervención temprana en niños y adolescentes con fobia social. *Anuario de Psicología*, 75-88.
- Sánchez-Meca, J. (2008). Meta-análisis de la investigación. En M. Á. Verdugo, M. Crespo, M. Badía, & B. Arias, *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales* (págs. 121-140). Salamanca: Inico.
- Sassaroli, S., & Lorenzini, R. (2000). Un manual para comprender la enfermedad del miedo. En S. Sassaroli, & R. Lorenzini, *Miedos y fobias: Causas, características y terapias* (págs. 13-63). España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Serrano, M. A. (2001). Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo? *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*.
- Sierra, J. C., Zubeidat, I., & Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 472-517.
- Slater, M., Pertaub, D. P., Barker, C., & Clark, D. (2006). An experimental study on fear of public speaking using a virtual environment. *Cyberpsychology Behavior*, 627-633.
- Soria, R., & Olvera, J. (2013). Terapia Racional Emotivo-Conductual. En P. Valladares, & A. Rentería, *Psicoterapia Cognitivo-Conductual: técnicas y procedimientos* (págs. 165-209). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sosa, C. D., & Capafons, J. I. (2008). *Tratando fobias específicas*. Madrid: Pirámide.
- Soutullo, C., & Figueroa, A. (2011). Causas de los trastornos de ansiedad. En C. Soutullo, & A. Figueroa, *Convivir con adolescentes con ansiedad* (págs. 21-36). Madrid: Editorial médica panamericana.
- Souza, M., & Cruz, D. L. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 17-23.
- Sparrow, C. (2008). Respuestas a algunas objeciones y críticas a la Terapia Cognitivo-Conductual. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 57-65.
- Staudt, M. A., Stortti, M. A., Noelia, V. M., & Morales, S. M. (2006). Fobia Social: Una enfermedad discapacitante cada vez más frecuente. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 15-19.
- Stein, D. J., & Hollander, E. (2004). *Tratados de los trastornos de ansiedad*. España: Ars Medica.
- Tayeh, P., Agámez, P. M., & Chaske, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *CCAP*, 6-16.
- Timms, P. (2009). *La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)*. Londres: Consejo Editorial de Educación Pública del Colegio Real de Psiquiatras .

- Tobías-Imbernón, C., Olivares-Olivares, P. J., & Olivares, J. (2013). Revisión de autoinformes de fobia social diseñados para niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 123-130.
- Torres, V., & Chávez, Á. A. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica*, 1788-1792.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 62-69.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2003). Psicoterapia: perspectivas conductual y cognitiva conductual. En T. J. Trull, & E. J. Phares, *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (págs. 373-404). México: Thomson Learning.
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo.
- Vallés, A., & Vallés, C. (2011). Lo que predispone a la fobia social: vulnerabilidad. En A. Vallés, & C. Vallés, *Ansiedad social en el estudiante adolescente: detección, evaluación y tratamiento* (págs. 35-54). Bogotá: Ediciones de la U.
- Vallés, A., Olivares, J., & Rosa, A. I. (2014). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. *Liberabit*, 41-53.
- Varela, P. (2002). La frontera entre lo normal y lo patológico. En P. Varela, *Ansiosa-mente: claves para reconocer y desafiar la ansiedad* (págs. 41-72). Madrid: La esfera de los libros.
- Virgen, R., Lara, A. C., Morales, G., & Villaseñor, S. J. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 1-8.
- *Wallach, H. S., Safir, M. P., & Bar-Zvi, M. (2009). Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Public Speaking Anxiety: a randomized clinical trial. *Behavior Modification*, 314-338.
- *Wallach, H. S., Safir, M. P., & Bar-Zvi, M. (2011). Virtual Reality Exposure versus Cognitive Restructuring for Treatment of Public Speaking Anxiety: a pilot study. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 91-97.
- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical child and family psychology review*, 2001-220.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., & Sierra, J. C. (2007). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 57-81.
- Zubeidat, I., Sierra, J. C., & Fernández-Parra, A. (2007). Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: Distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 147-162.

ANEXO 1

Tabla con información referente a cada uno de los artículos utilizados
para la realización del metaanálisis

ARTÍCULOS	VARIABLES MODERADORAS									
	VARIABLES DE TRATAMIENTO				CARACTERÍSTICAS DE SUJETO			CARACTERÍSTICAS CONTEXTUALES		
	TÉCNICA DE INTERVENCIÓN	TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS	SEGUIMIENTO	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	EDAD MEDIA	GÉNERO		PAÍS DE INTERVENCIÓN	LUGAR DE INTERVENCIÓN	INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO
						F	M			
Gebara, Barros-Neto, Gertsenchtein y Lotufo-Nete (2016)	Exposición con RV	-	6 meses	12 sesiones (50 min c/u)	39 años	10	11	Brasil	Clínica	LSAS, BDI, ATQ 30, DAS, SDS y SF-36.
Klinger, Bouchard, Légeron, Roy, Lauer, Chemin y Nugues (2005)	Exposición con RV	-	-	12 sesiones (45 min c/u)	30.5 años	10	8	París	Hospital	LSAS, RAS, SCIA, HAD, SDS y CGI.
Wallach, Safir y Bar-Zvi (2009)	Exposición con RV	R.C.	-	12 sesiones (60 min c/u)	27 años	23	5	Israel	Universidad	LSAS. SSPS y FNE.
Wallach, Safir y Bar-Zvi (2011)	Exposición con RV	-	-	12 sesiones (60 min c/u)	28 años	5	5	Israel	Universidad	LSAS. SSPS y FNE.
Antona y García (2008)	Exposición En Vivo	R.C., E.H.S. y Respiración	12 meses	10 sesiones	19.5 años	69	16	Colombia	Universidad	BDI, SCL-90-R, EI, SASI y RAS.
Maciá y García-López (1995)	Exposición En Vivo	R.C., Respiración, Autoinstrucciones y Biblioterapia	5 meses	6 sesiones	20 años	4	0	España	N/A	FNE y SAD.
Olivares-Olivares, Maciá y Olivares (2012)	Exposición En Vivo	Psicoeducación, E.H.S., Exposición Imaginada y autoexposición	6 y 12 meses	16 sesiones	19.6 años	9	7	España	Universidad	SPAI, SPS, SIAS, FNE, SSPS (AHP), RAS, EI, NSSTE y CCHP.
Salaberría y Echeburúa (1995)	Exposición En Vivo	R.C.	6 meses	8 sesiones	31 años	23	25	España	Universidad	SAD, FNE, STAI-E, BDI, EI, SASI y RAS.

Tabla. Muestra la información (técnica de intervención, técnicas complementarias, programa de seguimiento, duración del tratamiento, edad media de la muestra, género de la muestra, país y el lugar de la intervención, instrumentos utilizados para el diagnóstico y la fecha de publicación) de cada uno de los artículos.