



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

**Intervención psicológica en un caso de ansiedad social
mediante aplicaciones de la Terapia Cognitivo Conductual.**

Reporte de práctica de servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Iris Alejandra Domínguez Patiño

Director: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza

Vocal: Esp. Araceli Flores Ángeles

Secretaria: Lic. María Cristina Canales Cuevas



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 30 de mayo, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
AGRADECIMIENTOS	vi
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	5
Definición.....	5
Prevalencia.....	6
Antecedentes del problema.	8
Características.	9
Síntomas de la ansiedad social	11
Diferencias con la timidez ordinaria.....	15
Comorbilidades.	16
Diagnóstico diferencial.....	17
Impacto en la vida de la persona.....	18
Diagnóstico.....	20
Perspectiva psicológica (Terapia Cognitivo – Conductual)	20
Perspectiva psiquiátrica	23
Intervención Cognitivo Conductual en caso de Ansiedad Social.	25
Relajación.	26
Reestructuración cognitiva.	26
Entrenamiento en habilidades sociales.....	31
Exposición.	34
Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual social en casos de ansiedad social.	36
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL MEDIANTE APLICACIONES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.	38
JUSTIFICACIÓN.....	38
OBJETIVOS.....	39
Objetivo general:	39
Objetivos específicos:	39
PRESENTACIÓN DEL CASO	40
Motivo de consulta	40
Antecedentes del problema.....	41
Quejas:	42
Demandas:.....	43

Descripción de las conductas problema	43
EVALUACIÓN.....	45
Entrevista inicial.....	45
Pruebas psicométricas aplicadas.....	46
Autorregistros para evaluación.....	47
Análisis Secuencial Integrativo	48
Análisis Funcional del caso. (Diagrama analítico).....	50
Familiograma.....	52
DIAGNÓSTICO.....	53
Perspectiva psicológica	53
Perspectiva psiquiátrica.....	54
Hipótesis del problema.....	55
Objetivos terapéuticos:.....	55
INTERVENCIÓN.....	56
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (TAS).....	58
Etapa 1: componente fisiológico, relajación	58
Etapa 2: componente cognitivo, reestructuración cognitiva	59
Etapa 3: componente conductual, entrenamiento en habilidades sociales.....	61
Fin de intervención.....	66
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS.....	67
SEGUIMIENTO.....	68
RESULTADOS.....	69
Escala de ansiedad social de Liebowitz	70
Criterios diagnósticos del DSM-V para la ansiedad social.....	71
Escala de ansiedad de Beck	74
Ansiedad	74
Reacciones fisiológicas	77
Cogniciones	79
Conductas.....	83
Evaluación de comorbilidades asociadas con el TAS.....	86
DISCUSIÓN.....	87
CONCLUSIÓN.....	90
RECOMENDACIONES GENERALES AL TRATAR EL TAS.....	92
REFERENCIAS	94

ANEXOS.....	97
Anexo 1: Indicaciones generales para practicar la respiración diafragmática	97
Anexo 2: Escala de ansiedad social de Liebowitz	98
Anexo 3: Distorsiones cognitivas de Beck.....	99
Anexo 4: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	100
Anexo 5: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)	101
Anexo 6: Formatos de nuevas asociaciones de creencias, TREC.....	102
Anexo 7: Indicaciones para bloqueo de pensamiento	103
Anexo 8: Escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer (1996)	103
Anexo 9: Inventario de Depresión de Beck. (BDI-II).....	103
.....	105
.....	106
APÉNDICES	107
Apéndice 1: Consentimiento informado	107
Apéndice 2: Formato de apoyo al diagnóstico.....	108
Apéndice 3: Formato de autorregistro de cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas.	109
Apéndice 4: Formato de autorregistro de intensidad de la conducta y reacciones	109
Apéndice 5: Jerarquía de estímulos que provocan ansiedad	110
Apéndice 6: Formato de solución de problemas	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1: Diagrama analítico del caso.....	51
Ilustración 2: Familiograma del caso	52
Ilustración 3: Porcentaje de ansiedad percibida en situaciones sociales.....	54
Ilustración 4: Comparación de la puntuación de la escala de ansiedad social de Liebowitz, antes y después de la intervención	71
Ilustración 5: Comparación entre los criterios del DSM-V para la ansiedad social cumplidos antes y después de la intervención.	72
Ilustración 6: Comparación de la puntuación de la escala de ansiedad de Beck, antes y después de la intervención	74
Ilustración 7: Disminución de la ansiedad general en situaciones sociales	75

Ilustración 8: Porcentaje de ansiedad percibida en situaciones sociales específicas, pre y post tratamiento.	76
Ilustración 9: Cambios en la ansiedad percibida en situaciones sociales.	77
Ilustración 10: Promedio de prácticas de respiración diafragmática por semana.	77
Ilustración 11: Cambios en la intensidad de las respuestas fisiológicas.	78
Ilustración 12: Distorsiones cognitivas más frecuentes en situaciones sociales, en la fase evaluación y principios de intervención	80
Ilustración 13: Distorsiones cognitivas más frecuentes en situaciones sociales, en fase final de intervención.	81
Ilustración 14: Comparación de frecuencia de distorsiones cognitivas antes y después de la intervención.	81
Ilustración 16: Cambio en respuestas asertivas antes y después de la intervención.	84
Ilustración 17: Cambio en respuestas sumisas y agresivas antes y después de la intervención.	84
Ilustración 18: Cambios en las conductas moleculares de la ansiedad, antes y después del tratamiento.	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Situaciones sociales más frecuentes que temen los sujetos con ansiedad social.	10
Tabla 2: Síntomas fisiológicos en el Trastorno de Ansiedad Social.	12
Tabla 3: Cogniciones típicas de la ansiedad social.	13
Tabla 4: Factores cognitivos que mantienen/agravan la fobia social.	14
Tabla 5: Conductas típicas en el TAS.	15
Tabla 6: Pruebas psicométricas para el TAS.	22
Tabla 7: Formato de discusión de creencias con indicaciones.	30
Tabla 8: Análisis secuencial integrativo.	48
Tabla 9: Metas y objetivos de la intervención en TAS.	56
Tabla 10: Comparación de criterios del DSM-V para la ansiedad social, cumplidos antes y después de la intervención.	72
Tabla 11: Situaciones sociales que desencadenan mayor ansiedad y su progreso.	75
Tabla 12: Ejemplos de pensamientos irracionales/negativos que manifestó la usuaria.	79
Tabla 13: Cogniciones aprendidas a partir de la TREC.	82

AGRADECIMIENTOS

Cuando se logra identificar y asumir lo que son para nuestra vida las figuras de apoyo, se logra un avance importante en la forma en que solucionamos conflictos. Aunque se quiera resolver todo con las herramientas propias, en algún momento necesitaremos de otros y ellos de nosotros. Es alentador darse cuenta que no puedes con todo y mucho menos solo o sola, pero hay quienes están ahí para darte eso que necesitas, aunque solo sea apoyo emocional, por la lejanía física que puede haber. Sin embargo, estas personas están ahí, haciéndote sentir seguro o segura, agradecida y fortalecida. Las figuras de apoyo cumplen ese papel mediador entre el problema, la persona y la solución. Sin ellos, podemos llegar a sentirnos solos.

Este proyecto está dedicado a mis dos pilares, mis dos figuras de apoyo más grandes: Mi madre y mi esposo. No hubiera podido terminar esta licenciatura sin el apoyo incondicional de ellos, sin sus consejos, sin su apoyo emocional, físico, material, económico y haciendo todo lo que estaba en sus manos para ayudarme en finalizar este peldaño tan importante en mi vida y aunque sé que algunas veces no estuvimos de acuerdo en algunos aspectos, estuvieron ahí, dando su abrazo y cariño incluso desde la distancia. No se rindieron conmigo, me acompañaron en mi proceso para ser psicóloga y me mostraron en tantos momentos de vulnerabilidad lo que yo no veía de mis capacidades.

Gracias a mi madre Elizabeth Patiño Gómez y a mi esposo Gustavo Hernández Heras por tanto, gracias por el apoyo incondicional, por comprender y ayudarme forjar lo que quiero ser en la vida: Psicóloga.

También, quiero agradecer a todas esas personas que estuvieron ahí, poco o mucho y me ayudaron a completar esta meta. Gracias a los psicólogos que trataron mi ansiedad social,

de diferentes maneras y me dieron herramientas para vivir sin esta y todo lo que genera. Gracias a quienes creyeron en mí, cuando era una persona que no podía hablar con nadie, porque me ayudaron a entender que sí era posible el cambio. Gracias también a quienes no creyeron en mí o al menos no lo demostraron, me ayudaron a tener coraje para salir adelante.

Mi deseo era aprender y estudiar la conducta, saber cómo se desarrollaba la ansiedad social, pero, sobre todo, como se trataba de manera eficaz. Con este proceso psicoterapéutico que realicé, puedo decir que lo he logrado. Soy Psicóloga.

RESUMEN

La ansiedad social es el segundo trastorno mental más común, pero hasta hace pocos años, era uno de los menos estudiados. Hoy en día está teniendo un auge importante y se están generando más investigaciones para su intervención, así como una mayor divulgación de la importancia de cuidar la salud mental de manera general.

Debido a que al menos un 15% de mexicanos padecen del Trastorno de Ansiedad Social, se establece la importancia de generar intervenciones específicas para mexicanos mediante psicoterapias basadas en evidencia. Por ende, la Terapia Cognitivo- Conductual se considera la más adecuada para este tipo de problemática, ya que aborda aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos. Además, provee al usuario de herramientas que ayudan a desarrollar sus capacidades sociales e intelectuales. Todo esto ayuda a evitar estigmas que todavía se mantienen sobre ir a un psicólogo para tratar sus problemas de salud mental, ya que todavía es considerada como algo que no requiere atención especializada.

El objetivo de este trabajo es diseñar y aplicar un proceso terapéutico en Terapia Cognitivo - Conductual, para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social (TAS), que ayude a reducir significativamente la intensidad y frecuencia de la ansiedad mediante la asociación de nuevas creencias racionales, de acuerdo con la Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva- Conductual; así como la psicoeducación de estrategias de afrontamiento y herramientas que ayudarán a mejorar sus habilidades sociales y aumentarán su bienestar emocional.

En la **introducción** se describen temas de relevancia para entender el Trastorno de Ansiedad Social, como la definición, antecedentes del problema y características, pero también, se explica el diagnóstico y evaluación desde la perspectiva psicológica y psiquiátrica; la intervención cognitiva- conductual para ansiedad social y la efectividad de esta psicoterapia en casos como el que se describe en este manuscrito.

La **evaluación** realizada para este proceso terapéutico se realizó utilizando como herramientas la entrevista inicial, pruebas psicométricas, específicas sobre ansiedad social, ansiedad general y depresión; además del llenado de autorregistros conductuales, que permitieron la autoobservación de las conductas ansiosas, además de la relación con sus pensamientos y reacciones fisiológicas. Después, se realizó el análisis del caso, para lo que se realizaron el análisis funcional y secuencial integrativo, con sus respectivos diagramas y tablas. El **diagnóstico** se estableció mediante la perspectiva psicológica, de acuerdo con las tres modalidades de respuesta y los resultados obtenidos en los análisis, pero también, considerando aspectos psiquiátricos, en este caso, el DSM-V.

La **intervención** se realizó con base a la investigación sobre las herramientas y/o estrategias que necesita aprender una persona con Trastorno de Ansiedad Social para superarlo, por lo cual incluyó los tres tipos de respuesta que generan ansiedad: Cognición, conducta y organismo, en donde se aplicaron estrategias terapéuticas que ayudaron a reducir las sensaciones físicas de la ansiedad; abordando el componente cognitivo mediante el registro de pensamientos automáticos y la asociación/ discusión de nuevos pensamientos adaptativos o racionales, según lo especificado por la TREC y la TC, ayudando así a generar nuevas perspectivas de su entorno. Además, la usuaria aprendió habilidades para la vida y sociales, mediante técnicas conductuales, como asertividad, autoeficacia, parada de pensamiento, solución de problemas, entre otras. La intervención realizada para este proyecto se encuentra en formato de cartas descriptivas, para su mejor entendimiento.

Adicionalmente, se describen **recomendaciones específicas** para la usuaria, de modo que pueda continuar con su bienestar emocional aun cuando ya haya concluido su proceso de terapia. El **seguimiento** también es un aspecto importante, ya que se evaluará cada determinado tiempo si han ocurrido cambios después en relación con la ansiedad social.

En los **resultados**, podemos encontrar que la intervención realizada durante el proceso terapéutico demostró cambios importantes en la perspectiva, autoeficacia, comunicación asertiva y solución de problemas, lo que ayudó a disminuir la intensidad y frecuencia de la ansiedad en la usuaria, mejorando también su autoeficacia, destacando el sentirse más segura de interactuar con otros, además de estar más tranquila expresando lo que quiere y siente, por lo que mejoró considerablemente su relación con los demás en sociedad.

Adicionalmente, es necesario considerar que es un proceso de aprendizaje, por lo que se deben practicar las herramientas adquiridas de modo que se generen hábitos más adaptativos en cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas.

Para finalizar este proyecto, se plantean **recomendaciones generales** que se pueden tomar en cuenta para evaluación e intervención en casos de ansiedad social.

Palabras clave: ansiedad social, Terapia Cognitivo- Conductual, evaluación, cognición, habilidades sociales,

INTRODUCCIÓN

Trastorno de Ansiedad Social (TAS)

Definición.

El trastorno de Ansiedad Social (TAS), anteriormente conocido como *fobia social*, es un trastorno de tipo ansioso, en donde las personas que la padecen sienten miedo o ansiedad a interacciones sociales. Debido a que se mantiene una idealización cognitiva en donde se será evaluado negativamente por los demás (APA, 2014) y como consecuencia, el sentirse humillado, rechazado o avergonzado. Así mismo, la ansiedad que sienten resulta de la perspectiva o la presencia de evaluación personal en situaciones sociales imaginadas o reales. (Caballo, 2007) Cuando esta experiencia resulta desadaptativa en algún área importante del funcionamiento, es calificada como trastorno de ansiedad social. (Muñoz y Alpizar, 2016)

“La ansiedad social constituye un trastorno complejo que engloba distintos componentes y dimensiones a considerar en su evaluación, definiéndose como una experiencia de estrés, discomfort, miedo, ansiedad ante situaciones sociales, que se reflejan en una evitación deliberada de estas situaciones, así como temor de ser objeto de evaluación negativa por parte de los demás” (Watson & Friend, 1969, en Sierra, Fernández, & Zubeidat, 2006)

En el estudio de Cejudo y Fernández (2015), se especifica que la fobia social ha sido determinada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, la Organización Mundial de la Salud y la Secretaría de Salud, como uno de los trastornos más comunes. El trastorno de ansiedad social es el cuarto problema psicológico, por detrás de la depresión, el abuso del alcohol y las fobias puntuales. Antony & Swinson, (2019)

Caballo, 2007, refiere que es el segundo trastorno de ansiedad más frecuente, pero el más olvidado e investigado. Fue reconocido hasta 1980, cuando se publicó por primera vez en el DSM-III. Sin embargo, no han cambiado los principales criterios diagnósticos desde la

publicación del DSM-III R al manual actual, DSM-V. (Muñoz y Alpízar, 2016). Considerando lo que especifican Marín, Martínez & Ávila, 2015: “Las fobias presentan un comienzo temprano, pudiendo ocasionar cronificación del cuadro ansioso y un aumento del riesgo de presentar comorbilidades psiquiátricas”, es necesario extender las investigaciones en el TAS y sus variantes, de modo que se puedan llevar a cabo medidas para reducir su impacto en el individuo.

Prevalencia.

En la población mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presentaba algún trastorno de ansiedad, y esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente. (Marín, Martínez & Ávila, 2015). En México, existe una incidencia de 8.2% en población comunitaria adolescente, aunque estos resultados han surgido mediante instrumentos de autoevaluación. Al menos un 9.5% de mexicanos han padecido fobia social en alguna época de su vida (Olivares, Rosa y Piqueras, 2005, en Cejudo y Fernández, 2015).

En EUA, se reporta un 12% de prevalencia; en el estudio de Kessler, et al, 2005, se entrevistaron a 9000 ciudadanos estadounidenses con relación a síntomas para recibir un diagnóstico de ansiedad social y casi el 12% afirmó haberlos sufrido. (Referenciado en Antony, M. y Swinson, R., 2019). En Colombia tiene una prevalencia del 4.07%, mientras que, en Europa, hay una incidencia del 2.4% al 16%. (Muñoz y Alpízar 2016).

Aunque la adolescencia es un periodo crítico para el inicio de los síntomas del TAS, también se considera necesario prestar atención a la etapa infantil, ya que Schneider et al, 1992, en Caballo, 2007, encontró un porcentaje del 33% de sujetos con diagnóstico Fobia social con edad de inicio entre los 0 y 10 años. “Una vez desarrollado, el trastorno suele ser crónico y durar toda la vida”. (Caballo, 2007)

En México, la prevalencia de ansiedad social es mayor en mujeres, con una ocurrencia a lo largo de la vida de 15.5% frente a 11.1% en varones. (Marín, Martínez & Ávila, 2015) En

la población general, es decir, incluyendo también a personas que no acuden a psicoterapia, el porcentaje de mujeres constituye del 59 al 72% de las personas con ansiedad social. (Davidson, et al, 1993; Kessler et al., 1994; Myers et al., 1984, en Caballo, 2007) Esta situación no es muy diferente en otros países, como en EUA, donde en el estudio de Somers, et al 2006, se encontró que muchos estudios sobre ansiedad social que han sido revisados presentan una incidencia del trastorno de ansiedad social ligeramente más elevada en mujeres que en los hombres. (en Antony, M. y Swinson, R., 2019)

Una explicación a esta discrepancia es que cabe la posibilidad de que, en situaciones sociales, los hombres se sientan más ansiosos de lo que estén dispuestos a admitir. (Antony & Swinson, 2019) Además, como especifican Pierce y Kirkpatrick, 1992, los hombres subestiman sus niveles de miedo. (en Antony & Swinson, 2019) Y a su vez, tienen mayores dificultades que las mujeres en expresar sus emociones, por lo que es probable que prefieran evadir los síntomas mediante otras conductas. Con esto nos referimos a las diferencias en las estrategias que adoptan hombres y mujeres para afrontar el problema, siendo más probable que los hombres utilicen el alcohol u otro tipo de drogas, incluyendo el tabaco, como método de afrontamiento contra la ansiedad social.

Otro aspecto para considerar es que, como refiere Antony & Swinson, 2019, en las sociedades occidentales, se espera que las mujeres se muestren más activas socialmente activas que los hombres. Por lo tanto, los hombres pueden eludir más fácilmente que las mujeres serán más expresivas en situaciones sociales, sin sentirse acosados por no participar como ellas y sin experimentar, en su vida cotidiana, tanta presión al respecto. Además, se relaciona con el rol que juegan en la familia tradicional, en dónde aún en la actualidad, existe la dependencia emocional y económica. En relación a esto, también se espera que la mujer sea empoderada y “pueda con todo”, lo que se relaciona con el miedo a cometer errores y, por ende, la ansiedad ante las situaciones en donde pueda ser expuestas a críticas.

Antecedentes del problema.

La interacción social es un elemento clave en el desarrollo cognitivo, social y conductual de las personas, que como analiza Lev S. Vygotsky en su Teoría Sociocultural, el intercambio del sujeto con el medio en el que vive, permite el aprendizaje de la cultura y la formación de otros aspectos socioculturales como el lenguaje, que es la base de las cogniciones.

En este sentido, la socialización es necesaria para forjar habilidades cognitivas y obtener herramientas que ayuden a solucionar situaciones cotidianas, obteniendo así mejores resultados en los objetivos planteados.

Es por lo que, desde pequeños, se proporcionan los medios para que los niños puedan interactuar con otros y así desarrollarse, la escuela es uno de los principales lugares donde sucede el aprendizaje social y aunque se espera que se construya un desarrollo psicológico completo del individuo, pueden existir diferentes vertientes que lo afecten, en relación con el contexto sociocultural en el que se desarrolla.

En este sentido, es posible que el individuo carezca de habilidades de comunicación, de afrontamiento de situaciones y solución de problemas, que, en caso de no tratarse, pueden impactar su forma de pensar, percepciones, sentimientos, estados de ánimo y conductas, originando un trastorno de ansiedad social.

También, hay que considerar que las fobias tienen su origen en los temores aprendidos, que se adquirieron por medio del condicionamiento directo, del condicionamiento vicario o por transmisión de información y/o de instrucciones (Caballo, Aparicio y Catena, 1995, en Caballo, 2007) El miedo aumenta de manera gradual en situaciones de estrés o de elevada activación y es producido por experiencias que causan temor que se repiten constantemente.

Caballo, 2007, explica el condicionamiento de la fobia en la Ansiedad Social: “Los síntomas de la fobia social constituyen una respuesta condicionada adquirida por medio de la asociación entre el objeto fóbico y una experiencia aversiva. Una vez que se ha adquirido la

fobia, la evitación de la situación fóbica elude o reduce la ansiedad condicionada, reforzando consecuentemente la conducta evitativa. Esta evitación, mantiene la ansiedad, ya que, para el sujeto, es difícil aprender que las situaciones sociales temidas no son peligrosas o por lo menos no al grado en que se piensa.”

El aprendizaje de las fobias por medio del condicionamiento vicario se caracteriza en observar a los demás experimentar ansiedad en determinadas situaciones sociales y así conducir a que se teman las mismas situaciones.

El TAS puede iniciar desde la infancia, aunque es más común que surja en la adolescencia, que es una etapa de cambios cognitivos, fisiológicos, hormonales y conductuales, puede haber situaciones de estrés o ansiedad que provocan retraimiento social, entre estas, se incluyen las burlas, la cantidad de exposición a estímulos sociales, la forma en la que se aprendió a solucionar problemas, capacidad de comunicarse con figuras de apoyo, entre otros factores. Si no se atienden a tiempo, es posible el desencadenamiento de síntomas del Trastorno de Ansiedad Social.

Características.

Algunos de los motivos por los cuales se sugiere que la investigación en el tratamiento de la fobia social tardó más que otros trastornos, es porque existían muchas comorbilidades para la fobia social, ya que incluso, se llegó a considerar a la fobia social como una condición secundaria de otro trastorno. Esto se debe a que tiene como característica determinante su naturaleza universal. El miedo a las críticas y evaluación negativa por parte de la sociedad es algo a lo que todas las personas nos enfrentamos. Todos hemos sentido miedo -o ansiedad- al hablar en público, con alguna persona de autoridad o con quienes no conocemos. Pero está claro que, en la ansiedad social, se distingue por una ansiedad mucho más intensa y frecuente.

Además, se diferencia porque suele interferir notablemente en el funcionamiento diario de la persona, debido a las respuestas de evitación. (Ortega & Climent, 2004)

Puede iniciar en la infancia o adolescencia, siendo la edad media de inicio a los 13 años. Es raro que la ansiedad social inicie en edad adulta, a menos que surjan situaciones humillantes o cambios que requieran nuevos roles sociales, como empleo, matrimonio o divorcio, entre otros. El comienzo temprano de la fobia social ocasiona una afección en el desarrollo del adolescente, pudiendo derivar en cronificación del cuadro ansioso, pérdida de la calidad de vida, aumento del riesgo de consumo de sustancias tóxicas y de presentar otros cuadros mentales. (Marín, Martínez & Ávila, 2015)

Aunque está claro que es uno de los trastornos más comunes y discapacitantes, la mitad de los individuos sólo buscan tratamiento hasta después de 15 a 20 años de padecer síntomas. (Muñoz y Alpízar, 2016) En la tabla 1, se enlistan algunas de las situaciones sociales más frecuentes por las que sienten temor las personas con ansiedad social, sin embargo, puede haber muchas más, que dependen de su estilo de vida y cultura.

Tabla 1: Situaciones sociales más frecuentes que temen los sujetos con ansiedad social.

Situaciones sociales más frecuentes que temen los sujetos con ansiedad social

- Iniciar y/o mantener conversaciones
- Quedar o citarse con alguien
- Asistir a una fiesta
- Comportarse asertivamente
- Hablar por teléfono
- Hablar con personas con autoridad
- Devolver un producto defectuoso a la tienda en donde lo compró
- Hacer contacto ocular con la gente que no conoce
- Hacer y recibir cumplidos
- Asistir a reuniones o congresos

- Hablar en público
- Actuar ante otras personas
- Ser el centro de atención
- Comer/beber en público
- Escribir/trabajar mientras alguien le está observando
- Utilizar los urinarios públicos (en el caso de hombres)

(Hazen y Stein, 1995; Hope, 1993; Schneier et al, 1991; Turner et al, 1992, referenciado en Caballo, 2007)

Síntomas de la ansiedad social

En el estudio de Cheek y Watson, (1989), se lograron categorizar las formas de respuesta en personas con ansiedad social:

- Aspectos físicos/fisiológicos: Sensaciones y sentimientos incómodos
- Aspectos cognitivos: Pensamientos, expectativas y predicciones ansiosas
- Aspectos conductuales: Evitación o huida de las situaciones sociales.

(en Antony, M. & Swinson, R., 2019)

Aspectos físicos/fisiológicos:

La ansiedad en situaciones sociales está ligada a síntomas de activación física, que, a su vez, pueden ser fuente de miedo y ansiedad por sí solos. En cuanto a las respuestas fisiológicas que se presentan, se destaca la taquicardia y nerviosismo, que es típico también en otros trastornos de ansiedad, pero sobre todo el individuo experimenta temblores, sudoración y rubor facial: síntomas que generan más ansiedad y miedo a críticas y que a su vez, pueden llegar a ser lo suficientemente intensos como para constituir una crisis de angustia. (Ortega & Climent 2004) En la tabla 2, se enlistan los síntomas fisiológicos pueden experimentar las personas con ansiedad social. Como refiere Antony & Swinson, (2019) es necesario considerar que existen diferencias en el modo en que las personas con TAS experimentan síntomas físicos.

Hay quienes perciben muchos de estos síntomas, mientras que otros, solo sienten algunos y otros, ninguno.

Tabla 2: Síntomas fisiológicos en el Trastorno de Ansiedad Social

Síntomas fisiológicos en el TAS

- Palpitaciones y taquicardia.
- Dificultades para respirar o sensación de sofoco.
- Mareos o vahídos.
- Dificultad de tragar o sensación de “tener un nudo en la garganta”.
- Estremecimientos o temblores: de manos, rodillas, labios o cuerpo entero.
- Rubor facial.
- Sensación de náuseas, diarrea o “tener mariposas en el estómago”
- Sudoración excesiva.
- Temblor de voz.
- Llanto.
- Dificultades de concentración u olvido de lo que se trataba de decir.
- Visión borrosa
- Entumecimiento y/o cosquilleo.
- Sensación de irrealidad o desapego.
- Tensión o debilidad muscular.
- Dolor de pecho o tensión en la musculatura pectoral.
- Escalofríos.

(Antony, M. & Swinson, R., 2019)

Aspectos cognitivos:

Como se ha descrito, la ansiedad implica numerosos factores cognitivos que tiene el individuo sobre las situaciones sociales y cómo piensa que le afectarán, ya que se suelen interpretar las situaciones sociales como amenaza y cuanto mayor ansiedad social o de desempeño se experimente, es más probable que se tengan pensamientos negativos sobre su

ejecución social. En la tabla 3 se enlistan algunas de las creencias o cogniciones que son comunes en el Trastorno de Ansiedad Social. En este aspecto, como señala Ortega & Climent (2004), se clasifica el temor o preocupación por las críticas y por una evaluación negativa de los otros, además de una serie de expectativas negativas sobre la propia ejecución social. Los factores cognitivos que mantienen la ansiedad social según Caballo 2007, se pueden encontrar en la tabla 4.

Tabla 3: Cogniciones típicas de la ansiedad social.

Cogniciones/creencias típicas en el TAS

- Tengo que gustarle a todo el mundo.
- Si hay alguien a quien no le gusto, significa que no soy una persona digna de ser amada.
- Si alguien me rechaza, debe ser porque merezco el rechazo.
- La gente debería estar interesada en lo que digo.
- Nadie debería, cuando hablo, mostrar signos de aburrimiento o desaprobación
- La gente no debería hablar de mí a mis espaldas.
- Si cometo un error en el trabajo, me despedirán.
- Si me equivoco, la gente se enfadará conmigo.
- Si doy una presentación, quedaré como un tonto.
- La gente se dará cuenta que estoy muy nervioso.
- La gente me encuentra poco atractivo, aburrido, estúpido, perezoso, incompetente, extraño, débil, etcétera.
- No se puede confiar en nadie, porque la gente es muy crítica y desagradable.
- Debería aprender a ocultar mis síntomas de ansiedad.
- Está mal sonrojarse, temblar o sudar delante de los demás.
- Si en el trabajo me tiemblan las manos, sería una catástrofe.
- La ansiedad es un signo de debilidad.
- Nadie debería darse cuenta de lo ansioso que estoy.
- Si estoy demasiado ansioso, no podré hablar.

(Antony, M. & Swinson, R., 2019)

Tabla 4: Factores cognitivos que mantienen/agravan la fobia social.

Factores cognitivos que mantienen/agravan la fobia social. (Caballo, 2007)

- Sobreestimación de los aspectos negativos de su conducta
- Excesiva conciencia de sí mismo
- Temor a la evaluación negativa
- Patrones excesivamente elevados para la evaluación de su actuación
- Percepción de la falta de control sobre su conducta

En el apartado “Reestructuración Cognitiva” del tema “Intervención Cognitivo-Conductual en la ansiedad social”, de este manuscrito recepcional, se explica más a detalle el impacto de las cogniciones en la ansiedad social y las distorsiones cognitivas, pág. 30-32.

Aspectos conductuales

Las personas con ansiedad social suelen evitar la interacción social lo mejor posible, utilizando conductas de huida y manifestando respuestas fisiológicas y conductuales típicos de la ansiedad cada vez que se sienten obligados a hablar con otros o realizar actividades que alguien pueda observar, debido a que se perciben como juzgados o criticados. En la tabla 5, se enlistan las conductas más comunes que tienen las personas con Ansiedad Social. Su ansiedad se desencadena en el miedo de que al realizar actividades cerca de otras personas, suceda algo embarazoso, humillante, que les haga parecer tontos o sean evaluados negativamente. Sin embargo, no tienen dificultades cuando realizan esas mismas tareas en

Conductas típicas en el TAS

- Declinar la invitación a asistir a una fiesta.
 - Excusarse para no ir a cenar con un amigo.
 - No responder nunca en la clase a las preguntas formuladas por el profesor.
 - Llegar siempre tarde a las reuniones y marcharse pronto para eludir las charlas casuales.
 - Distraerse con pensamientos ansiógenos.
 - Evitar el contacto ocular y hablar en voz baja en las conversaciones que mantiene con otros.
 - Acudir a reuniones con su pareja o un amigo íntimo que le haga sentir seguro, aunque los otros invitados vayan solos.
 - Maquillarse o llevar un suéter alto para ocultar el sonrojo.
 - Aprenderse de memoria un guion de las posibles conversaciones que tendrá, para que no tenga que improvisar y que los demás denoten su ansiedad.
- (Antony, M. & Swinson, R., 2019)

Tabla 5: Conductas típicas en el TAS

privado. "La conducta se deteriora sólo cuando los demás están observando" (Barlow, 1988, p 535, en Caballo, 2007). Según el estudio de Ortega & Climent (2004), este miedo conlleva, en la mayoría de las ocasiones, que la persona opte por evitar esas situaciones sociales "comprometidas". Es ahí donde surgen las conductas de evitación, que suelen ser intensas y en algunos casos, puede llevar al aislamiento social. (Muñoz, & Alpízar, 2016)

Diferencias con la timidez ordinaria.

Es necesario hacer la diferenciación de la timidez ordinaria y la ansiedad social, ya que la última, es más grave y tiene mayor impacto en la vida de quien lo padece. Tampoco debería confundirse el TAS con el pánico escénico, a menos que afecte de forma importante su desempeño laboral, social o personal. (Morrison, 2019)

Para ello, es importante considerar los criterios diagnósticos del DSM-V y continuar el diagnóstico con otras escalas psicométricas y evaluación de los aspectos presentados en la entrevista, en este sentido, el valor criterio que indica que los síntomas deben estar presentes al menos medio año, para niños y adultos. También, es importante tener en cuenta que muchas personas se preocupan o se sienten incómodas con las actividades sociales, como hablar en público o acudir a lugares en donde puedan encontrar nuevas personas, no debería de establecerse en ellos un diagnóstico de ansiedad social, a menos que afecte de manera importante su desempeño social, laboral, escolar y personal. (Morrison, 2019).

Comorbilidades.

La ansiedad social está asociada a otros problemas de salud mental, como los ataques de pánico en situaciones sociales, perfeccionismo y estándares muy elevados, estados de ánimo depresivo, imagen corporal negativa, abuso de sustancias y dificultades para confiar en los demás. (Antony & Swinson, 2019)

El **ataque de pánico** puede desencadenarse a causa de la exposición a una situación social temida e incluso por el mero hecho de pensar/imaginar que se encuentran en esta situación. Por otro lado, el **perfeccionismo** es común en la fobia social, ya que se tienen criterios muy estrictos sobre la interacción social. Esta preocupación exagerada por no cometer errores conlleva a conductas de evitación o de huida. Esto sucede porque se les da demasiada importancia a la impresión que causan en los demás.

Existe una alta relación del TAS con la **depresión**, debido a las idealizaciones cognitivas que no se cumplen tan fácilmente. Desde el 70 al 90% de los casos, la ansiedad social se complica por la presencia de estas condiciones, estimándose una comorbilidad de hasta 40-50% con depresión mayor. Esto conlleva a **intentos suicidas y trastornos del estado de ánimo**. Como refiere Morrison, 2019 en su estudio, Cualquiera con TAS puede estar en riesgo de automedicación con drogas o alcohol. A su vez, el alcoholismo puede preceder al

trastorno de ansiedad o puede ser consecuencia de este, ya que los adolescentes pueden llegar al consumo de sustancias como un intento de controlar su estado ansioso. (Marín, Martínez & Ávila, 2015) En cuando a la desconfianza que tiene con los demás, por miedo a ser juzgados También se relaciona con niveles de **ira e irritabilidad**, principalmente cuando se sienten observadas, por lo que pueden enfadarse y ponerse hostiles. (Antony & Swinson, 2019) Para completar la información, véase el capítulo “impacto en la vida de la persona”, pág. 17

Diagnóstico diferencial.

Cabe destacar que no siempre es fácil identificar la presencia de una fobia social, ya que suele entremezclarse con otros cuadros de ansiedad; existe una destacable superposición entre este problema y el pánico, la agorafobia y la ansiedad generalizada. (Di Nardo y Barlow, 1988, en Ortega & Climent (2004) Por lo mismo, es necesario hacer la diferenciación entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Social con otras afecciones mentales, para generar un diagnóstico adecuado al individuo.

Los síntomas del TAS sobreponen a los del Trastorno de Personalidad por Evitación, que es más grave, pero ambos se originan prematuramente, duran muchos años y muestran algunas similitudes. (Morrison, 2019) Las personas que padecen de Agorafobia pueden evitar comer o hacer actividades en sitios públicos, pero se debe a la vergüenza de desarrollar un ataque de pánico, (Morrison, 2019), y esta es la principal diferencia con el TAS, ya que, en este último, las cogniciones se basan en la evaluación negativa de sí mismo ante un grupo social, mientras que en la Agorafobia, se debe a los lugares que no le parecen seguros, pero su fobia no es a las personas ni su posible evaluación.

Por otra parte, los pacientes con anorexia nerviosa evitan comer en lugares públicos, pero su preocupación se relaciona con el peso y no con la vergüenza de ser observado mientras come y se piense mal del sujeto, por lo que los síntomas no se relacionan directamente con el

TAS. Antony & Swinson, 2019 comentan que algunos síntomas del TAS tienen relación con trastornos alimenticios, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), por lo que es necesario distinguir cuál es la causa real del problema en el usuario.

Impacto en la vida de la persona.

La ansiedad social, es un trastorno crónico y debilitante que causa discapacidad social y laboral. Debido a que las personas que lo padecen sufren de temor persistente a ser humillados mientras están expuestos a otras personas. (Cejudo y Fernández, 2015) Es por ello por lo que tiene un importante impacto en la vida de quien lo padece, ya que los seres humanos somos sociales por naturaleza y la ansiedad que provoca el interactuar con otros, evita que puedan funcionar de manera apropiada en los distintos ámbitos que involucran interacción social, siendo la mayoría necesarios para vivir adecuadamente. Esto genera un deterioro en habilidades para la vida y un importante desajuste en su ámbito social. La ansiedad social es de los trastornos con mayor riesgo de contraer enfermedades psiquiátricas y de los que en mayor grado incapacitan (Ghaedi Tavoli, Bakhtiari, Melyani y Sahragard; 2010; Brogues, Lara, Medina-Mora y Zambrano, 2007, en Cejudo y Fernández 2015) Hasta un 47% de los pacientes con fobia social, habían presentado en su vida al menos un episodio depresivo. Relacionándose también con la anorexia y bulimia nerviosa (Muñoz y Alpizar, 2016)

Los síntomas del TAS suelen actuar en ciclo, empezando desde cualquiera de sus modalidades de respuesta. Puede ser desde los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas sobre cómo interpretan la realidad, generan ansiedad, que es la respuesta anticipatoria a una amenaza futura (APA, 2014) y ésta, a su vez, desencadenando conductas desadaptativas y reacciones fisiológicas en un ambiente social, produciendo miedo, que es respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, (APA, 2014) al rechazo, a la burla, o exposición, entre otras situaciones. Aspecto que convence al usuario de que los demás

mantienen un juicio negativo ante su forma de comportarse, provocando ansiedad ante situaciones futuras. Es ahí donde los usuarios con ansiedad social destacan la preocupación por hacer el ridículo, recibir burlas y desprecio, que, a su vez, dan lugar a reacciones físicas, como el ruborizarse, temblor de manos, náuseas o imperiosa necesidad de micción (Muñoz & Alpízar, 2016) y que generan la respuesta conductual de huida o evitación. Sin embargo, también generarse los síntomas comenzando desde alguna reacción fisiológica, como sudoración o el tener cierta conducta que permita el desencadenamiento del ciclo ansioso.

Aunado a eso, el TAS genera bajo rendimiento académico, posible riesgo de abandono escolar, alteración del bienestar y productividad laboral. ((Muñoz y Alpízar, 2016) Puede influir en el tipo de asignaturas que se estudia y de trabajos que acepta, en el desempeño laboral y el disfrute de sus actividades en estos lugares. En sí, cualquier actividad que implique contacto con los demás puede llegar a verse afectada por la ansiedad social. (Antony, M. & Swinson, R., 2019) Se establece un daño en el funcionamiento esperado en un sujeto en cierto sexo, edad y contexto social (Staudt, Stortti, Thomaé y Morales, 2006; Borgues, Lara, Medina - Mora, y Zambrano, 2007, en Cejudo y Fernández, 2015). Según el estudio de Antony, M. & Swinson, R., 2019, la ansiedad social obstaculiza el establecimiento de relaciones sanas, lo que puede llegar a afectar a todos los niveles de la relación, desde los contactos, relaciones superficiales y esporádicas con desconocidos, hasta las relaciones con familiares y otras personas importantes.

El DSM-V, describe que los individuos con el Trastorno de Ansiedad Social, “pueden ser inadecuadamente asertivos o excesivamente sumisos o con menor frecuencia, ejercer gran control sobre las conversaciones. Pueden mostrar posturas corporales excesivamente rígidas o un contacto ocular inadecuado o hablar con voz demasiado suave”. (APA, 2014)

En la vida personal, el TAS se asocia con estar soltero, solo, divorciado, interfiere en actividades de ocio. En cuanto a la pareja se pueden encontrar también situaciones que a las

personas con TAS les costaría enfrentar, como invitar a salir a alguien y conseguir una pareja o incluso, en el caso de tenerla, dar su opinión y hablar asertivamente de lo que siente o piensa. También, impide que se desarrollen adecuadamente en ámbito profesional, ya que buscarán empleos que no impliquen el contacto con otros, que, dependiendo del caso, puede llegar a frustrar o interrumpir las metas o sueños planteados. (Muñoz, y Alpízar, 2016)

Marín, 2015, refiere que el estatus de pareja también se asocia con la presencia de psicopatología en general y ansiedad social en particular. Las personas que tienen una pareja estable son más sanas física y mentalmente, en comparación con aquellas que viven solas.

El TAS se relaciona también con la aparición de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Así como el inicio de consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas; hay un doble riesgo de presentar un trastorno por uso de alcohol severo en comparación con personas sin fobia social. ((Muñoz y Alpízar, 2016)

Diagnóstico.

Perspectiva psicológica (Terapia Cognitivo – Conductual)

Ruíz, Díaz & Villalobos, (2012), refieren que La Terapia Cognitivo- Conductual es una psicoterapia que está basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones se fundamentan por la psicología científica, como punto de referencia. Sus técnicas y procedimientos cuentan con base científica o experimental, pero también parte de sus formas de abordaje surge de la experiencia clínica. El objeto de intervención es la conducta y sus procesos subyacentes, en sus diferentes formas de respuesta: cognitivo, conductual, fisiológico y emocional. En donde se considera fundamental la medición y evaluación de los factores que se relacionan con la conducta problema. Desde este punto de vista, la conducta se considera como aprendida, mediante distintos factores. A su vez, esta psicoterapia pone énfasis en los determinantes actuales de la conducta, pero también toma en cuenta los factores históricos que explican cómo se genera la situación presente.

Para establecer un diagnóstico correcto del Trastorno de Ansiedad Social, mediante la TCC, es necesario realizar un análisis funcional de la conducta, en donde se evalúan aspectos conductuales, cognitivos y reacciones fisiológicas típicas de la ansiedad. Como reconoce Sierra, Fernández, & Zubeidat, (2006) Este enfoque de “sistema de tres respuestas”: conducta manifiesta, respuesta fisiológica y cogniciones, se ha adoptado teniendo un impacto significativo en la evaluación no sólo de la fobia social y otros trastornos de ansiedad, sino en otros trastornos emocionales.

La evaluación de la ansiedad y fobia social es una tarea compleja debido a la implicación de varios componentes y dimensiones en la misma. Sierra, et al, (2006) Es por lo que se recomienda seguir los pasos adecuadamente y tomar en cuenta criterios diagnósticos para mejorar la efectividad de la evaluación.

En las primeras sesiones, se deberá llevar a cabo la evaluación inicial o línea base, considerando para ello entre dos y cuatro sesiones; comenzando con una entrevista inicial en donde se abordarán aspectos como conductas problemáticas, quejas y demandas del paciente, antecedentes de la conducta problema, intentos por cambiar la situación y en especial, repercusiones en su vida, entre otros. Regularmente, las personas con ansiedad social se convencen de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad, pero en realidad, los síntomas comportamentales o vegetativos, son las manifestaciones primarias de la ansiedad. (Muñoz & Alpizar 2016)

Tienen conductas evitativas, en donde tratan de evadir situaciones sociales que les provocan incomodidad. Aunque cabe destacar que la ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas, dependiendo el tipo de ansiedad social que padezca el usuario. Por ello es importante diferenciar el TAS de la timidez ordinaria y la mejor forma, es evaluando el curso y gravedad de los síntomas. Entre más crónico y la interferencia grave, podría tratarse de ansiedad social.

Como refiere Caballo (2007), para establecer como diagnóstico el Trastorno de Ansiedad Social, es importante conocer no solamente si el individuo experimenta ansiedad en situaciones sociales, sino cuánta ansiedad experimenta, cuánto dura el episodio de ansiedad, con qué frecuencia vuelve a ocurrir, qué grado de conducta de evitación desadaptativa provoca la ansiedad y cómo la evalúa el individuo que la padece. (Falcone, 1995; Walwn, 1985)

Pruebas psicométricas.

Con base a la información obtenida en la entrevista, se aplican pruebas psicométricas que generalmente se han usado en investigaciones de la ansiedad o fobia social. (Glass y Arnkoff, 1989, en Caballo, 2007) Estos, pueden clasificarse en cuatro categorías, dependiendo el tipo de medición: a) temor y ansiedad, b) ansiedad social, c) timidez y d) habilidades sociales. Sin embargo, los instrumentos más específicos se describen en la tabla 6.

Tabla 6: Pruebas psicométricas para el TAS

Algunas pruebas psicométricas para el Trastorno de Ansiedad Social (Caballo, 2007)

- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz, M., et al., 2000, en Hope, D., et al., 2019). “Consta de 24 ítems que evalúan la ansiedad relativa a la interacción social y a la actuación en público, así como también la evitación de dichas situaciones” (Caballo, 2007)
- Escala de fobia social (Social Phobia scale, SPS), (Mattick y Clarke (1988). Evalúa los temores de ser observado durante las actividades diarias. Consta de 20 ítems.
- Escala de ansiedad ante la interacción social (Social interaction anxiety scale, SIAS), Mattick y Clarke (1988). Evalúa temores generales relacionados con la ansiedad social. Consta de 20 ítems.
- Inventario de ansiedad y fobia social (Social phobia and anxiety inventory, SPAI: Turner et al, 1989). Se compone de dos subescalas, la primera, dedicada a la fobia social (32 ítems) y la segunda, se dedica a la agorafobia (13 ítems).
- Escala de ansiedad y evitación social. (Social avoidance and distress scale, SAD), Watson y Friend (1969) Consta de 28 ítems relacionados con la ansiedad y evitación asociadas a interacciones sociales.

- Temor a la evaluación negativa. (Fear of negative evaluation, FNE) Watson y Friend (1969) Consta de 30 ítems que evalúan las expectativas propias a ser evaluado negativamente por los demás.

Autorregistros.

Adicionalmente, se pide al usuario llenar autorregistros de cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas; métodos de diagnóstico más comunes para este trastorno. (Sierra, et al, 2006) En los *autorregistros*, se reconocerá el impacto de la ansiedad social en el usuario y cómo lo enfrenta: síntomas fisiológicos de la ansiedad, pensamientos negativos, conductas de evitación/huida y cómo le afecta todo eso. Ya que se pretende que se escriba lo que piensa, siente, experimenta y hace. Se puede evaluar también la frecuencia de contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, número de personas con las que interactúan los pacientes, duración de las interacciones, temas de conversación o clases de interacción, así como autoevaluaciones de la ansiedad esperada (anticipada) y la ansiedad real que se experimentó en esas situaciones. (Caballo, 2007) Los formatos de autorregistros utilizados para la intervención del caso que se describe en este manuscrito, se encuentran en el apéndice 3 y 4.

Perspectiva psiquiátrica

Trastorno de ansiedad social 300.23 (F40a 10)

El DSM-5, *manual para el diagnóstico clínico (2019)*, explica el trastorno de Ansiedad Social, mediante síntomas que tienen los pacientes como el miedo a parecer torpe o tonto, en donde los pacientes temen a los errores sociales, como atragantarse al comer en público, temblar cuando escriben o ser incapaces de tener un buen desempeño al hablar, comer, beber o incluso, acudir a baños públicos. Refiere que “Debido a que estas actividades provocan un temor exagerado a la vergüenza o al rechazo social, el individuo evita estas situaciones o las enfrenta con gran ansiedad”.

En la 4ta edición del DSM, el TAS era llamado “Fobia social”, pero se cambió el término a Trastorno de Ansiedad Social a partir del DSM-V, que refleja un entendimiento más amplio del trastorno en varias situaciones sociales. (Marín, Martínez & Ávila, 2015) Además, se establece como ansiedad social si se lleva a partir de 6 meses con la sintomatología ansiosa que se intensifica en situaciones sociales, pero por supuesto, considerando el cumplimiento de los criterios diagnósticos actuales.

Criterios diagnósticos del DSM-V para el TAS

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

- J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad: desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

Es importante verificar que se cumplan en su totalidad estos criterios para diagnosticar el TAS y también es necesario identificar ciertas comorbilidades que pudiera tener la o el usuario, sobre todo para también tratar estos aspectos en la intervención. Adicionalmente, es recomendable que para el usuario con diagnóstico – o posible diagnóstico- de Ansiedad Social, se solicite valoración psiquiátrica, con el fin de establecer un tratamiento completo para el trastorno.

Intervención Cognitivo Conductual en caso de Ansiedad Social.

En el estudio de Antony & Swinson, (2019), se especifica que, con relación a la ansiedad social, la TCC ayuda a identificar las pautas de pensamiento y conducta que contribuyen a la ansiedad y otros sentimientos negativos de las personas. Por otra parte, enseña nuevas formas de pensar y comportarse que ayuden a gestionar más adecuadamente su ansiedad.

La intervención Cognitivo- Conductual en el Trastorno de Ansiedad Social, se divide en cuatro etapas: *Estrategias de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y reestructuración cognitiva* (Heimberg y Juster, 1995; Schneier et al, 1995, en Caballo 2007). Cada una cuenta con técnicas que se emplean para lograr un objetivo específico y así poder continuar con la siguiente etapa. Sin embargo, es necesario mantener la flexibilidad al aplicar las técnicas que incluye cada una, en caso de que, por situaciones especiales del paciente, deban reordenarse.

Relajación.

La relajación reduce el estado de activación fisiológica, ayudando a calmar y obtener equilibrio mental. Ya que, al realizarla de la manera adecuada y con las precauciones necesarias, los efectos se extienden a los procesos cognitivos, emocionales y conductuales. “Probablemente es también uno de los procedimientos que tiene una aplicabilidad más diversa, siendo muy pocos los problemas que no se pueden beneficiar de una forma u otra, de sus efectos” (Sultanoff y Zalaquett, 2000, en Ruíz, M., et al, 2012).

En relación con la ansiedad social, tiene un sentido especial aplicar relajación, ya que como se describió anteriormente, los síntomas fisiológicos generan un desajuste cognitivo y conductual, que no permiten la tranquilidad del sujeto, provocando situaciones más angustiantes. Por lo tanto, en la ansiedad social es importante que se aprenda a relajar la tensión y así, poder autorregularse en momentos de ansiedad.

Una estrategia de relajación que ha demostrado ser efectiva, además de sencilla de enseñar y aprender, es la respiración diafragmática. Ayuda a disminuir la activación general, si se practica diariamente (*Anexo 1*), en un aproximado de 10 veces diarias y en combinación con otras técnicas cognitivas y conductuales.

Reestructuración cognitiva.

Terapia cognitiva

La Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck a principios de los años setenta. Ruíz, et al, 2012 sustentan que “El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual, perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos”. (Pág. 369)

Beck (1976) Enfatiza el papel que juegan en los problemas de ansiedad las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas. Los esquemas y creencias nucleares de la ansiedad se relacionan con la amenaza y el peligro. (Ruíz, 2012. Pág., 375)

En el proceso terapéutico, se deberá iniciar la reestructuración cognitiva desde el llenado de los autorregistros realizados para completar la evaluación y se continuarán usando como actividad complementaria a las sesiones, para analizar en especial las cogniciones más frecuentes, con el objetivo de encontrar creencias irracionales, que generan pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas. En el anexo 3, se encuentra el listado completo de este tipo de percepción. Estos esquemas y creencias negativas se generan cuando el individuo se encuentra en una situación social, ya que piensa que será juzgado o evaluado negativamente. Por lo que afectan la forma en la que se percibe la situación y generan repercusiones en su conducta, emociones y malestar físico.

Terapia Racional Emotiva-Conductual

La Terapia Racional Emotiva-Conductual se originó en 1957, por Albert Ellis. Está clasificada entre las terapias de Reestructuración Cognitiva, ya que cumple con el objetivo de entrenar a los usuarios en reconocer sus pensamientos y creencias irracionales para cambiarlas y así mejorar la percepción que tiene sobre ciertas situaciones. Ellis (1994; 1995) define las creencias racionales como cogniciones evaluativas de significado personal, de carácter preferencial que se expresan en forma de deseo, preferencia, gusto, agrado y desagrado. Los pensamientos racionales son flexibles y ayudan al individuo a establecer libremente sus metas y propósitos. Mientras que los pensamientos irracionales son cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, se expresan de forma rígida con términos tales como “debería de” o “tendría que” y que, a su vez, generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente con la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad. (Ruíz, et al,

2012, pág. 323, 325) DiGiuseppe (2010) considera que es más exacto denominar “esquemas irracionales” a las creencias irracionales de la TREC, debido a su similitud con conceptos de la terapia cognitiva.

En los trastornos de ansiedad social, los esquemas irracionales asociados tienen que ver con creencias desadaptativas relacionadas con incompetencia en la realización de actividades sociales que llevarán a creerse inadecuado y totalmente inaceptable para los otros y a creer que van a ser rechazados. Es un miedo a la evaluación negativa por parte de los demás (Clark y Wells, 1995, en Ruíz, M, 2012.)

Modelo ABC.

La TREC se explica mediante las relaciones que surgen entre tres aspectos fundamentales:

A= Acontecimientos activadores

B= Percepción del suceso/Creencias

C= Consecuencias: Cognitivas, Emocionales, Conductuales o Fisiológicas.

Los acontecimientos activadores, (A) hacen referencia a las situaciones ambientales que enfrentan los individuos. Éstas, como explica Ruíz., (2012), no generan por sí solas consecuencias negativas. Pero la forma en la que se interpretan los acontecimientos, es decir las creencias que tenemos sobre ese suceso, (B) generará determinadas consecuencias cognitivas, emocionales, conductuales o fisiológicas (C)

En el caso específico de la ansiedad social, la TREC identifica como acontecimiento activador las interacciones sociales, que a su vez genera ciertas consecuencias, como pensamientos catastróficos, ansiedad, miedo, tristeza, conductas de huida y evitación de las situaciones sociales y algunas respuestas fisiológicas que pueden variar, como sudoración, taquicardia, temblores, enrojecimiento, entre otras. Pero lo que provoca estas consecuencias,

es la percepción/creencias que se tienen sobre la situación social y su ejecución. Como se refiere en este manuscrito, Caballo 2007 especifica que lo que causa ansiedad no es la situación social, sino la percepción que tenga la persona sobre ese hecho; si considera que será evaluado negativamente.

Por lo tanto, en la TREC trabaja con las creencias irracionales que tienen los individuos sobre determinados acontecimientos, con el objetivo de que no generen más consecuencias negativas y que, por el contrario, se asocien esos acontecimientos activadores a creencias más racionales que ayuden a mantener sus metas y, por ende, a mejorar su estabilidad mental. En la intervención con la usuaria, se trabajó la asociación de nuevas creencias racionales a los acontecimientos activadores. (Ver anexo 6)

Ellis, (1990), describe los pasos para realizar la reestructuración cognitiva, desde la TREC, es decir, la asociación o discusión de creencias. En la tabla 7, se observa el formato de discusión de creencias con las indicaciones respectivas para cada paso. En el Manual de Terapia Racional Emotiva, se muestra como “Formato de autoayuda RET”. (Pág. 34)

Tabla 7: Formato de discusión de creencias con indicaciones.

1. Identificar los acontecimientos activadores (A): Pensamientos o sentimientos que ocurren justo antes de que me sienta perturbado emocionalmente o actúe contraproducentemente.		
2. Escribir las consecuencias/estados (C): Sentimiento perturbador o conducta contraproducente que me produce y que me gustaría cambiar.		
3. Definir las creencias racionales e irracionales (B) que me conducen a la consecuencia (perturbación emocional o conducta contraproducente). Rodee con un círculo todo aquello que infiera de aquel acontecimiento activador (A)	4. Realizar las discusiones para cada creencia irracional rodeada. Ejemplos: ¿Por qué tengo que hacerlo bien?, ¿Dónde está escrito que soy una mala persona?” “¿Dónde está la prueba de que tengo que aprobado o aceptado?”	5. Identificar creencias racionales efectivas para reemplazar mis creencias irracionales. (C). Por ejemplo: “Preferiría hacerlo muy bien, pero no tengo que hacerlo”, “Soy una persona que actúa mal, no una mala persona”, “No hay pruebas de que tenga que ser aprobado, me gustaría serlo”
6. Escribir los pensamientos y conductas que se han experimentado después de realizar una nueva asociación de creencias racionales efectivas.		

Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales, constituyen competencias que permiten el desarrollo de los individuos en comunidad. De acuerdo con Schneier, et, al, (1995), en Caballo, 2007, son un grupo de técnicas que intenta enseñar conductas interpersonales apropiadas con el fin de mejorar la competencia interpersonal de los individuos en clases específicas de situaciones sociales. Su aplicación al tratamiento de la fobia social se basa en la idea de que las personas con fobia social carecen de las habilidades sociales adecuadas, tanto verbales como no verbales. Caballo, (1977), clasifica las habilidades sociales en conductuales y cognitivas.

Habilidades conductuales: Hacen referencia a conductas manifiestas implicadas en interacciones sociales.

Habilidades cognitivas: Corresponden a la manera en la que los sujetos perciben situaciones, estímulos, acontecimientos y cómo los percibe.

El entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), ayuda a mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales (Segrin, 2009, en Ruíz, M, 2012). Debido a que las habilidades sociales son conductas aprendidas, (Kelly, 1988, en Ruíz 2012) entrenarlas en intervenciones de ansiedad social, es fundamental. Ya que, como se describió antes, su condición ansiosa impide que las desarrollen adecuadamente. A su vez, este déficit se asocia a problemas emocionales y desadaptación, (Ruíz, 2012), generando más ansiedad y percepciones negativas de la realidad. La mejora de las habilidades sociales producirá una reducción de la ansiedad. (Caballo, 2007)

El entrenamiento en Habilidades Sociales consiste en el aprendizaje de capacidades, para desarrollar habilidades. Incluye cinco componentes básicos: Justificación e instrucciones, modelado, ensayo conductual, feedback y reforzamiento. Como es recomendable al iniciar cada etapa diferente del tratamiento, es necesario psicoeducar sobre la importancia de las

habilidades sociales, los factores que influyen al manifestarse en el comportamiento habitual y la forma en que se pueden aprender. En el TAS, se sugiere entrenar las siguientes:

- Asertividad
- Autoeficacia
- Iniciar y mantener conversaciones
- Espontaneidad para hablar con otros
- Tolerancia a la frustración
- Solución de problemas
- Afrontamiento a críticas.

El *entrenamiento en asertividad* a menudo principia el tratamiento. Se usa para descondicionar hábitos inadaptables de respuesta de ansiedad hacia la conducta de otras personas, explotando la expresión apropiada de otras emociones que dichas personas evocan. (Wolpe, J, 2017) Principalmente porque genera aprendizaje sobre la forma de comunicación objetiva, en donde se mantiene la premisa de respetar los derechos propios y los de los demás, además de explicar sobre los tipos de respuestas conductuales: Asertiva, sumisa y agresiva, para identificar cuál es la que se realiza con mayor frecuencia y con base a eso, comenzar el entrenamiento. Puede iniciarse con instrucciones relativamente simples que, en casos adecuados, dan lugar a cambios significativos en pocas semanas. Las intervenciones del terapeuta buscan fomentar respuestas inhibitorias de la ansiedad, además, la conducta motora será reforzada por consecuencias agradables, como el control de la situación. (Wolpe, J, 2017)

La asertividad involucra ciertas categorías de conducta emocional, como la de desacuerdo, que se refiere a evaluar cuando hay una falta de respeto a los derechos propios y se trata de exigirlos. Sin embargo, la provocación, sarcasmo y agresión, corresponden también a esta categoría, pero desde el otro extremo. En donde se interpreta una falta a los derechos propios, pero al exigirlos, se falta a los derechos de los demás. Por lo tanto, es necesario

procurar entrenar la conducta asertiva en sí, que se especifica como el equilibrio entre la conducta sumisa y agresiva. Otra clase de asertividad es poder expresar afecto en sus diferentes formas, incluyendo la admiración, gratitud, expresión de opiniones, preguntar e interesarse por los otros y la expresión humorística.

La *autoeficacia* es un término de la teoría social cognitiva, que se define como la creencia de las capacidades de uno mismo para organizar y llevar a cabo los recursos necesarios para resolver situaciones prospectivas. (Albert Bandura, 1986, en Morrison, V. & Bennet, P., 2008). La autoeficacia de una persona se interpreta dependiendo de la situación y las formas de afrontamiento utilizadas para alcanzar objetivos. Además, los pensamientos que tienen las personas de sí mismas, son importantes para la aptitud personal, ya que cada persona puede construir su propio ambiente y sistema social. Consecuentemente, el ser humano no solo reacciona a su ambiente, sino que también es capaz de realizar modificaciones y actuar proactivamente. (Rojas, M., 2014), como se ha descrito anteriormente, las personas con ansiedad social pueden tener carencia de habilidades sociales, debido a su cultura y el ambiente en el que se desarrollaron. Por lo que es importante entrenar nuevas herramientas que incluyan un cambio de perspectiva sobre sí mismos y una serie de pasos que le ayuden a alcanzar sus objetivos. Para ello, se puede utilizar los logros de ejecución, en donde básicamente se busca recordar cómo se han afrontado otras situaciones para considerar las herramientas que se tienen, pero que tal vez se habían olvidado. El aprendizaje vicario consiste en analizar cómo hizo otra persona para solucionar sus problemáticas y así se considera aprender nuevas habilidades, además de tomar en cuenta que si es posible. Por otra parte, este aspecto coincide en que se deberá efectuar el análisis de sus pensamientos y creencias, como se establece en la Terapia Racional Emotiva, ya que, al prolongarse, evitan que la persona tenga mayor autoeficacia percibida.

Otro aspecto a considerar en el entrenamiento en habilidades sociales, es la *solución de problemas*, de modo que el usuario cuente con los pasos para tomar decisiones más acertadas que le ayuden a alcanzar los objetivos propuestos, pero considerando que es posible cometer errores, sin embargo, la estrategia permite evaluar distintas soluciones alternativas de manera realista, tomando en cuenta sólo los aspectos de los que se tienen control directo, ya que si dependen de otras personas, es posible que no se llegue a completar la solución, además, de deberán examinar los costos, tiempos de ejecución, consecuencias y quiénes pueden implementarla, entre otros. El hecho de elegir la solución que se considere más apta no descarta las demás soluciones propuestas, ya que se deberá aplicar primera la solución, pero en caso de surgir otra situación o que algo no salga como se espera, se podrán implementar las siguientes, toda vez que se analicen para verificar que sean convenientes, hasta que se encuentre la solución que realmente funciona con esa problemática. Las fases para la estrategia en solución de problemas son:

1. Definir el problema
2. Anotar ideas de soluciones alternativas
3. Considerar decisiones y realizar una evaluación realista de cada una.
4. Aplicar y evaluar la solución elegida
5. Considerar otra idea de solución en caso requerido

Exposición.

Para reducir la ansiedad en el TAS, se trata de generar la confrontación de los pacientes con las situaciones temidas. Puede abordarse desde la imaginación o en vivo. Se recomienda que esta etapa de intervención sea la última, ya que se trabajaron con el usuario las cogniciones y se entrenaron las habilidades sociales dependiendo del caso. Así, los usuarios habrán aprendido las herramientas necesarias para afrontar la exposición.

Las exposiciones en vivo se pueden realizar en un ámbito controlado, en una consulta, mediante una exposición simulada o planear situaciones reales que deben afrontarse entre sesiones. (Ruíz, M, et al, 2012)

Antes de comenzar la exposición en vivo, es necesario que se realice un proceso de jerarquización de las situaciones ansiógenas, para comenzar con aquellas que producen niveles más bajos de malestar. Se comienza representando las situaciones durante la consulta. Cada una de estas, se debe exponer el número de veces que se considere, pero que permita eliminar el malestar generado. La situación elegida para exposición se elige considerando que debe ser un reto para el paciente, pero manteniendo un nivel en donde se desborden las habilidades aprendidas. Se trabaja con pensamientos automáticos, que el usuario deberá reestructurar, según lo aprendido anteriormente. Es importante que sea este quien realice la técnica de manera proactiva, identificando errores cognitivos y desarrollando una respuesta racional.

Durante los ensayos, el paciente puede establecer metas poco realistas, como argumentar que no se sentirá nervioso o que podrá platicar con un desconocido sin inconvenientes, pero el terapeuta debe ayudar a que estas metas estén al alcance de las habilidades del usuario.

Así mismo, en el proceso de exposición, el terapeuta deberá preguntar cada cierto tiempo sobre el nivel de ansiedad que siente el paciente. Y apoyará para superar las conductas de evitación que pudiera tener. La exposición culmina hasta que la ansiedad se haya disminuido o los objetivos propuestos hayan sido alcanzados.

Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual social en casos de ansiedad social.

El objetivo central de la psicoterapia es la erradicación o el alivio del sufrimiento o incapacidad. Como está claro, en la TCC, se trata de eliminar hábitos desadaptativos persistentes, involucrando conductas y formas de pensar. Por lo tanto, una manera apropiada de medir el éxito alcanzado es clasificando y enumerando los hábitos desadaptables antes de la terapia y al final de la última, evaluando en qué grado se ha eliminado cada hábito. (Wolpe, 2017).

La Terapia Cognitivo Conductual está basada en la psicología científica, ya que sus técnicas y procedimientos cuentan con bases científicas y experimentales, pero también, tienen importantes contribuciones de la experiencia clínica. Siendo el objeto de tratamiento la conducta en sus diferentes variantes: cognitivas, conductuales, emocionales y sociales. Considerando como una actividad susceptible la medición y evaluación del cambio conductual modificando así las conductas desadaptadas y enseñando conductas adaptativas. “La TCC es una terapia limitada en cuanto a tiempo, orientada en el presente, que enseña a los pacientes las cogniciones y comportamientos competentes necesarios para funcionar adaptativamente en su mundo interpersonal e intrapersonal” (Heimberg, 2002, en Baeza, 2007).

La terapia conductual es la aplicación clínica de principios de aprendizaje establecidos mediante la experimentación, se usa casi exclusivamente para aquellos estados clínicos producidos por el aprendizaje. (Wolpe, 2017) Considerando estos aspectos y que la ansiedad social tiene su origen en el aprendizaje del entorno sociocultural, se aprueba que sea un tratamiento efectivo, además de rápido y a bajo costo para el TAS.

Como refiere Luterek, J, (2003), “Las revisiones meta analíticas de la TCC para el trastorno de ansiedad social sugieren que producen un mayor beneficio que el placebo, el asesoramiento de apoyo y las listas de espera como grupo control (Chambless y Hope, 1996).

Las ganancias obtenidas por los pacientes socialmente ansiosos son evidentes inmediatamente después del tratamiento y también en las evaluaciones de seguimiento (Chambless y Hope, 1996; Feske y Chambless, 1995; Fedoroff y Taylor, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap, 1997; Taylor, 1996). En algunos casos, parece que los pacientes realizan mejoras añadidas durante el intervalo de seguimiento” (Gould et al., 1997; Taylor, 1996)

Considerando estas características y lo descrito anteriormente sobre el Trastorno de Ansiedad Social, podemos concluir que es la terapia adecuada para este padecimiento, ya que se trabajará en los patrones de pensamiento que generan ansiedad, además del aprendizaje de nuevas habilidades sociales y su exposición, logrando el desarrollo del individuo como un ser social. Además, la combinación de reestructuración cognitiva y exposición era el único tratamiento activo que resultó superior a los grupos placebo de control (Luterek, J, 2003)

Una investigación reciente encontró que el formato individual era superior al formato grupal, produciendo más disminuciones significativas en los síntomas de ansiedad inmediatamente después del tratamiento y a los 6 meses después de la terminación del mismo (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach y Clark, 2003 en Luterek, J, 2003).

También, es necesario considerar que el 40% de los pacientes con ansiedad, mejoran considerablemente el con terapias convencionales, principalmente por el proceso que se mantiene: Efecto emocional que tiene el tratamiento en el paciente, el tener contacto con el terapeuta, que se le asigne un proceso terapéutico completo para su situación problemática.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL MEDIANTE APLICACIONES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

JUSTIFICACIÓN.

El estudio del Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y sus características, además de la elaboración de un proceso psicoterapéutico para una persona con este diagnóstico, proporciona las herramientas y aprendizajes necesarios para reducir la intensidad y frecuencia de la ansiedad generada en situaciones sociales. Los aprendizajes obtenidos en la psicoterapia mantendrán su efectividad mientras más se practiquen, generando así, nuevos hábitos adaptativos, en donde no solo incluimos aspectos conductuales, sino también cognitivos y fisiológicos. Por lo tanto, de esta manera se podrá hacerles frente a las limitaciones que este trastorno le impone a los individuos que lo padecen.

Considerando los principales aspectos por los cuáles surge y se mantiene la ansiedad social, como especifica Caballo 2007, lo que causa ansiedad no es la situación social, sino la percepción que tenga la persona sobre ese hecho; si considera que será evaluado negativamente y por lo tanto, llegar a sentirse humillado, rechazado o avergonzado, que a su vez genera conductas de huida y evitación. Es por esto que se considera impredecible un proceso psicoterapéutico diseñado en la Terapia Cognitivo- Conductual. Principalmente, por que cuenta con evidencia científica y sus tratamientos se basan en investigaciones metodológicas, por lo que se puede confiar en su eficacia. Por otra parte, debido a la naturaleza de la Terapia Cognitivo – Conductual, en donde se le da especial importancia a los aspectos cognitivos y percepciones que se tenga sobre la situación, se trabaja en su disputa racional y se cambian las creencias irracionales por otras más racionales, el cambio se genera de manera más rápida y significativa. Siendo un avance progresivo en el usuario. En referencia a los aspectos de comportamiento, la TCC también trabaja con técnicas conductuales que permiten el desarrollo

de nuevas habilidades en el usuario, por medio de entrenamientos en el periodo del proceso psicoterapéutico.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Diseñar y aplicar un proceso terapéutico en Terapia Cognitivo - Conductual, para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social (TAS), que ayude a reducir significativamente la intensidad y frecuencia de la ansiedad mediante la psicoeducación de estrategias de afrontamiento y herramientas que ayudarán a mejorar sus habilidades sociales.

Objetivos específicos:

- Aplicar la técnica de respiración diafragmática para calmar su activación fisiológica en momentos de ansiedad.
- Cambiar los pensamientos distorsionados a creencias más racionales, de acuerdo con la TREC
- Expresar lo que siente y piensa de manera asertiva, disminuyendo respuestas sumisas y agresivas
- Aumentar su autoeficacia mediante herramientas que le permitan afrontar críticas y percepciones de otros sin que causen impacto en su forma de pensar y actuar.
- Enfrentarse a las situaciones sociales sin necesidad de un guion, con espontaneidad y sin conductas de evitación

PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos sociodemográficos:

- **Nombre:** GP
 - **Edad:** 50
 - **Estado:** Querétaro
 - **Estado civil:** divorciada
 - **Religión:** cristiana
 - **Ocupación:** Estudiante de psicología, 8vo semestre
 - **Teléfono de contacto:**
 - **Personas con las que vive:** Madre
 - **Actividades en tiempo libre:** Actividades deportivas
-

Motivo de consulta

GP se registró para formar parte de este proyecto debido a que considera que tiene ansiedad social, ya que le cuesta mucho interactuar con las demás personas. Tiene miedo de hacer o decir algo incorrecto y que sea juzgada. (Criterio B) Pero, como menciona, es ella misma la que se juzga fuertemente.

Normalmente, *le provoca mucho miedo y ansiedad realizar actividades cotidianas que impliquen estar cerca de o con otras personas*, como ir a comprar o hablar por teléfono con alguien desconocido. (criterio A), por lo tanto, *no le gusta ir al supermercado, a menos que sea muy necesario*, (criterio G) ya que le da miedo que alguien le pueda preguntar algo que no tiene ensayado y “la vaya a regar”. (criterio C). Pero si es estrictamente necesario ir, trata de controlar perfectamente la situación, *para sentirse lo menos expuesta posible*. (criterio E) En caso de que suceda algo que no tiene planeado, “se descompone” y no sabe cómo actuar, tiende

a rascarse la cabeza, a morderse los labios, jugar con sus manos y suda mucho. Además de que suele tratar de huir de la situación o portarse “sangrona”. (criterio D)

Asume que tiene algunas conductas que considera “mecanismos de defensa”, que le ayudan a parecer funcional. Entre estos, tiende a planear todo cuando sale, suele tener un guión preparado y perfectamente aprendido, por si alguien le pregunta algo. En ocasiones, *dice “disfrazarse”, con sombrero y lentes de sol para que sus vecinos no la reconozcan y no traten de hablar con ella.* (criterio D)

Menciona que anteriormente tenía una tienda tipo farmacia, en donde vendía medicamentos y se sentía ansiosa al grado de que *deseaba que nadie llegara a comprar* (criterio G). Hacía como si estuviera muy ocupada para que nadie la molestara, *se aprendía las posibles respuestas a las preguntas que pudieran hacerle los clientes y si le preguntaban algo fuera de su guion, se “descomponía”, no sabía que hacer, manifestaba una sensación de calor intenso y sudoración excesiva, además, comenzaba a tener pensamientos negativos de sí misma.* (criterio D y E) Para evitar esto, prefería “hacerse la sangrona”, es decir, como si estuviera de mal humor o estuviera muy ocupada, por lo que el cliente optaba por irse. Comenta, además, que siempre repite lo mismo, debido a que no puede ser espontánea al hablar. (Criterio G)

Antecedentes del problema

Los síntomas de GP *comenzaron desde la adolescencia, alrededor de los 15 años,* cuando perdió dos piezas dentales. Comenta que tuvo un evento vergonzoso que la hizo sentirse más tímida e insegura.

Actualmente, tiene 50 años y aún persisten los síntomas, (criterio F). Cuando era adolescente, evitaba ir a fiestas o “discos”, pero en algunas ocasiones que fue y alguien la sacaba a bailar, *se agarraba de la silla para no pararse e incluso llegando a llorar.* (criterio

C) Comenta que quiso tomar cursos de oratoria y de danza, pero nunca pudo hablar o bailar en público (Criterio G)

GP está divorciada y tiene un hijo de 24 años, pero vive sola con su madre, que tiene 80 años y ella se encarga de su cuidado. Comenta no tener figuras de apoyo, no tiene muchos amigos, solo dos, una compañera de la secundaria y una psicóloga y que solo con ella se siente en confianza para ser ella misma. No la frecuenta mucho, por la situación de la pandemia, pero que también se siente cómoda con eso. Le gusta estar sin tener que salir de su casa. Sin embargo, comentó que las amistades no son sinceras ni verdaderas.

En cuanto a su familia, explica que no tiene mucho apoyo, que sus hermanos son de los pocos que han comprendido su condición.

Asume que tiene una constante necesidad de aceptación, pero a su vez, también indica que podría vivir sola en un rancho, sin personas, que podría aislarse de la sociedad si le fuera posible. (Criterio D) Pero, también reconoce que el ser humano es un ser social y que necesita de otras personas, por lo que le interesa trabajar en terapia su trastorno, para que ya no tenga que lidiar con eso, ya que quiere sentirse más espontánea y natural.

Estuvo en terapia psicoanalítica por 8 años, con 3 sesiones semanales, en donde trabajó su autoestima. Por lo que entiende que si es capaz de ser tener situaciones sociales cotidianas y que es un ser funcional, pero le cuesta entender que si es capaz, entonces, por qué no puede hacerlo. Su terapeuta recientemente le comentó que ya había pasado mucho tiempo y que debía buscar otro terapeuta, eso le provocó mucha ansiedad.

Quejas:

Incapacidad de relacionarse de manera normal con otras personas, tener que utilizar un guion por cada conversación que tiene y no puede ser espontánea al interactuar con los demás.

Demandas:

GP reconoce necesitar ayuda para poder ser más abierta y espontánea: hablar sin tener un guion, ni ponerse nerviosa, eliminar pensamientos negativos que tiene sobre sí misma y entender qué sucede, por qué no puede hablar con los demás de manera espontánea. Ya que no desea seguir lidiando con esas situaciones, que solo le provocan más incomodidad.

Descripción de las conductas problema

Definición operacional de la conducta:

- GP presenta ansiedad cuando tiene que comunicarse con otras personas.
- Suele tener preparado un guion por si alguien le pregunta algo, con sus posibles variantes de respuestas.
- Tiende a huir o esconderse cuando se presentan situaciones en donde debe interactuar con otros
- Piensa demasiado en una situación y en qué pensarán de ella, al grado de no poder dormir o hacer otras actividades cotidianas.
- Presenta nerviosismo: sudoración, jugar con sus manos y cabello, taparse la cara, morderse los labios, tallarse los ojos.

Cognitiva

GP suele tener pensamientos negativos sobre sí misma y lo que hace cuando tiene que entablar una conversación con otra persona. Piensa que “la va a regar”. También suele pensar que las personas la van a juzgar, sobre lo que diga o haga, aunque nadie se lo mencione. Eso provoca que se sienta ansiosa y por ende, empieza a tener más conductas que demuestran su nerviosismo, lo que termina afectando más. Refiere no importarle vivir completamente sola, si pudiera, pero sabe que todos necesitamos de los demás, solo que no logra entender por qué le cuesta tanto poder desenvolverse de manera normal.

Conductual

El comportamiento habitual que tiene cuando tiene que interactuar con alguien, incluye jugar con sus manos, morderse los labios, rascarse la cabeza, taparse la cara con la mano, y decir muletillas. Pero también suele apretar mucho la mandíbula y rechina los dientes. Para evitar sentirse tan ansiosa, normalmente se aprende guiones perfectos con al menos 4 posibles variantes, para usarlos en caso de que alguien le pregunte algo. Comenta no poder ser espontánea ni natural. Refiere que el comunicarse con otras personas, hacer algo mientras es observada, acudir a fiestas o establecer algún tipo de contacto con alguien, se le verá forzado. Hablando de sus conductas de evitación, prefiere esconderse, huir, hacer como si estuviera ocupada o enojada para que nadie la hable. Incluso, comenta que “se disfraza” cuando sale de su casa, con tal de que los vecinos no la hablen.

No le gusta hablar por teléfono. Ya que la persona puede “darse cuenta” de su nerviosismo. Cuando no tiene un guion planeado y tiene que hablar con alguien, puede tener respuestas agresivas.

Fisiológica

En los momentos de interacción con alguien desconocido, se siente nerviosa, le empieza a dar taquicardia, le tiemblan las manos, siente “como un calor que sube”, sudoración excesiva, mareos y temblores.

Emocional

Presenta tristeza, en ocasiones, llega a sentirse sola. Siente que nadie la comprende. Menciona que no tiene amigos ni figuras de apoyo. Sin embargo, reconoce tener amigas y que sus hermanos comprendieron su situación, pero comenta que prefiere mantenerse sola.

EVALUACIÓN

Antes de iniciar la evaluación para este proceso terapéutico, se realizó un consentimiento informado (Apéndice 1) en donde se especifican los tipos de sesiones que se llevarían a cabo y la importancia de la evaluación inicial para identificar el problema y abordarlo de manera correcta durante la intervención. También, se manifiesta el compromiso que debe tener el participante al aceptar formar parte del proyecto, de modo que acuda a todas las sesiones programadas, realice sus actividades de terapia y concluya satisfactoriamente su proceso terapéutico. También, se le pidió a la usuaria responder la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, para verificar que cumpliera con los criterios del TAS.

Entrevista inicial.

En la primera sesión programada con la usuaria, se realizó una entrevista inicial, en donde se comenzó a generar la relación de compromiso y confianza por concluir el proceso terapéutico, se explicó la forma en que trabaja la Terapia Cognitivo Conductual como psicoterapia, se estableció el encuadre terapéutico y se obtuvieron los datos básicos de identificación para la ficha técnica de la usuaria, se identificó el motivo de la consulta, las quejas y demandas de la usuaria, intentos por cambiar la situación y en especial, repercusiones en su vida; conductas problema en los tres tipos de respuestas: conductual, cognitivo y fisiológico, en donde aumentaban y sus posibles causas; así como aspectos de frecuencia, intensidad y duración de la ansiedad.

Con la información recabada, se empezó a realizar la evaluación inicial y sus componentes: Análisis funcional de la conducta y análisis secuencial integrativo. También, se otorgaron los documentos de pruebas psicométricas para contestar.

Por otra parte, se cuestionaron aspectos relacionados a síntomas que pudieran sugerir que la usuaria hubiera desarrollado ciertas comorbilidades del TAS, en donde comentó no tener

otras problemáticas asociadas, ya que no consume alcohol ni otras drogas. Tiene intervalos de tristeza, pero no como depresión, ya que no son tan frecuentes ni intensos como la ansiedad, ya que intenta evitar las situaciones sociales por conductas, pero evita pensar en el efecto o repercusiones que le causa este problema. Tampoco presenta intentos suicidas.

Pruebas psicométricas aplicadas.

Para comprobar que la usuaria cumpliera con los criterios de inclusión para el proyecto, se aplicó la escala de ansiedad social de Liebowitz (Liebowitz, M., et al., 2000, en Hope, D., et al., 2019) (Anexo 2), en donde tuvo una calificación de 70 en la intensidad de la ansiedad y 70 en evitación de esa situación en específico. La puntuación mínima posible es de 0 y la posible es de 144. Al sumar las dos columnas (intensidad y evitación), el resultado final para la usuaria es de 140, que, en sugerencia de los autores, se aprecia ansiedad social muy severa.

Por otra parte, se solicitó rellenar el formato de apoyo para diagnóstico (Apéndice 2), que se realizó basado en la información especificada por Caballo, (2007): “La evaluación de la fobia social, debería considerar de forma sistémica los síntomas fisiológicos, conductuales y subjetivos, así como sus reacciones a ellos. La gravedad de la fobia puede estimarse si nos enteramos del grado que interfiere con la vida diaria, incluyendo su capacidad para trabajar a cabo relaciones normales. Puede ser de utilidad preguntar al paciente: ¿Qué te impide hacer la fobia? y si ya no tuvieras ese problema, ¿qué diferencias produciría en tu vida? (Butler, 1989)”. De igual forma, es importante identificar los factores que la mantienen.

También, se empleó el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Anexo 4) para evaluar la ansiedad que presentaba de manera ordinaria en situaciones sociales. Obtuvo un puntaje de 30, expresado como ansiedad grave. La interpretación de las puntuaciones del BAI, se suele basar en unas puntuaciones de corte que definen diferentes niveles de gravedad de sintomatología ansiosa. (Sanz, J, 2013, p 43) “La última edición del manual original del BAI

propone las siguientes: 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave” (Beck y Steer, 1993).

Adicionalmente, se consideraron los criterios especificados en el DSM-V, se evaluó el caso mediante la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), (Anexo 5) donde la usuaria tuvo un puntaje de 65, especificado para el trastorno de ansiedad social.

Autorregistros para evaluación.

Con el objetivo de evaluar de manera detallada las cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas de GP, además de que ella pudiera hacer un ejercicio de autoanálisis de estas tres vertientes y posterior a esto, entender por qué le sucede la fobia social y cómo le afecta, se realizaron dos autorregistros:

1. Autorregistro de cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas (Apéndice 3)
2. Autorregistro de intensidad, duración y frecuencia. (Apéndice 4)

En el autorregistro conductual, se registraron durante 10 días, los pensamientos, conductas y reacciones fisiológicas bajo las categorías: “¿Qué pienso?”, “¿Qué hago?” y “¿Qué pasa con mi cuerpo?”, que se escribirán antes, durante y después de la conducta problema. Marcando también, la intensidad y la duración aproximada.

En el segundo autorregistro, se registró la intensidad de los periodos de ansiedad, en donde deberá calificarlos del 0 (no siente absolutamente nada de ansiedad) y el 100 (toda la ansiedad que pueda sentir. También, se estableció una segunda casilla para anotar la duración promedio de la ansiedad y cómo la eliminó en ese momento. Este autorregistro, es de ayuda para analizar si la intensidad, frecuencia y duración del periodo de ansiedad, aumenta, se mantiene o disminuye desde el inicio de la línea base (evaluación inicial), al proceso de intervención y el seguimiento una vez finalizada la aplicación de técnicas.

Adicional, se solicitó una lista en forma de jerarquía, en donde organizara de mayor a menor, las situaciones sociales que le provocaban ansiedad, asignándole un porcentaje según la intensidad de la ansiedad percibida. (Apéndice 5)

Análisis Secuencial Integrativo

Tabla 8: Análisis secuencial integrativo

Antecedentes Funcionales	Organismo	Respuestas	Consecuencias
<p>Externos:</p> <p>→ ¿Dónde? En lugares donde hay gente (parques, supermercados, tiendas)</p> <p>→ ¿Cuándo? Cuando tiene que interactuar con gente</p> <p>→ ¿Cómo? Escribe guiones para poder responder a una conversación, presenta nerviosismo, cuerpo rígido y sudoración</p> <p>→ ¿Con quién? Personas desconocidas y que no sean de su familia.</p> <p>Temas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad 	<p>Biológicos/Fisiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - No presenta enfermedades crónicas. - No tiene trastornos diagnosticados. - No consume algún tipo de medicación. <p>Habilidades:</p> <p>Presencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje - Empatía <p>Carencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Habilidades sociales -Asertividad -Control de emociones <p>Creencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La gente juzga mucho -La gente sabe por el tono de voz su estado de ánimo. -Debe hacerse “la sangrona” para expresarse. -Podría vivir 	<p>Cognitiva:</p> <p>Pensar que la “va a regar”, “se van a dar cuenta” (de que está nerviosa)</p> <p>Comenta que no le interesa lo que piensen los demás de ella, pero reconoce que tiene cierta necesidad de aceptación y que se siente juzgada en situaciones sociales.</p> <p>Motora:</p> <p>Morderse los labios, jugar con las manos y el cabello, taparse la cara, decir muletillas, no poder dormir cuando al día siguiente debe hablar con otras personas.</p> <p>A veces tiende a aparentar ser otra persona o que no siente ansiedad, pero sus reacciones se pueden observar.</p>	<p>Corto plazo:</p> <p>Falta de figuras de apoyo y sentirse sola e incomprendida en ocasiones.</p> <p>Vivir con tensión todo el tiempo</p> <p>Mediano Plazo:</p> <p>No poder desempeñar adecuadamente en el empleo que le gustaría</p> <p>No poder desenvolverse adecuadamente en situaciones que lo requieran</p> <p>Estado de ánimo</p>

<ul style="list-style-type: none"> - juzgar - Inseguridad - Poca asertividad <p>Internos: Se siente juzgada todo el tiempo</p> <p>Antecedentes Históricos -Pelea en la secundaria que la hizo sentir avergonzada.</p>	<p>completamente sola, alejada de todos, siendo ermitaña. Aunque reconoce que necesita a los demás.</p>	<p>Asume que debe hacerse “sangrona” u ocupada, para que no la hablen y no se den cuenta de su ansiedad</p> <p>Fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sudoración excesiva -Suspiros largos -Respiración entrecortada -Mareos -Taquicardia -Nervios -Rigidez en el cuerpo -Dolor de estómago -Temblores 	<p>decaído.</p> <p>Largo Plazo: No poder compartir sus experiencias y manejarse en problemas sin herramientas y sin figuras de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Depresión -Ansiedad generalizada <p>No poder disfrutar de una vida normal en comunidad.</p>
--	---	--	--

En la tabla 8, se puede visualizar el análisis secuencial integrativo realizado para este caso de Ansiedad Social, en donde se describen los antecedentes funcionales externos e internos. Los primeros, responden las preguntas: dónde, cuándo, cómo y con quiénes sucede la conducta problema; mientras que en los internos se verifica la principal cognición que afecta y genera la ansiedad social: Sentirse juzgada todo el tiempo. Por lo otro lado, se especifica de manera sencilla un evento pasado que pudo tener relación con el origen del TAS. En la columna “Organismo”, se enlistan las condiciones biológicas de la usuaria, así como la presencia y carencia de habilidades, así como las creencias actuales sobre sus percepciones. En la siguiente columna, se enlistan las respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas que tiene la usuaria, que se relacionan completamente con los síntomas comentados en las referencias de este manuscrito. Por otra parte, en la columna “Consecuencias”, se definen consecuencias a corto,

mediano y largo plazo, en caso de continuar con los síntomas del TAS sin recibir el tratamiento adecuado.

Análisis Funcional del caso. (Diagrama analítico)

En el análisis funcional del caso que se realizó para la usuaria, (ilustración 1) se encontró que la perspectiva que GP tiene sobre las situaciones sociales, en donde piensa que será juzgada constantemente o que debe tener ciertas conductas para poder expresarse y que la tomen en cuenta, le producen una ansiedad incontrolable que interrumpe sus actividades cotidianas, porque considera que puede perder el control mediante respuestas agresivas hacia los demás o el lugar en donde se encuentra.

Para sentirse protegida y en control de las situaciones, considera que necesita aprenderse un guion con posibles respuestas a preguntas en caso de que tenga que interactuar con alguien. Pero cómo sabe que hay situaciones que no puede controlar del todo, tiene ciertas conductas para evitar enfrentarse a determinadas situaciones: No da su opinión, evita realizar reclamos o exigir sus derechos.

Esto ha producido miedo a salir a la calle y acudir a sitios públicos, ya que podían hablarle y preguntarle algo para lo que ella no esté preparada.

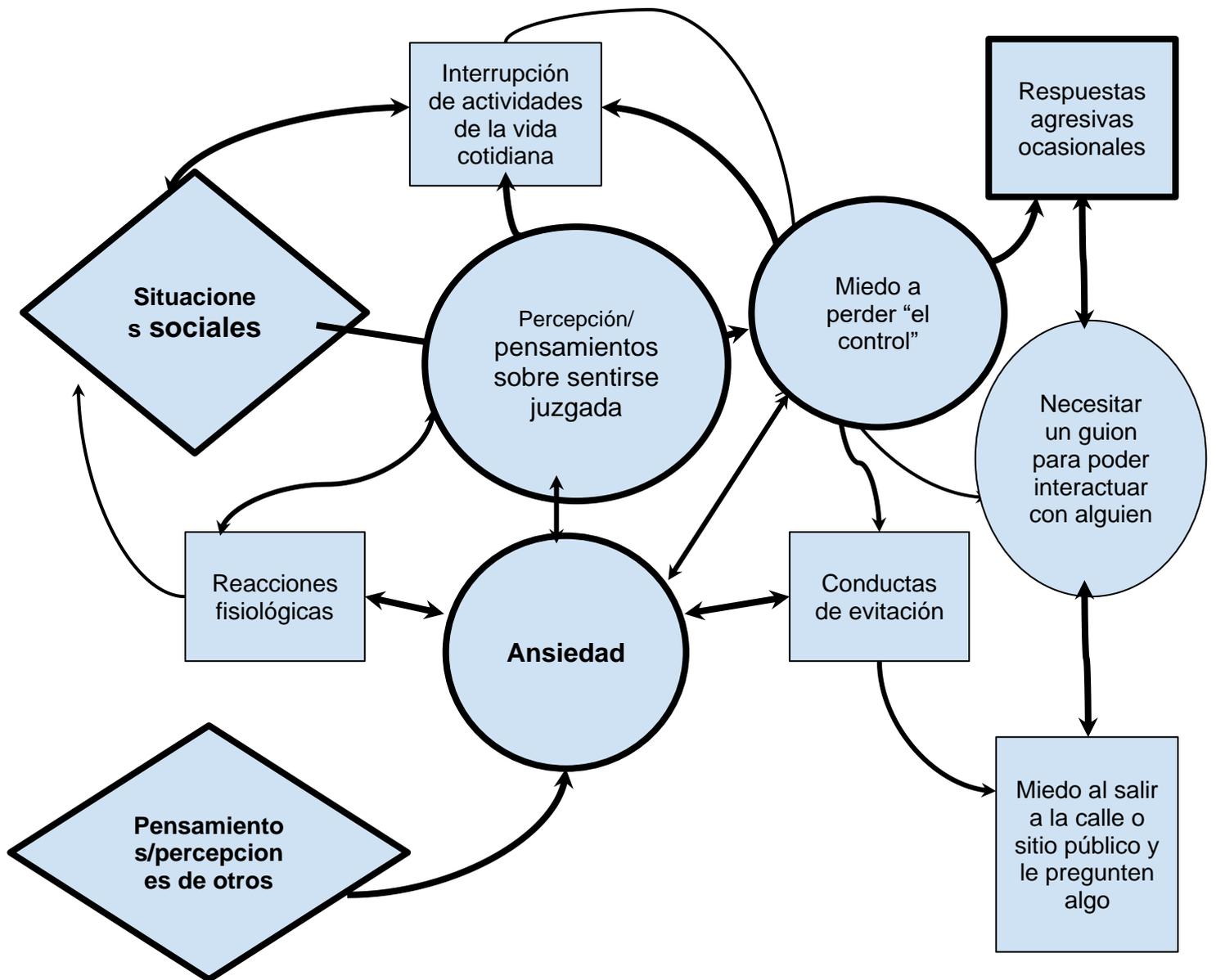


Ilustración 1: Diagrama analítico del caso

Esto, a su vez produce ansiedad "porque se van a dar cuenta", por medio de sus reacciones fisiológicas: como nerviosismo, morderse los labios, sudoración en la frente, temblores, muletillas, que se encuentra ansiosa y puedan juzgarla, además del miedo a no saber cómo reaccionar y tener respuestas agresivas, que van desde ignorar a los demás, hasta empujar o tirar cosas, que, aunque no suceden siempre, le produce ansiedad esta pérdida de control.

DIAGNÓSTICO.

Perspectiva psicológica

Considerando la información descrita en las secciones anteriores, en donde se realizó la evaluación inicial, se considera importante destacar la ansiedad en el sistema de tres respuestas: cognitivas, conductuales y fisiológicas. Según lo especificado en la definición operacional de las conductas y el análisis secuencial integrativo, en donde respuestas son típicas de la ansiedad social, en el organismo, se especifica la carencia de habilidades sociales y asertividad.

Además, la información obtenida en los autorregistros estableció que la usuaria percibió ansiedad con intensidad alta, en la mayoría de las situaciones en donde tuviera que interactuar socialmente, en especial si tiene que conocer personas, mantener una conversación, hablar por teléfono y que la vean comer. (ilustración 3) Los pensamientos recurrentes que registró pueden catalogarse como distorsiones cognitivas, según lo especificado en la terapia cognitiva de Beck.

Con respecto a las reacciones fisiológicas, manifestó sudoración excesiva, suspiros largos, respiración entrecortada, mareos, taquicardia, nervios rigidez en el cuerpo, dolor en el estómago y temblores, reacciones típicas de la ansiedad.

Entre las conductas registradas, se obtuvo morderse los labios frecuentemente, jugar con sus manos, decir muletillas, así como tener conductas de huida y evitación, con el fin de protegerse de determinadas situaciones que le provocan ansiedad.

Todos estos factores indican la presencia ansiedad en intensidades altas, pero solo aparece cuando la usuaria se enfrenta a situaciones sociales, ya que, mientras se encuentra sola o con personas de confianza, no tiene estos signos y puede hablar abiertamente, así como mantenerse tranquila. Desde este punto de vista, la ansiedad social es el diagnóstico más adecuado para este caso.

Por otra parte, según los datos recabados en los autorregistros y entrevistas, es importante destacar que la usuaria no presenta comorbilidades asociadas al trastorno.

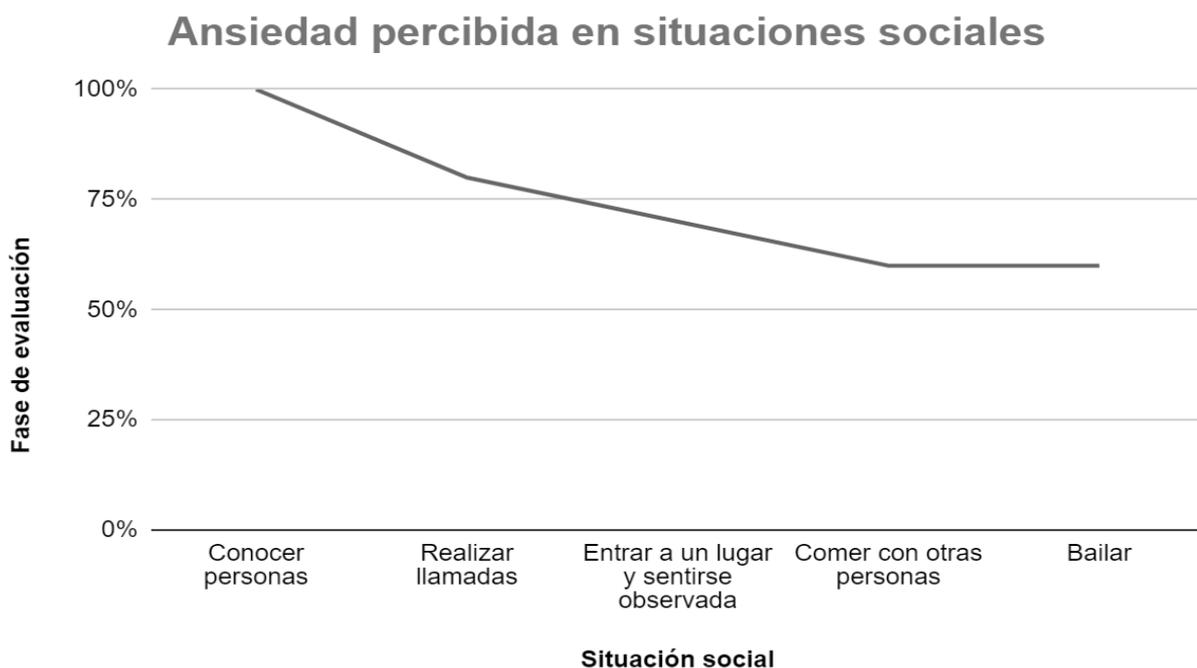


Ilustración 3: Porcentaje de ansiedad percibida en situaciones sociales.

Perspectiva psiquiátrica

Análisis del caso mediante criterios del DSM V

Trastorno de ansiedad social 300.23 (F40a 10)

La historia del problema que presenta Grace y su constante evitación de las situaciones sociales (criterio D), por la ansiedad que le provocan (criterio A), ya que piensa que “la va a regar” si habla o realiza actividades con otras personas (criterio B). Aunque sabe que es completamente funcional y que, si puede hacer todo eso, (criterio E), pero no entiende por qué no puede. Cuando tiene que enfrentarse a alguna situación social, tiende a planear todo y crear un guion que se aprende a la perfección, para poder dar una respuesta acertada. (Criterio C) Considerando que Grace no puede ir al supermercado en cualquier momento, tenía una tienda,

pero no le era posible atender a los clientes de manera correcta y preferiría vivir completamente sola, sin tener contacto con la gente (Criterio G). Así mismo, los síntomas de GP, comenzaron cuando tenía 15 años y perdió dos piezas dentales. Ahora tiene 50 y sigue sin poder solucionarlo. (criterio F) No tiene prescripción de ningún fármaco por el momento y no ha consumido drogas anteriormente. (criterio H)

Analizando estos criterios diagnósticos y sus situaciones, se considera que GP cumple con todos. Además de tener un puntaje de 65 en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) por lo que su diagnóstico sería el *Trastorno de ansiedad social 300.23 (F40a 10)*.

Hipótesis del problema.

GP padece del Trastorno de Ansiedad Social (TAS), por afectaciones que tuvo en adolescencia y se mantiene actualmente, por pensamientos en donde se cree juzgada todo el tiempo, lo que le causa ansiedad. Manifestándose por sus conductas de evitación y de huida, además del deseo de vivir de manera ermitaña.

Objetivos terapéuticos:

- Aplicar la técnica de respiración diafragmática para calmar su activación fisiológica en momentos de ansiedad.
- Cambiar los pensamientos distorsionados a creencias más racionales, de acuerdo a la TREC
- Expresar lo que siente y piensa de manera asertiva, disminuyendo respuestas sumisas y agresivas
- Aumentar su autoeficacia mediante herramientas que le permitan afrontar críticas y percepciones de otros sin que causen impacto en su forma de pensar y actuar.
- Enfrentarse a las situaciones sociales sin necesidad de un guion, con espontaneidad y sin conductas de evitación.

INTERVENCIÓN.

En el caso de la usuaria de esta intervención, considerando la información obtenida en la evaluación inicial de la línea base y las metas conductuales establecidas, en las que estuvo de acuerdo, se realizó un programa de intervención específico para la usuaria.

En la tabla 9, se identifican las metas y objetivos de la intervención, las conductas problema a intervenir durante el tratamiento, el componente, estrategia terapéutica y las metas que se abordarán en cada sesión.

Tabla 9: Metas y objetivos de la intervención en TAS.

Conducta problema	Componente	Estrategia terapéutica	Objetivos terapéuticos
1. No poder calmarse, respirar agitadamente.	Fisiológico	<i>1. Respiración diafragmática</i>	Realizar la respiración diafragmática de manera correcta, para calmar su activación fisiológica en momentos de ansiedad.
2. Pensar que es juzgada siempre, sentirse mala persona si no hace ciertas cosas, no poder entablar conversaciones sin un guion, falta de espontaneidad.	Cognitivo	<i>2. Terapia Racional Emotiva-Conductual</i>	Encontrar pensamientos y creencias negativas que producen malestar en su vida. Cambio de asociación de pensamientos distorsionados a creencias más racionales, de acuerdo con la TREC.
3. No poder dar su opinión o exigir el respeto de sus derechos, expresarse en ocasiones con respuestas agresivas o sumisas, falta de decisión.	Conductual	<i>3. Entrenamiento en habilidades sociales:</i> - Asertividad - Autoeficacia - Afrontamiento a críticas	Expresar lo que siente y piensa de manera asertiva, disminuyendo respuestas sumisas y agresivas Aumentar su autoeficacia mediante herramientas que le permitan afrontar críticas y percepciones de

		<ul style="list-style-type: none"> - Bloqueo de pensamiento - Solución de problemas - Identificación de sus figuras de apoyo. 	<p>otros sin que causen impacto en su forma de pensar y actuar. Mayor eficacia al resolver problemas.</p>
<p>4. Evitación de situaciones sociales o enfrentamiento pero con conductas sumisas/agresivas cuando la interacción se sale de su control.</p>		<p>4. <i>Exposición.</i></p>	<p>Enfrentarse a las situaciones sociales sin necesidad de un guion, con espontaneidad y sin conductas de evitación</p>

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (TAS)

Etapa 1: componente fisiológico, relajación

SESIÓN I

Respiración diafragmática

1/04/2022

Objetivo	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>Que la usuaria conozca qué es, cómo y los beneficios de la respiración diafragmática, para que la pueda practicar todos los días y en un momento de ansiedad, le sea más sencillo regularse y bajar su nivel de activación.</p>	<p>En esta sesión, se le mostrará a la usuaria el análisis funcional realizado en su caso, las metas conductuales que se establecieron y las fases de la intervención, para que ella pueda entender el modo a trabajar.</p> <p>Se le enseñará la técnica de relajación: respiración diafragmática, primero mostrándole la importancia de la relajación y de respirar adecuadamente. Después, se le explicará cómo hacerlo sencillamente, de modo que pueda practicarla todos los días para bajar su nivel de ansiedad en situaciones sociales.</p>	<p>Respiración diafragmática</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Ejemplos de uso y de efectividad - Práctica 	<p>- Videos de respiración diafragmática correcta (Perona, U., 2017) y (Fisioterapia Respiratoria, 2017)</p>	<p>-Practicar respiración diafragmática al menos 8 veces al día, con ciclos de 3 o 4 respiraciones profundas.</p> <p>-Retomar los autorregistros de cogniciones, conducta y reacciones fisiológicas, para evaluar la siguiente etapa de intervención.</p> <p>-Realizar registro de intensidad-frecuencia de la ansiedad.</p>	<p>La usuaria practicará la respiración diafragmática diariamente, de modo que su nivel de activación se estabilizará, bajando también la ansiedad.</p>

Etapa 2: componente cognitivo, reestructuración cognitiva

SESIÓN II: Psicoeducación: Terapia Racional Emotiva- Conductual (TREC).

8/04/2022

Objetivo	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>Que la usuaria comprenda la importancia de conocer sus pensamientos y cómo afectan en sus conductas y reacciones físicas. Además de que, en conjunto con la relajación, pueda canalizar la ansiedad que siente en situaciones sociales.</p>	<p>Se utilizará la psicoeducación para explicar cómo funcionan las cogniciones y el impacto que tienen en la conducta y las reacciones fisiológicas. Una vez comprendido este aspecto, se le explicará cómo está conformada la Terapia Racional Emotiva Conductual y el esquema ABC. Se utilizarán para ello los autorregistros llenados anteriormente, de modo que pueda analizar la relación que tienen sus pensamientos, conductas y reacciones físicas. Una vez realizado ese análisis, se explicará que se puede tener una perspectiva distinta de las situaciones, mediante un cambio de creencias, que se realiza refutando las actuales, usando preguntas para establecer nuevas perspectivas. Se explicará cómo se realiza este proceso mediante el esquema ABCDEF y se ejemplifica de modo que esté claro.</p>	<p>Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC) -Psicoeducación sobre errores de pensamiento, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y su relación con la conducta -Esquema ABC -Revisión de autorregistros y localizar cogniciones negativas. -Cuestionamiento socrático en situaciones que generan ansiedad.</p>	<p>-Autorregistros de cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas. (Apéndice 3) -Esquema de cambio de creencias: ABCDEF, TREC- Ellis (Anexo 6) en pantalla compartida. * *Las indicaciones para esta actividad, se encuentran descritas en la tabla 7: “Formato de discusión de creencias”, ubicado dentro del subtema Modelo ABC, en la Reestructuración Cognitiva, del apartado Intervención en TCC.</p>	<p>Llenado del formato de situaciones frecuentes y su refutación, con esquema ABCDEF (TREC- Ellis)</p>	<p>Los autorregistros le funcionarán para entender lo que está pensando y cómo afecta su conducta y sus síntomas. Se espera que al conocer la TREC, la usuaria pueda reconocer sus pensamientos negativos y poder refutarlos adecuadamente sin que afecten su vida, en la sensación de ansiedad</p>

SESIÓN III: Práctica de pensamientos irracionales a percepciones racionales.

15/04/2022

Objetivo	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>Practicar la refutación de pensamientos negativos con situaciones que generan ansiedad social.</p>	<p>Para esta sesión, se practicará la refutación de los pensamientos automáticos negativos, utilizando el formato utilizado anteriormente, solo que con una situación diferente, en esta vez, con un aspecto que le provoca ansiedad social. Se evaluará la situación, las cogniciones que tiene regularmente y se realizarán preguntas para refutarlas. Esto ayudará a que pueda cambiar de perspectiva de manera más sencilla.</p>	<p>Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuestionamiento socrático en situaciones que generan ansiedad. -Práctica de TREC: discusión de creencias irracionales para adaptación a creencias racionales. 	<p>-Esquema ABCDEF en pantalla compartida</p>	<p>-Práctica de nuevas cogniciones aprendidas: repetirlas diariamente, cuando se de cuenta que tiene pensamientos negativos sobre determinada situación.</p>	<p>-Se espera que la usuaria disminuya la ansiedad que le generan ciertas situaciones sociales, mediante el análisis y refutación de cogniciones, así como generar un cambio de perspectiva idóneo.</p>

Etapa 3: componente conductual, entrenamiento en habilidades sociales

SESIÓN IV: Entrenamiento en asertividad

22/04/2022

Objetivos	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>Que la usuaria conozca aspectos básicos sobre la asertividad y cómo se puede llevar a cabo, así como los tipos de respuestas que se tienen dependiendo de la interpretación que se le de a la situación.</p> <p>Que conozca los derechos asertivos y pueda trabajar en los que se le dificulta poner en práctica, mediante el cambio de creencias.</p>	<p>Se iniciará con psicoeducación sobre la asertividad: qué es, cómo se manifiesta, los tipos de respuestas que podemos tener y cómo la percepción de una situación puede influir en la respuesta que tengamos (sumisa, asertiva o agresiva).</p> <p>Explicación sobre los derechos asertivos e identificar cuáles son más difíciles de practicar para la usuaria.</p> <p>Identificar situaciones frecuentes en donde tiene que practicar esos derechos con dificultades, cómo se interpretan y las respuestas que tiene frecuentemente.</p> <p>Se realizará un esquema de cambio de creencias para entender cuáles son los pensamientos negativos o distorsionados que afectan y cambiarlos por otros más racionales.</p>	<p>Asertividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducación sobre asertividad. -Derechos asertivos -Identificación de situaciones ansiosas y sus respuestas. <p>Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambio de creencias limitantes 	<p>-Presentación power point sobre asertividad</p> <p>- Formato de cambio de creencias (esquema ABCDEF)</p> <p>-Jerarquía de estímulos que provocan ansiedad, ordenados de mayor a menor (Apéndice 5)</p>	<p>-Continuar el formato de cambio de creencias de una situación diferente, en donde se le dificulte ejercer sus derechos asertivos.</p>	<p>La usuaria podrá comprender cuáles son las percepciones que afectan y que generan ciertas respuestas en su comportamiento, evitando que pueda hacer valer sus derechos asertivos. Con esa información, podrá cambiar esas creencias y disminuirá su ansiedad al enfrentarse a esas situaciones frecuentes.</p>

Objetivos	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>Que la usuaria conozca los modelos de comunicación asertiva y pueda implementarlos en su vida diaria. Además, que pueda comunicarse asertivamente de manera gradual y sin necesitar un guión para ello.</p>	<p>Explicación sobre los modelos de comunicación asertiva más habituales para determinadas situaciones: cotidianas, pedir favores, pedir un cambio de comportamiento y decir “no” y defenderse. Se creará un guion con los pasos para efectuar este tipo de comunicación de manera sencilla. Y se realizará el primer ensayo de comunicación asertiva. En los siguientes ensayos, se irán agregando nuevas situaciones, de manera gradual, de modo que la usuaria pueda ensayar y después comunicarse sin ansiedad en las situaciones reales.</p>	<p>Asertividad: -Modelos de comunicación asertiva -Ensayo de conducta asertiva</p> <p>Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC): -Cambio de creencias limitantes</p>	<p>-Presentación de power point sobre asertividad. -Formato de cambio de creencias (esquema ABCDEF)</p>	<p>-Practicar la comunicación asertiva en situaciones que le sean familiares primero, para luego practicarlas de manera gradual en situaciones que le generan poca ansiedad y después ansiedad moderada.</p>	<p>Se espera que la usuaria pueda replicar en su vida diaria las formas de comunicación asertiva sin ansiedad.</p>

Objetivos	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>La usuaria conocerá los aspectos de la autoeficacia y cómo aplicarla en su vida diaria.</p> <p>Aumentar su autoeficacia mediante herramientas que le permitan afrontar críticas y percepciones de otros sin que causen impacto en su forma de pensar y actuar.</p>	<p>Se explicará a la usuaria el concepto de autoeficacia y su relación con las metas y objetivos.</p> <p>La usuaria definirá sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, incluyendo entre estos, la disminución de la ansiedad en situaciones sociales.</p> <p>Evaluar si las conductas que realiza le permiten acercarse a sus objetivos y definir prioridades para alcanzarlos.</p> <p>Pedir que recuerde situaciones anteriores en donde ha tenido problemas y cómo las ha afrontado (logros de ejecución), se le contará una historia de otra persona que afrontó la ansiedad social y logró recuperarse de ello (experiencia vicaria) y se analizarán los pensamientos automáticos negativos que tenga en relación con sus capacidades (persuasión verbal, TREC)</p> <p>Identificación de sus figuras de apoyo y sus funciones.</p>	<p>Autoeficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Planteamiento de objetivos -Logros de ejecución - Experiencia vicaria - Persuasión verbal <p>Autorregulación</p> <p>Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambio de creencias limitantes <p>Figuras de apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación de power point sobre autoeficacia -Formato de cambio de creencias (esquema ABCDEF) 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar conductas que la ayuden a cumplir sus objetivos -Práctica de nuevas cogniciones aprendidas: repetirlas diariamente, cuando se dé cuenta que tiene pensamientos negativos sobre determinada situación. 	<p>La usuaria podrá implementar conductas auto eficaces que se relacionen con sus objetivos, lo que le ayudará a aumentar la creencia en sus capacidades para obtener los resultados que espera.</p>

Objetivo	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>Que la usuaria comprenda las fases de la estrategia en solución de problemas para tomar decisiones más efectivas que se encaminen con los objetivos planteados anteriormente.</p> <p>Aprenderá la técnica de bloqueo de pensamiento, para poder detenerlos en caso de necesitarlo.</p>	<p>Se explicará en qué consiste la terapia de solución de problemas y las fases para llevarla a cabo correctamente: definir el problema, soluciones alternativas, decisiones y evaluación realista, aplicar y evaluar la solución. Se realizará un ejemplo con una situación a resolver.</p> <p>La usuaria deberá realizar los pasos enfocándose en situaciones y herramientas de las cuales tenga control, ya que, en caso contrario, solo se desperdiciará tiempo y recursos. Esto ayudará a mantener conductas eficaces dirigidas a sus objetivos</p> <p>Como reforzamiento, se pedirá que considere sus objetivos y la autoeficacia que tiene para conseguirlos.</p> <p>En esta sesión, también se preparará a la usuaria para la exposición que será en la siguiente sesión. Por lo que se le enseñará la técnica de bloqueo de pensamiento, de modo que la usuaria pueda detener las cogniciones que tenga durante la exposición y que no pueda cambiar de manera inmediata debido a la ansiedad</p>	<p>Solución de problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definir el problema -Soluciones alternativas -Decisiones y evaluación realista -Aplicar y evaluar la solución <p>Autoeficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conductas dirigidas a objetivos <p>Bloqueo de pensamiento (Anexo 6)</p>	<p>Presentación de power point sobre solución de problemas.</p> <p>-Formato de solución de problemas (Apéndice 3)</p>	<p>Preparación para la exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Practicar respiración diafragmática, cambio de creencias limitantes, asertividad, bloqueo de pensamiento y autoeficacia. 	<p>La usuaria podrá realizar los pasos para solucionar problemas, enfocándose en las situaciones de las que tiene control, por lo que evitará el desgaste emocional y de recursos, lo que le ayudará a bajar la intensidad de la ansiedad.</p>

Objetivo	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>Exponer a la usuaria a una situación social que generalmente le provoca ansiedad, de modo que pueda utilizar todas las herramientas enseñadas anteriormente.</p>	<p>Utilizar la jerarquía de situaciones que provocan ansiedad y se elegirán las tres que todavía generen ansiedad desde un 50%.</p> <p>Se realizarán 3 exposiciones en donde la usuaria tendrá que enfrentarse a las situaciones sociales temidas: En la primera, deberá entablar una conversación con una persona desconocida y mantener la plática, manifestando sus opiniones, siendo espontánea y casual. Se mantendrá atención a las respuestas de ansiedad y sus constantes fisiológicas.</p> <p>La siguiente exposición será mediante una llamada telefónica.</p>	<p>Respiración diafragmática</p> <p>Asertividad</p> <p>Autoeficacia</p> <p>Bloqueo de pensamiento</p> <p>Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC):</p> <p>-Cambio de creencias limitantes</p> <p>Exposición en vivo.</p>	<p>-Presentación de power point.</p>	<p>Exposición en una situación distinta, anotar las respuestas de ansiedad y su intensidad. Elaborar otra jerarquía de estímulos que provocan ansiedad, ordenados de mayor a menor.</p>	<p>La usuaria tendrá las herramientas para enfrentarse a las situaciones sociales sin necesidad de un guión, con espontaneidad y sin conductas de evitación.</p>

Fin de intervención.

SESIÓN IX Recapitulación de aprendizajes y herramientas 13/05/2022

Objetivo	Resumen de la sesión	Técnicas empleadas	Materiales de apoyo	Tareas	Criterios de cambio
<p>Que la usuaria pueda retomar todos los temas vistos durante el proceso terapéutico, comprender su importancia y la sugerencia de aplicarlos en su vida diaria.</p> <p>Identificar si la intensidad y frecuencia de la ansiedad disminuyó, se mantuvo o incrementó, mediante el inventario de ansiedad de Beck y el autorregistro elaborado.</p>	<p>Se hará una recapitulación de los aprendizajes obtenidos durante este proceso terapéutico, para lo que se mostrarán todos las presentaciones o recursos utilizados.</p> <p>Se revisará el registro de intensidad-frecuencia de la ansiedad y se realizará nuevamente la escala de ansiedad de Beck, con el objetivo de evaluar si la ansiedad del usuario ha disminuido durante el proceso terapéutico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Relajación -Reestructuración cognitiva (TREC) -Entrenamiento en asertividad -Entrenamiento en habilidades sociales -Autoeficacia -Terapia de solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentaciones de power point de temas abordados. -Formatos realizados durante el proceso terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso terapéutico en la vida diaria. - Llevar a cabo actividades sociales una vez por mes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Respiración diafragmática para relajarse y poder concentrarse, eliminando la ansiedad. -Cambio de pensamientos automáticos distorsionados a otros más racionales y que no le generen más síntomas y reacciones negativas. -Comunicación asertiva. -Solución de problemas de manera objetiva.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS.

Durante este proceso terapéutico, la usuaria adquirirá nuevas herramientas que permitirán mejorar su interacción social y disminuir la ansiedad percibida, como es el objetivo de este proyecto. Sin embargo, se han establecido las siguientes recomendaciones para continuar practicando lo aprendido y tenga menos recaídas en sus conductas y pensamientos:

1. Hablar con un desconocido al menos una vez por semana
2. Salir con amigos o conocidos al menos dos veces al mes.
3. Llevar a cabo actividades de ocio una vez al día.
4. Manifestar sus quejas cuando un producto o servicio no le satisfaga.
5. Mantener la comunicación asertiva, manifestando el respeto de sus derechos y respetando a los otros.
6. Identificación y análisis de sus pensamientos negativos y cómo afectan en sus conductas y reacciones fisiológicas.
7. En caso de necesitarlo, realizar la nueva asociación de pensamientos adaptativos, de acuerdo con la TREC.
8. Practicar nuevas cogniciones aprendidas mediante la TREC.
9. Practicar la respiración diafragmática para ayudar a calmar la activación de la ansiedad.

SEGUIMIENTO.

Se contempla que, una vez concluido el proceso psicoterapéutico, se realizarán seguimientos en periodos de un mes, tres meses y seis meses, con la usuaria para valorar las habilidades aprendidas y evaluar si se ha mantenido la ansiedad en el nivel actual, ha disminuido o aumentado. Además, servirá de retroalimentación y recapitulación de las cogniciones racionales y sus conductas relacionadas.

Para realizar los seguimientos, se contactará a la usuaria y se programarán sesiones en los periodos propuestos. Se entrevistará a la usuaria para que pueda manifestar sus avances y dificultades. Adicionalmente, se pedirá el llenado de los inventarios utilizados para la evaluación inicial: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, Inventario de ansiedad de Beck, se verificarán los criterios del DSM-V para el TAS y se verificarán los cambios en las reacciones fisiológicas que tenía. Por otra parte, se valorará si ha atendido a las recomendaciones otorgadas para mejorar sus interacciones sociales, en especial, la frecuencia y qué síntomas ha sentido con referente a este punto.

Llevaremos a cabo un análisis y evaluación de la perspectiva sobre la sociedad y si considera necesarias a las personas para vivir. Se prestará atención a las cogniciones que refuerza en cuanto a manifestar su opinión o realizar un reclamo cuando lo considera necesario. También, se valorará si ha tenido conductas/respuestas asertivas, sumisas o agresivas.

Se revisarán si han avanzado los síntomas de comorbilidades con el TAS y en caso de ser necesario, se solicitará una valoración psiquiátrica para la usuaria.

RESULTADOS.

Durante el proceso psicoterapéutico aplicado, se obtuvieron resultados que indican un avance progresivo en el desarrollo de las habilidades sociales y de afrontamiento de la usuaria. Los aspectos que involucran esta intervención, indican el cumplimiento del objetivo general de proyecto: “Diseñar y aplicar un proceso terapéutico en Terapia Cognitivo - Conductual, para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social (TAS), que ayude a reducir significativamente la intensidad y frecuencia de la ansiedad mediante la psicoeducación de estrategias de afrontamiento y herramientas que ayudarán a mejorar sus habilidades sociales”, además del logro de los objetivos terapéuticos considerados para cada una de las etapas del tratamiento. Por otra parte, con relación a la percepción de la usuaria, con base a los formatos contestados y su opinión sobre el proceso terapéutico, se logró un cambio significativo que ayudó a mejorar su vida y relaciones sociales.

En relación con las fases de la intervención, los resultados se engloban en 3 aspectos:

- **Respuestas fisiológicas:** Obtuvo una mejoría significativa en la intensidad de las reacciones fisiológicas generadas por la ansiedad. En donde al inicio de la intervención, se manifestaban en un grado máximo de 100, al finalizar la intervención se mantienen en 75.
- **Cogniciones:** La usuaria pudo identificar la percepción que tenía en relación con ciertas situaciones sociales y cómo afectaban en conducta, emociones y reacciones fisiológicas, que permitió hacer una disputa o refutación ante estas cogniciones, permitiéndole realizar el cambio a creencias más racionales y realistas, además de tener las herramientas para practicarlas. Con este aspecto de la intervención, la usuaria logró disminuir la frecuencia de sus distorsiones cognitivas de valores de 60 - 100%, a menos del 20%.

- **Conductas:** Adquirió el aprendizaje de habilidades sociales: asertividad, autoeficacia y solución de problemas. En la primera, aumentó las respuestas asertivas en un 55% y disminuyó las de tipo sumiso (22%) y agresivas (33%), por lo que, en comparación con las respuestas anteriores, se obtuvo un cambio significativo. Estos aspectos, junto con las nuevas cogniciones aprendidas, ayudaron a aumentar la autoeficacia de la usuaria, para comprobarlo, se aplicó el inventario de Escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer (1996), en donde obtuvo 32 puntos de 40, lo que nos indica alta autoeficacia personal. (Anexo 8). Por último, la exposición realizada, que fue la práctica de todas las habilidades adquiridas, mediante una conversación con una persona desconocida, en donde se interesa genuinamente por la conversación y tratara de ser espontánea; se desarrolló como se esperaba, la usuaria argumenta haber sentido ansiedad, pero se fue disipando en cuanto avanzaba la plática y se percibió como persona que podía mantener una conversación fluida sin presionarse.

Los resultados obtenidos en cada aspecto evaluado en esta intervención se describen de manera completa a continuación:

Escala de ansiedad social de Liebowitz

Como se ha descrito en la fase de evaluación, para asegurar que la usuaria cumpliera con los criterios de inclusión de este proyecto, se aplicó la *escala de ansiedad social de Liebowitz*, (Liebowitz, M., et al., 2000, en Hope, D., et al., 2019), en donde su puntuación total fue de 140, lo que la define como *ansiedad social muy severa*. Al finalizar la intervención, se aplicó nuevamente esta escala, para evaluar los posibles cambios durante la intervención y la puntuación obtenida fue de 78, en donde se considera *ansiedad social significativa*. Lo que indica que bajó 62 puntos y dos niveles de ansiedad (severa y muy severa). (ilustración 4) Esto especifica que la usuaria aún presenta ansiedad social, pero ya no en el mismo grado que al

inicio de la evaluación, además, este puntaje puede cambiar en los seguimientos que se realicen en un futuro, debido a que se mantendrá la recomendación de practicar las técnicas aprendidas.

Puntuación en la escala de ansiedad social de Liebowitz

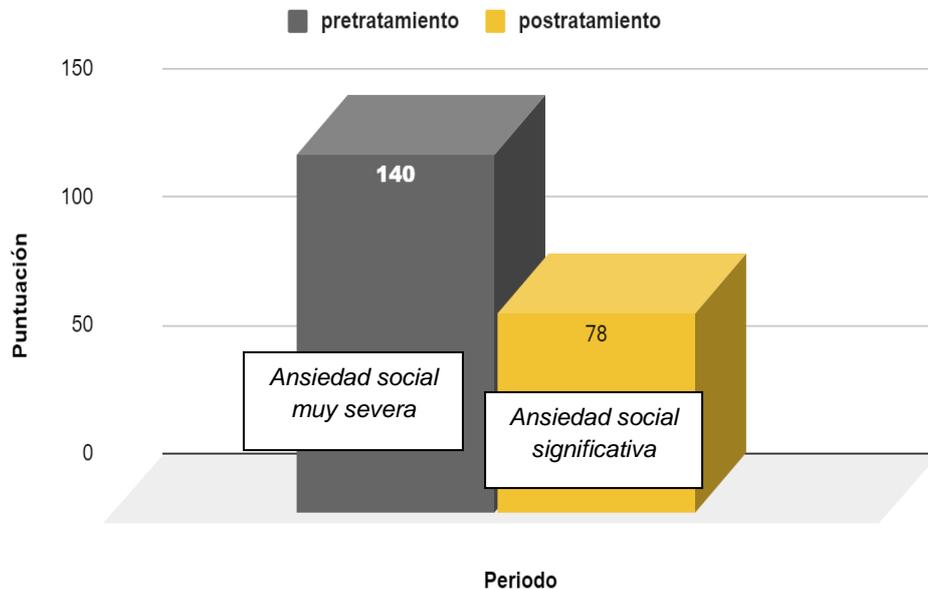


Ilustración 4: Comparación de la puntuación de la escala de ansiedad social de Liebowitz, antes y después de la intervención

Criterios diagnósticos del DSM-V para la ansiedad social

En relación con los 10 criterios diagnósticos del DSM-V para la ansiedad social, durante la evaluación, GP cumplía con todos y esto ayudó a determinar el diagnóstico. Sin embargo, una vez aplicadas todas las fases de la intervención, en la revisión de los resultados puede apreciarse una clara diferencia en los criterios, ya que no se alcanzan a cumplir en su totalidad. Solo considerando 5 en total. Es posible percatarse de esta diferencia en la ilustración 5.

En relación con los criterios que ya no corresponden al diagnóstico, la usuaria ha comentado que la ansiedad ha disminuido experimenta una menor problemática con el hecho de mostrar ciertos síntomas de la ansiedad (criterio B), las situaciones sociales siguen provocando ansiedad, pero ya no al grado de antes, por lo que ya no se cumple con el criterio

C y eso también influye en que ya no se evitan o resisten con gran miedo o ansiedad (criterio D).

A su vez, GP ya no percibe un temor desproporcionado con la realidad (criterio E).

Por otra parte, el miedo o ansiedad ya no causa tanto malestar como antes y la usuaria comenzó a recuperar su vida social, laboral y familiar. (criterio G). En la tabla 10 se puede observar qué criterios se cumplen aún y cuáles aún se pueden considerar.

- **A:** *Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.*

Aunque ya no es tan intenso como anteriormente y ya actúa, aunque sienta ansiedad o miedo, está claro que aún tiene estas emociones en situaciones sociales.

Cumplimiento de criterios diagnósticos del DSM-V

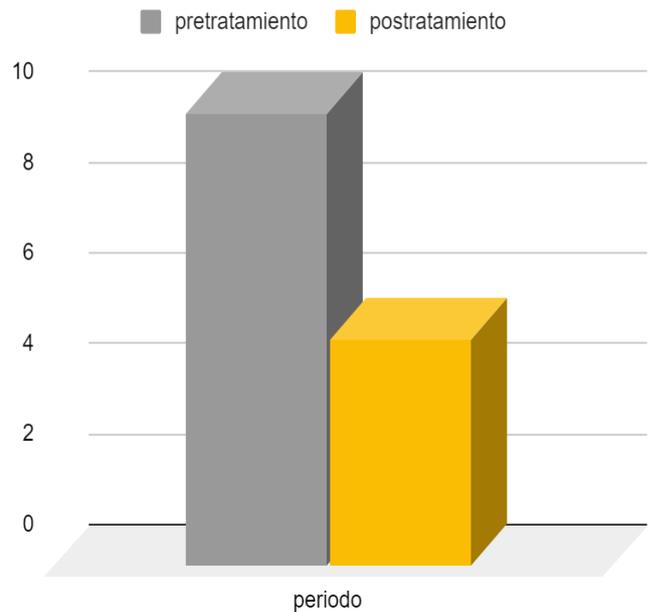


Ilustración 5: Comparación entre los criterios del DSM-V para la ansiedad social cumplidos antes y después de la intervención.

Cumplimiento de criterios diagnósticos del DSM-V		
Criterio	Pretratamiento	Postratamiento
A	X	X
B	X	
C	X	
D	X	
E	X	
F	X	X
G	X	
H	X	X
I	X	X
J	X	X
Criterios totales	10	5

Tabla 10: Comparación de criterios del DSM-V para la ansiedad social, cumplidos antes y después de la intervención

- **F:** *El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.* La usuaria había tenido por varios años los síntomas de ansiedad social y aunque ahora han disminuido, todavía puede considerarse que lleva un periodo mayor a 6 meses con el trastorno.
- **H:** *El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.* GP no consume drogas ni medicamentos, tampoco padece de enfermedades crónicas.
- **I:** *El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.* La usuaria no presenta otros síntomas que se puedan relacionar con otros trastornos.
- **J:** *Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad: desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.* No existe otra enfermedad crónica que se pudiera relacionar con los síntomas.

Escala de ansiedad de Beck

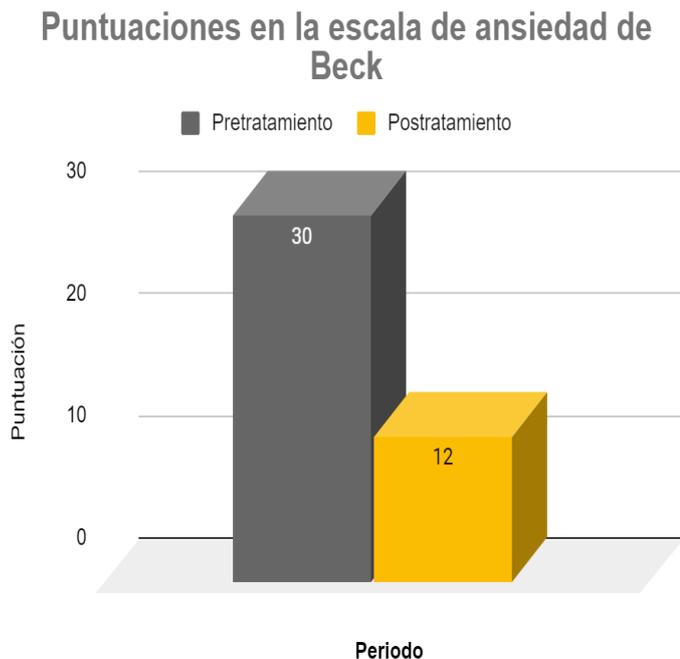


Ilustración 6: Comparación de la puntuación de la escala de ansiedad de Beck, antes y después de la intervención

Otra escala aplicada al realizar la evaluación fue la de ansiedad de Beck, en donde se especificó que los síntomas que se incluyen en la escala fueran considerados para situaciones sociales.

En la primera aplicación, se obtuvo un puntaje de 30, ansiedad grave; mientras que la segunda vez, que fue después del tratamiento, se evaluó con 12 puntos, que se considera como ansiedad leve. Lo que

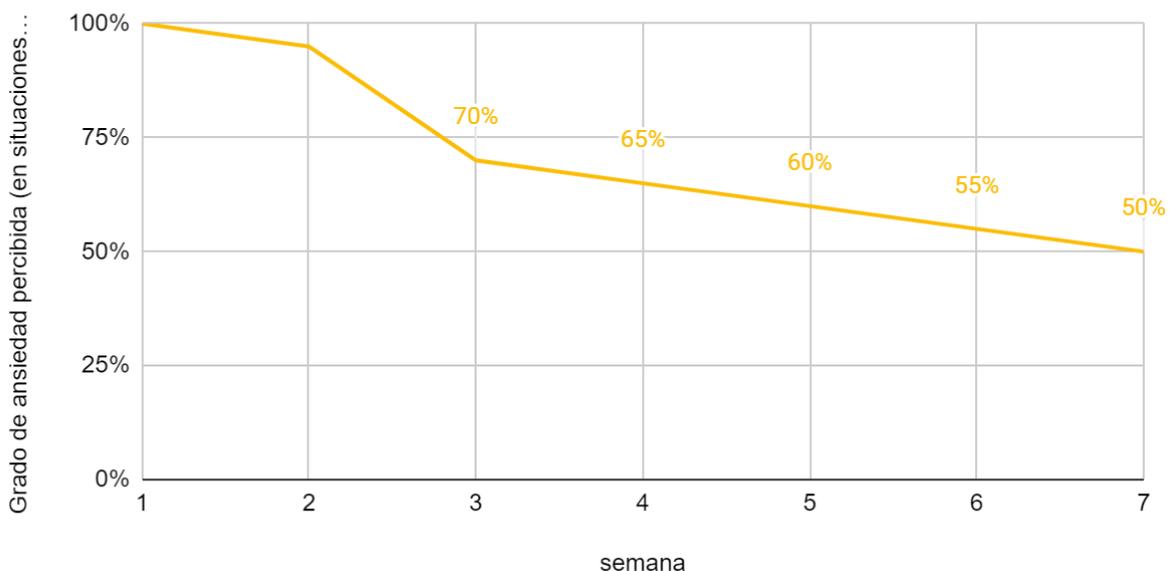
indica que si han disminuido estos síntomas ansiosos. (ilustración 6).

En los siguientes apartados, se describen a detalle cada una de las áreas en las que compete este proyecto y sus resultados específicos, así como el logro de los objetivos propuestos.

Ansiedad

La ansiedad que sentía la usuaria en situaciones sociales fue disminuyendo desde el principio de la intervención, debido a las estrategias terapéuticas utilizadas, en donde se abordaron tres componentes de respuesta: cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas. En la ilustración 7, se identifica la disminución de la ansiedad general desde la primera semana de intervención, hasta la última; de un 100% en la semana 1 y bajando su intensidad, a una percepción del 50%, en la semana 7.

Grado de ansiedad percibida general en situaciones sociales



Además, GP identificó las situaciones sociales que más le provocaban ansiedad y cuánta ansiedad percibía en estas: Conocer personas, 100%; Realizar llamadas telefónicas, 80%; Entrar a un lugar y sentirse observada, 70%; Comer con otras personas, 60% y bailar, 60% (ilustración 8), durante las fases intermedia y final de la intervención, se pidió a la usuaria registrar nuevamente el porcentaje de ansiedad que percibía en esas situaciones y se encontraron algunos cambios considerables. (Tabla 11)

Situación social	Fase de evaluación	Fase intermedia de tratamiento	Fase final de tratamiento
Conocer personas	100%	60%	50%
Realizar llamadas	80%	55%	45%
Entrar a un lugar y sentirse observada	70%	50%	40%
Comer con otras personas	60%	40%	30%
Bailar	60%	20%	20%

Intensidad de la ansiedad percibida antes y después de la intervención

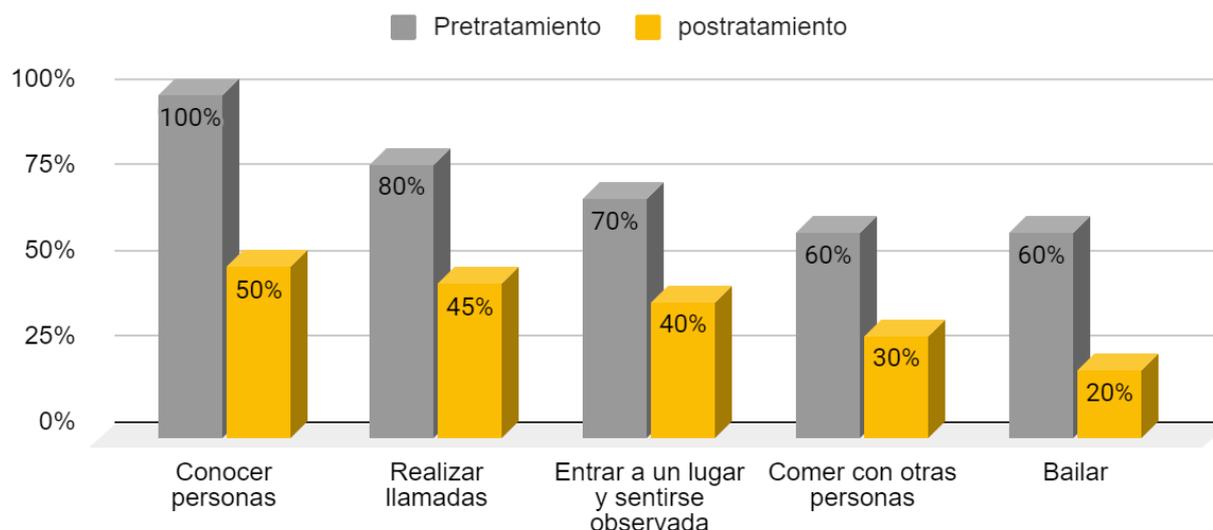
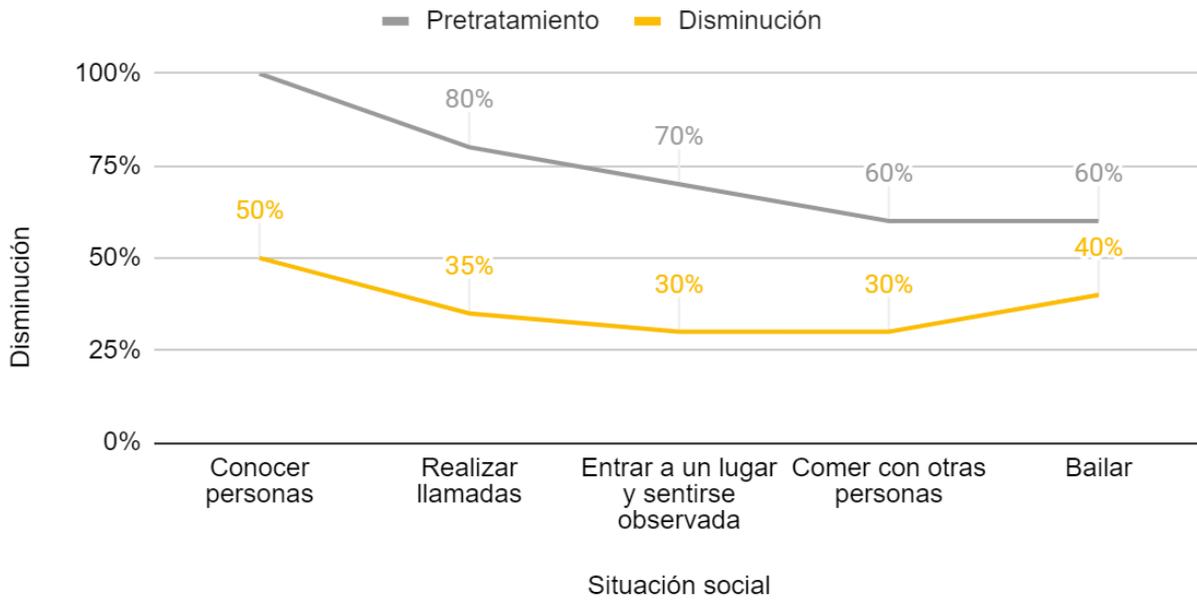


Ilustración 8: Porcentaje de ansiedad percibida en situaciones sociales específicas, pre y post tratamiento.

Debido a las estrategias terapéuticas utilizadas durante la intervención, la ansiedad que sentía en situaciones sociales disminuyó desde un 50% para conocer personas, hasta un 30% en entrar a un lugar donde podría sentirse observada y comer con otras personas. En el gráfico 9, se puede observar con detalle el porcentaje de disminución de la ansiedad en cada situación social. Como se percibe, el conocer a otras personas es la situación que incluso todavía le provoca mayor ansiedad, pero también la que más ha disminuido. Como se ha mencionado anteriormente, estos cambios se le atribuyen al trabajo psicoterapéutico con las tres formas de respuesta: **Reacciones fisiológicas, cogniciones y conductas.**

Cambios en la ansiedad percibida en situaciones sociales



Reacciones fisiológicas



Ilustración 10: Promedio de prácticas de respiración diafragmática por semana.

Desde el comienzo de la intervención, se pudieron apreciar los primeros resultados de la intervención, considerando que, en la primera sesión de tratamiento, se enseñó los pasos,

pautas y práctica de la respiración diafragmática. Haciendo hincapié en su importancia de ejecutarla todos los días. En la ilustración 10, se verifican las veces en promedio en que se practicó la respiración diafragmática. Esto ayudó a disminuir la sensación de ansiedad y algunas respuestas fisiológicas que tenía en situaciones sociales, como la taquicardia, el temblor de manos, temblores, entre otros síntomas. Los cambios en la intensidad de estas reacciones fisiológicas, se puede comparar en la ilustración 11.

Asumiendo los resultados de esta manera, que se logró cumplir el objetivo programado para esta área: “Realizar la respiración diafragmática de manera correcta, para calmar su activación fisiológica en momentos de ansiedad”.

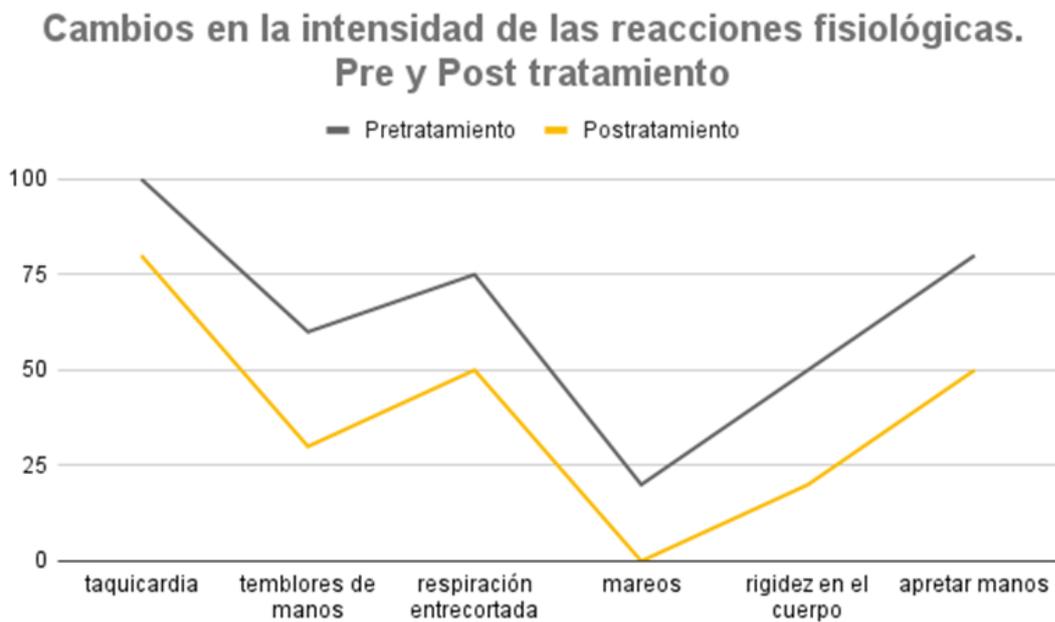


Ilustración 11: Cambios en la intensidad de las respuestas fisiológicas.

Cogniciones

En relación con la primera categoría, se trabajó en el cambio de creencias limitantes de la usuaria, en donde pudo analizar “los porqués” de determinados pensamientos o creencias, que afectaban en forma de ciclo en reacciones y conductas. En la tabla 12 se pueden visualizar algunos ejemplos de creencias irracionales que manifestó la usuaria durante su proceso terapéutico y que se usaron para hacer las nuevas adecuaciones cognitivas y mejorar sus creencias más racionales. También, se pudo identificar en qué situaciones ocurrían pensamientos automáticos negativos y cómo cambiarlos para que no le afectasen, además de analizar las reacciones físicas y conductas que tenía de manera recurrente con esos pensamientos. Esto ayudó a pensar de manera distinta y sentirse mejor consigo misma, además de que fue la pauta para mejorar su autoeficacia y asertividad.

Tabla 12: Ejemplos de pensamientos irracionales/negativos que manifestó la usuaria.

Ejemplos de pensamientos negativos

- “Se van a dar cuenta de que tengo ansiedad y eso me hará perder el control”
- “Si no puedo controlar una situación, será algo malo”
- “No me puedo equivocar”
- “Tengo merecido que los demás me traten mal o que pasen cosas malas”
- “Siempre pierdo las cosas que quiero y disfruto”
- “Debo tener respuesta para todo, sin titubear”
- “Seguro los demás piensan que hice algo mal y me van a decir algo”
- “Mi madre tiene que tratarme bien porque yo hago todo por ella”
- “Si alguien que me importa se enoja conmigo, sentiré que no valgo nada”
- Mi esfuerzo nunca es suficiente”

Como se observa en la ilustración 12, la usuaria identificó las distorsiones cognitivas que se relacionaban con sus pensamientos negativos que tenía con mayor frecuencia en situaciones sociales y se le asignó el porcentaje correspondiente. Para trabajarlas, se realizó la refutación y

cambio de creencias a pensamientos más racionales, en donde se pudo destacar un avance influyente (Ver formatos en anexo 6). Los cambios adquiridos en eliminación de distorsiones cognitivas se observan en la ilustración 13. La comparación entre ambos periodos se manifiesta en el gráfico 14.

Porcentaje en que aparecían distorsiones cognitivas en situaciones sociales específicas.

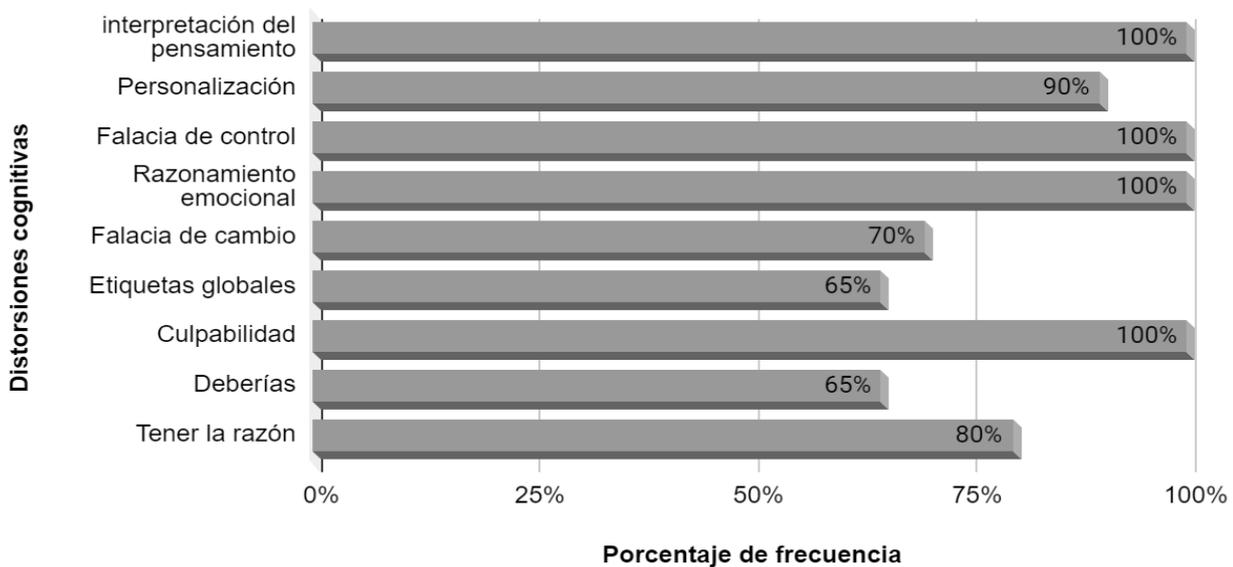


Ilustración 12: Distorsiones cognitivas más frecuentes en situaciones sociales, en la fase evaluación y principios de intervención

Las distorsiones cognitivas más frecuentes que manifestó la usuaria fueron:

- Interpretación del pensamiento
- Personalización
- Falacia de control
- Razonamiento emocional
- Falacia de cambio
- Etiquetas globales
- Culpabilidad
- Deberías
- Tener la razón

Porcentaje en que aparecen distorsiones cognitivas en situaciones sociales específicas.

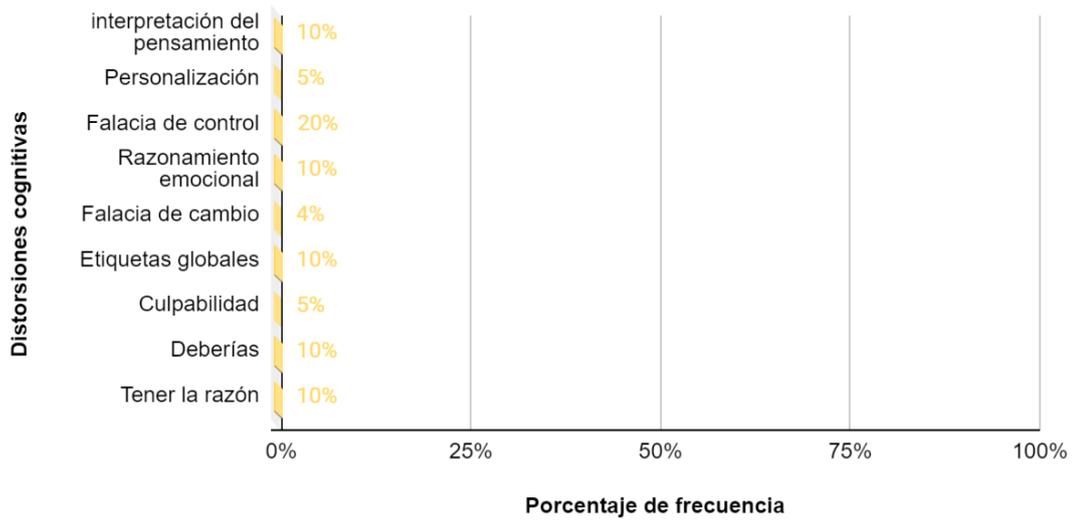


Ilustración 13: Distorsiones cognitivas más frecuentes en situaciones sociales, en fase final de intervención.

Comparación de frecuencia de distorsiones cognitivas en situaciones sociales específicas, en pretratamiento y po...

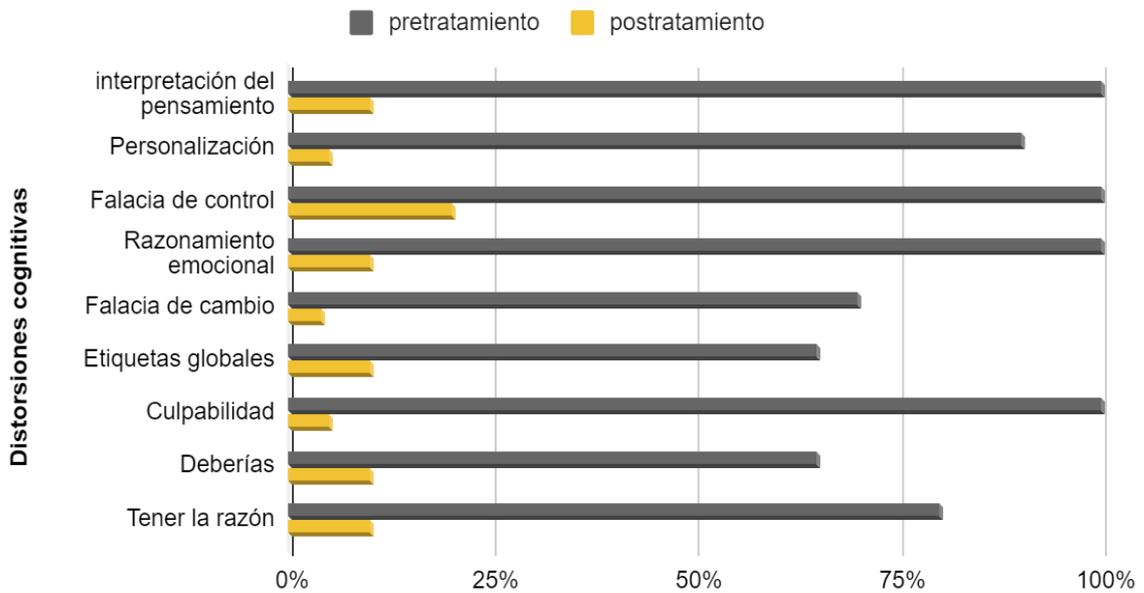


Ilustración 14: Comparación de frecuencia de distorsiones cognitivas antes y después de la intervención.

En la tabla 13, se enlistan algunas de las nuevas cogniciones aprendidas durante el cambio de creencias de la TREC. Considerando para ello, las más frecuentes que reconoció en

Con respecto a las metas terapéuticas de esta área: “Encontrar pensamientos y creencias negativas que producen malestar en su vida, además, el cambio de pensamientos distorsionados a creencias más racionales, de acuerdo con la TREC.”, se cumplieron satisfactoriamente.

Las técnicas aplicadas como parte de la reestructuración cognitiva ayudaron a aumentar

Nuevas cogniciones aprendidas	
1	No me hace mala persona pensar de diferente manera o actuar de acuerdo a lo que quiero y necesito.
2	No puedo controlar lo que hacen otras personas.
3	Si alguien piensa algo malo de mí, puede que no sea verdad, ya que tal vez no me conozca tan bien y además, las personas piensan y actúan de acuerdo a su percepción.
4	Puedo equivocarme, soy humana y esto me sirve para aprender.
5	No todo es mi culpa.
6	No puedo adivinar lo que no me dicen. Prefiero que las personas comuniquen sus emociones e ideas con respeto.
7	Que alguien no se comporte como yo quiero, no significa que no me quiera.
8	Es importante lo que quieren y necesitan los demás, pero también lo que yo quiero y necesito. Es importante mantener ese equilibrio.
9	Los hábitos y habilidades, son aprendidos, yo puedo aprender lo que me interese. Puedo ser capaz de enfrentar nuevos retos, usando mis herramientas aprendidas y práctica.
10	Soy un ser social, necesito de otros y también necesitan de mí.

Tabla 13: Cogniciones aprendidas a partir de la TREC

su *autoeficacia*, como ella misma comentó en las sesiones, donde manifestaba sentirse más segura de exponer sus ideas y manifestar desacuerdos, además de percibirse capaz de realizar más actividades sociales. Para corroborarlo, se aplicó la escala de autoeficacia general, de Baessler y Schwarzer (1996), en (Rojas, M., 2014) Mediante esta escala se evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad

de situaciones estresantes. (Orgilés, 2012) Los resultados que se obtuvieron fueron 32 puntos de 40 totales (*Ver anexo 8*) Este tipo de escala se deduce considerando que, a mayor puntuación, mayor es el grado de autoeficacia percibida. Lo que se interpreta como un buen nivel de autoeficacia en ámbitos personal y social. Además, reconoce que todo es un proceso de aprendizaje y que continuará desarrollando sus capacidades sociales conforme lo practique.

Conductas

En relación con las respuestas de comunicación que se obtuvieron durante el periodo de intervención, se destaca que antes del tratamiento, predominaban las respuestas agresivas, con un 43% del total de las veces que se enfrentaba a situaciones sociales; mientras que las respuestas sumisas, se mantenían en un 37%, pero las conductas asertivas, solo alcanzaban el 20%. Después de enseñarle a la usuaria qué es la asertividad y cómo aplicarla, los tipos de respuestas y cómo enfrentarse a diversas situaciones sociales, además de hacer ensayos de conducta, ella pudo exponer su emoción por lograr ser más asertiva y establecer comunicaciones fluidas con otros. Al finalizar la intervención, la usuaria pudo destacar que ya podía mantener respuestas asertivas en un 75%, mientras que las respuestas sumisas se mantenían aún en el 15% de las veces y las agresivas en el 10% (ilustraciones 16 y 17). Estos datos indican que las respuestas asertivas son las más aplicadas.

Conductas asertivas antes y después de la intervención

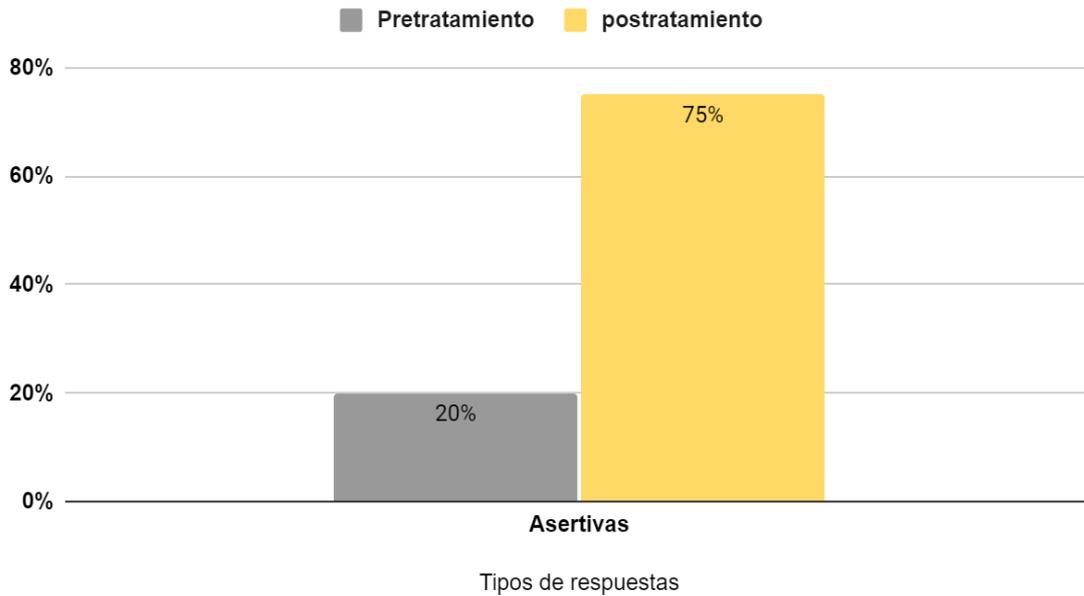


Ilustración 16: Cambio en respuestas asertivas antes y después de la intervención.

Cambio en las conductas sumisas y agresivas antes y después de la intervención

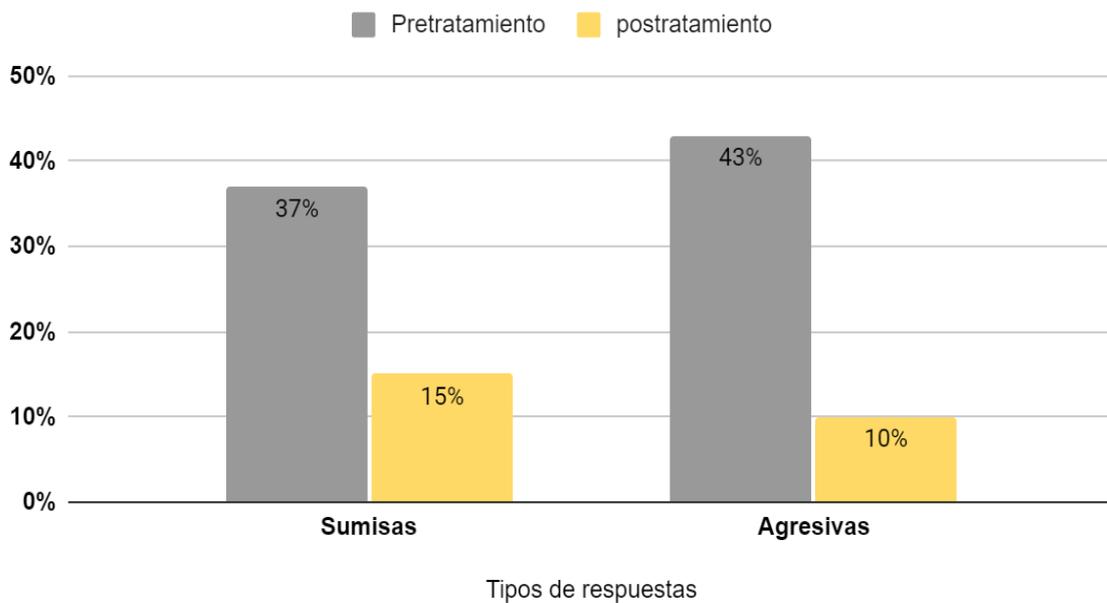


Ilustración 17: Cambio en respuestas sumisas y agresivas antes y después de la intervención.

La relación encontrada entre las metas conductuales establecidas al iniciar el tratamiento: “Poder expresar lo que siente y piensa de manera asertiva, disminuyendo respuestas sumisas y agresivas, aumentar su autoeficacia mediante herramientas que le permitan afrontar críticas y percepciones de otros sin que causen impacto en su forma de pensar y actuar y que la usuaria tenga mayor eficacia al resolver problemas”, ha sido significativa y los resultados muestran un indicador de progreso en la comunicación asertiva y autoeficacia. Adicional a esto, las conductas moleculares también disminuyeron.

Las conductas moleculares que generaba la ansiedad en la usuaria, como se describió en la evaluación inicial, eran: jugar y apretar las manos, morderse los labios, rascarse la cabeza, taparse la cara con la mano, decir muletillas, apretar la mandíbula y rechinar los dientes. Se hizo un análisis de las veces que surgían estos comportamientos automáticos en situaciones sociales antes y después de la intervención, (*ilustración 18*) lo que llevó a considerar cambios interesantes de disminución de estas conductas, a pesar no haber llevado técnicas para intervenirlas de manera directa.

Cambios en las respuestas conductuales de ansiedad

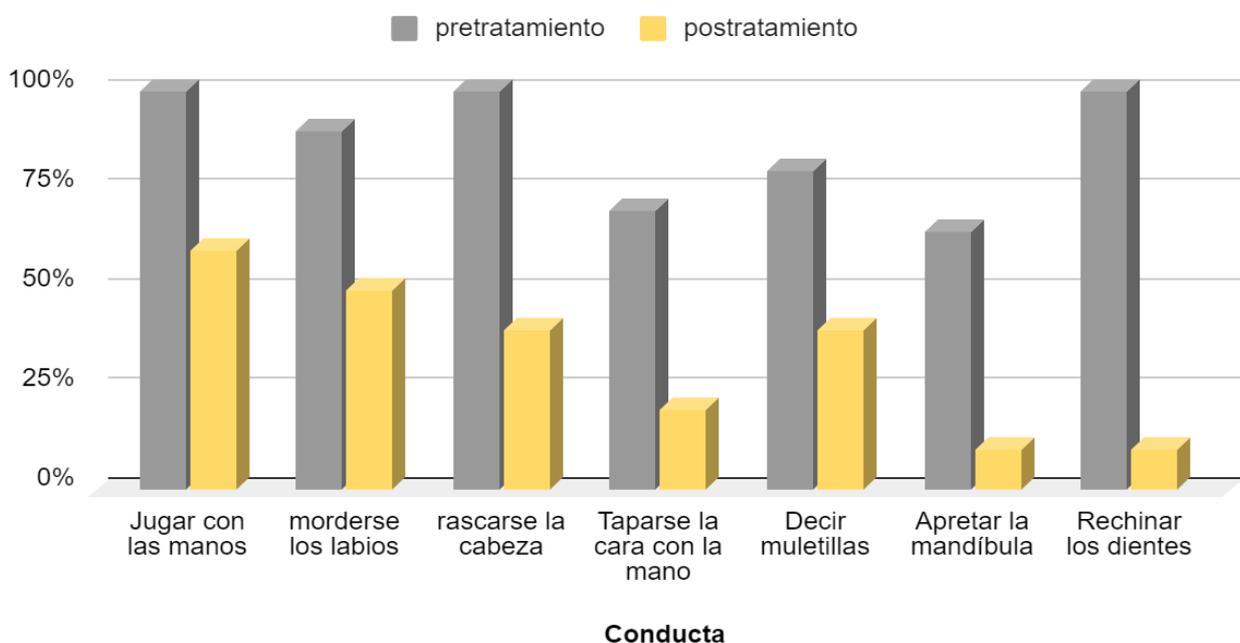


Ilustración 18: Cambios en las conductas moleculares de la ansiedad, antes y después del tratamiento.

La última parte del proceso terapéutico se enfocó en la exposición de la usuaria a aquellas situaciones sociales más temidas y evitadas y el objetivo fue: “Enfrentarse a las situaciones sociales sin necesidad de un guion, con espontaneidad y sin conductas de evitación”. En donde argumenta que al principio se sintió ansiosa, teniendo algunas distorsiones cognitivas y creencias negativas sobre sí misma y la situación y manifestando respuestas fisiológicas ansiosas. Pero logró refutarlas y fueron disminuyendo conforme avanzaba la conversación. Con respecto a las conductas moleculares, pudo percatarse que jugaba con sus manos y apretaba la mandíbula, pero después se interesó genuinamente por el tema conversado y olvidó contabilizar estas reacciones. Hacía preguntas para mantener la conversación más duradera, lo que le ayudó a exponer sus puntos de vista sin sentir culpa por ello, además de permitir que la otra persona también manifestara sus ideas. Esto le ayudó a sentirse auto eficaz para mantener una conversación fluida y sin necesitar un guion. Por lo que trató de ser un poco más abierta y espontánea.

La exposición duró un aproximado de 12 minutos y tuvo resultados relevantes, ya que sintió que realmente podía enfrentarse a situaciones sociales con éxito. Por lo tanto, el objetivo en esta parte de la intervención también se establece como cumplido.

Evaluación de comorbilidades asociadas con el TAS.

Desde que se realizó la entrevista inicial, se identificó que la usuaria no tenía conductas que se pudieran relacionar con comorbilidades del TAS, sin embargo, se evaluó este aspecto más a detalle al final del proceso terapéutico para identificar si hubo cambios específicos a este tema. Para ello, se le pidió a la usuaria responder el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y se obtuvo una puntuación de 12, (*Ver inventario respondido en anexo 9*) lo que indica mínima depresión. Por lo que este aspecto no se relaciona con el diagnóstico de TAS. En relación a otras comorbilidades que se plantearon como posibles en este manuscrito, no se detectaron síntomas más específicos durante la evaluación; escalas

respondidas, entrevistas y análisis, por lo que no es un tema que afecte a la usuaria, por lo menos hasta el momento en que se concluye este manuscrito.

DISCUSIÓN.

Este proceso terapéutico se realizó con el objetivo de reducir la intensidad y frecuencia de la ansiedad social (TAS) y se consideró importante ya que, como especifica Caballo, 2007; es uno de los trastornos mentales más comunes, pero de los que menos relevancia de estudio tuvo hasta hace algunos años. Por los síntomas, comorbilidades e impacto en la vida de la persona especialmente por ser de un ámbito social, en donde muchas de las situaciones se la relacionan, el TAS, es un trastorno que puede provocar notable sufrimiento en la persona que lo padece, generando importante interferencia en su funcionamiento general, específicamente por las numerosas conductas de evitación que implica. (Ortega & Climent, 2004), Durante el desarrollo de la intervención, se pudo concordar con lo especificado en esta y otras investigaciones, ya que se reconoció el sufrimiento de la usuaria con TAS, que, además, fue soportado por varios años, como se indica en este manuscrito. Se manifestó como los síntomas interferían en su vida diaria, teniendo conductas de huida y evitación, con el fin de eludir la ansiedad causada por situaciones sociales.

En el estudio de Van Ameringen, Mancini y Farvolden, 2003, se establece que las personas que sufren de ansiedad social en los primeros años de la adolescencia tienen una mayor probabilidad de dejar la escuela y no llegar a la universidad, o tener un bajo rendimiento escolar. (Referenciado en Cejudo & Fernández, 2015), A pesar de que se comprueba que es un trastorno que tiene origen en la adolescencia, nos percatamos que considerando este caso en particular, existe una contrariedad, ya que la usuaria de la intervención tiene una carrera universitaria y se encuentra cerca de concluir la segunda.

También se corrobora, lo mencionado por Luterek, 2003 “Los estilos de comunicación parental, el modelado y la exposición limitada a las situaciones sociales, constituyen factores ambientales que pueden contribuir a una sensibilidad específica ante la evaluación social negativa”, ya que la usuaria destacó problemáticas con el estilo parental de su madre y considera que de cierta forma le afectó en su percepción ante la evaluación negativa de otros.

Se considera que el diagnóstico para el Trastorno de Ansiedad Social puede resultar algo complicado, como bien menciona Caballo, 2007 y Morrison, 2019, entre otros autores, se deberá diferenciar de la timidez ordinaria y otros trastornos de personalidad, por lo que es necesario realizar algunas pruebas y evaluación efectiva para detectar diagnósticos diferenciales y comorbilidades, como en el caso de la depresión, que, en caso de considerarlo necesario, se deberá canalizar al usuario para atención psiquiátrica también. Adicionalmente, se requiere evaluar la cantidad de ansiedad que se siente en las situaciones sociales, cuánto dura el episodio y qué conductas/pensamientos desadaptativos se perciben con frecuencia. Ya que, es necesario tomar en cuenta lo que refiere Caballo (2007): “Para establecer como diagnóstico el Trastorno de Ansiedad Social, es importante conocer no solamente si el individuo experimenta ansiedad en situaciones sociales, sino cuánta ansiedad experimenta, cuánto dura el episodio de ansiedad, con qué frecuencia vuelve a ocurrir, qué grado de conducta de evitación desadaptativa provoca la ansiedad y cómo la evalúa el individuo que la padece”. (Falcone, 1995; Walwn, 1985)

Una vez establecida la fase de tratamiento y se abordaron las creencias limitantes y distorsiones cognitivas y se destacó un avance progresivo en su forma de interactuar con otros. Ahí se confirma lo que comenta Caballo, 2007: “La gente suele experimentar ansiedad en situaciones sociales porque se recrean con pensamientos y autoverbalizaciones negativos, tales como el temor a hacer el ridículo, a no agradarles, no saber qué decir, entre otros. No es la otra

persona la que hace que nos sintamos de cierta manera, son nuestras propias autoverbalizaciones negativas”.

En el aspecto de la intervención hay autores, como Ortega & Climent, 2004 que sugieren que la ansiedad social es un trastorno difícil de tratar. En cambio, la Terapia Cognitiva Conductual en combinación con otras terapias relacionadas, como la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y la Terapia de Solución de problemas, entre otras, es posible generar un adecuado proceso terapéutico basado en técnicas que requiere el usuario, considerando para eso, su evaluación y análisis inicial. Por lo tanto, si se establecen las fases y objetivos apropiados para su tratamiento, se espera un avance progresivo en la disminución de la ansiedad y aumento de la sociabilidad en el sujeto de intervención. Para ello, se utilizaron técnicas conductuales, específicamente el entrenamiento en habilidades sociales, que incluyó asertividad, autoeficacia, solución de problemas y parada de pensamiento. En este punto, se confirma lo que especifica Rojas, M., 2014 en relación a la autoeficacia: “La autoeficacia de una persona se interpreta dependiendo de la situación y las formas de afrontamiento utilizadas para alcanzar objetivos”, considerando esto, las habilidades sociales se trabajaron después de haber generado la discusión de creencias que tenía en relación a su ejecución social, por lo que se pudo identificar como una persona que puede ser sociable y tener interacciones sociales sin pensar demasiado en las consecuencias o evaluaciones negativas que pudieran hacer los demás.

Por otro lado, para que el proceso psicoterapéutico pueda tener un verdadero avance y se puedan valorar resultados positivos, el paciente deberá estar de acuerdo y conocer a detalle el proceso de intervención, para que se sienta más seguro, participe en desarrollo y practique lo visto en las sesiones para obtener un cambio significativo.

CONCLUSIÓN.

El desarrollo de este proyecto fue satisfactorio, principalmente por el aprendizaje obtenido en un proceso terapéutico completo, la experiencia de planear y llevar a cabo sesiones psicoterapéuticas- Además, por supuesto, del cambio progresivo que se logró con la usuaria, desde las primeras sesiones, en donde se le enseñó la respiración diafragmática y refiere que empezó a sentir algunos cambios en su activación fisiológica. También, la psicoeducación sobre las cogniciones y el cambio de las creencias limitantes, distorsiones cognitivas y errores de pensamiento, que fue la etapa del componente cognitivo, ayudó a despejar importantes percepciones que tenía, considerando que puede cambiarlas y evitar que le afecten en forma de conductas y reacciones físicas. Esto le ayudó a sentirse mejor, sabiendo que cuenta con las herramientas para mejorar su vida. Así mismo, esto le dio mayor autoeficacia para enfrentarse a situaciones sociales y otras en donde no se creía capaz. También, aprendió sobre la asertividad, como afecta no comunicarse de esta manera y cómo llevarla a cabo. Combinadas estas técnicas, la usuaria pudo manifestar un decremento en su nivel de ansiedad que percibía en situaciones sociales. El desarrollo de estas etapas fue verdaderamente fructuoso.

La fase de intervención conductual, en donde se ofrecieron otras técnicas como solución de problemas y exposición, ayudaron a concluir el proceso terapéutico, en donde la usuaria practicó lo aprendido durante las sesiones, ayudó a darse cuenta de que no solo podría pensarse como autoeficaz, asertiva y con otras herramientas, sino que también podía aplicar todo lo aprendido en su vida diaria.

La usuaria comentó que se sentía contenta de poder realizar actividades que antes no hacía o simplemente poder comentar su opinión sin sentirse culpable por ello. Asume que el proceso terapéutico le ha ayudado a cambiar y sentirse mejor consigo misma.

Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que, aunque se encontró una diferencia progresiva en la forma de pensar de la usuaria y su incremento de habilidades sociales, lo que

ayudó a disminuir significativamente la ansiedad en situaciones sociales, estos parámetros se establecieron con base a su percepción y el ambiente en el que se encontraba al momento de responder las escalas y autorregistros. Como se especifica en el apartado de la intervención Cognitivo Conductual en Ansiedad social, la autoeficacia que experimenta la persona depende de la situación y formas de afrontamiento usadas para alcanzar objetivos.

Se especifica esto, debido a que durante el proceso de intervención no se realizó un seguimiento de constantes fisiológicas que evocan ansiedad, como el pulso, frecuencia cardiaca y respiratoria; sin embargo, el objetivo principal de este proyecto: “diseñar y aplicar un proceso terapéutico en Terapia Cognitivo - Conductual, para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social (TAS), que ayude a reducir significativamente la intensidad y frecuencia de la ansiedad mediante la psicoeducación de estrategias de afrontamiento y herramientas que ayudarán a mejorar sus habilidades sociales”, se establece como cumplido, ya que, de acuerdo a la percepción de la usuaria, con base a los formatos contestados, se logró un cambio significativo en las diferentes áreas de tratamiento.

Adicional, el programa de intervención fue diseñado y aplicado específicamente para una persona con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social y se psicoeducó mediante estrategias de afrontamiento y se mejoraron las habilidades sociales de la usuaria, quien asegura que su autoeficacia ha incrementado, dándose ahora la oportunidad de salir y convivir con amigos que no veía desde hace tiempo, además de enfrentarse a conocer nuevas personas, lo que le ha permitido descubrir que si es un ser social y que puede estar bien interactuando con otros. además de enfrentarse a conocer nuevas personas, lo que le ha permitido descubrir que si es un ser social y que puede estar bien interactuando con otros, además de manifestar su opinión de manera asertiva, manteniendo el equilibrio necesario entre el respeto de sus derechos y de los demás.

Como es de esperarse, durante un proceso terapéutico se esperan cambios de comportamiento, perspectivas y una reducción de reacciones fisiológicas que provocan ansiedad, pero todo es proceso que se inicia desde la psicoeducación, por lo que, se espera que la usuaria practique lo aprendido, aunque haya concluido su intervención.

RECOMENDACIONES GENERALES AL TRATAR EL TAS.

Entre las premisas para la intervención del Trastorno de Ansiedad Social, mediante la Terapia Cognitivo Conductual, se destaca la especial importancia de las cogniciones, como muchos otros trastornos y problemáticas tratadas con la TCC. Es por ello que durante el proceso terapéutico, se debe gestionar el cambio de percepciones y cogniciones irracionales en el usuario, considerando enfatizar las que afectan directamente con la problemática tratada.

Por otro lado, es necesario considerar que la ansiedad no disminuirá por completo, debido a que se trata de un proceso de aprendizaje en donde el usuario podrá sentir menos ansiedad en cuanto más practique las habilidades adquiridas.

También, es importante que durante la evaluación inicial, se aplique alguna prueba psicométrica para la depresión y se realicen preguntas específicas para detectar comorbilidades que pudieran afectar al usuario. En caso de que los puntajes indiquen depresión o alguna otra comorbilidad, se recomienda solicitar una valoración psiquiátrica, esto es para que tenga una atención integral, pero la terapia puede continuar según lo planificado, haciendo hincapié en el cambio de creencias y la práctica de las habilidades sociales, que es fundamentalmente lo que denotará el cambio en el usuario o usuaria.

Con respecto a las técnicas de intervención aplicadas, puede haber ciertos cambios dependiendo de lo que necesite el usuario y los resultados de la evaluación inicial. Se recomienda que se enfoquen en lo que carece, para psicoeducar y aprenda estas nuevas

habilidades. Por ello, las intervenciones que se especifican en los libros o artículos deben leerse, pero en la práctica, adaptar las técnicas al paciente.

La exposición a las situaciones sociales es uno de los procesos más importantes en la intervención de la ansiedad social, ya que permite practicar las habilidades adquiridas durante la intervención, por lo cual, se recomiendan algunas sesiones de exposición y la práctica constante de los aprendizajes obtenidos, ya que entre más se realice, menor será el grado de ansiedad percibida.

Una sugerencia al evaluar el apartado fisiológico podría ser medir la presión arterial y frecuencia cardíaca, -que, de forma alterada, son síntomas de la ansiedad- que en el periodo de evaluación, tiene el usuario cuando tiene que hablar con otros y hacer otras mediciones a la mitad y al finalizar la intervención, de modo que se pueda obtener una línea base de parámetros específicos, por lo que se podrá evaluar si hubo cambios significativos al aplicar las técnicas más importantes.

REFERENCIAS

- Antony, M., & Swinson, R. (2019). *Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social* (González, D. & Mora, F., Trads.; 2.^a ed.) [Libro electrónico]. Desclée De Brouwer.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Caballo, V. (2007), Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos, Vol 1: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, edit Siglo XXI.
- Carrera, Beatriz, & Mazzarella, Clemen (2001). Vygotsky: enfoque sociocultural . Educere, 5(13),41-44. [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2022]. ISSN: 1316-4910. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601309>
- Castellaro, Mariano Andrés; La interacción social como clave del desarrollo cognitivo: Aportes del socioconstructivismo a la Psicología; Centro de Estudios Interdisciplinarios; Revista Psicología Digital; 4; 5; 9-2017; 1-14
- Cejudo & Fernández, C. R. F. A. (2015). Fobia social: Un fenómeno incapacitante. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 836–843. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/50791>
- Ellis, Albert, & Grieger, Russell. (1990). Manual de Terapia Racional Emotiva (Vol. 2). Desclée de Brouwer.
- Fisioterapia Respiratoria. (2017, 18 diciembre). *Respiración Difragnática* [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=T9wpPmCoyAc&ab_channel=FisioterapiaRespiratoria
- García, E., Fusté, A., Ruíz, J., Arcos, M., Balaguer, G., Guzmán, D, & Bados, A. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales* [Libro electrónico]. Universitat de Barcelona. Recuperado 17 de abril de 2022, de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/136063/1/entrenamiento%20en%20asertividad%20y%20habilidades%20sociales.pdf>
- Hope, D., Heimberg, R., & Turk, C. (2019). *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)*. Oxford Clinical Psychology, Oxford University Press.

- [https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med-
psych/9780190247591.001.0001/med-9780190247591-interactive-pdf-009.pdf](https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med-psych/9780190247591.001.0001/med-9780190247591-interactive-pdf-009.pdf)
- Kaholokula, Joseph Keaweʻaimoku, Godoy, Antonio, O’Brien, William H., Haynes, Stephen N., & Gavino, Aurora. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Labrador, J, et, al, (2018), Técnicas de Modificación de la conducta, editorial Psicología Pirámide.
- Luterek, J, (2003), Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica, *Psicología Conductual*, Vol 11, N° 3, pp 563- 581. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Luterek_11-3oa-1.pdf
- Marín-Ramírez, Alonso Humberto. Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista biomédica*, [S.l.], v. 26, n. 1, jun. 2015. ISSN 2007-8447. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/5/8>. Fecha de acceso: 14 abril. 2022 doi: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v26i1.5>.
- Morrison, J (2019), DSM-5, Guía para el Diagnóstico clínico, 4 reimpresión, edit Manual Moderno.
- Morrison, V., M., & Bennet, P. (2008). *Psicología De La Salud* (1.ª ed.). Pearson Educación.
- Muñoz & Alpízar. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula*, 30(1), 40–47. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>
- Orgilés, Mireia , & Carballo, José Luis , & González, María T. , & Piqueras, José Antonio , & Espada, José P. (2012). Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1),355-370.[fecha de Consulta 9 de Mayo de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293123551018>
- Ortega, & Climent (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2),177-214.[fecha de Consulta 19 de Abril de 2022]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617822004>
- Perona, U., U. P. [Psicoactiva]. (2017, 27 septiembre). *La respiración diafragmática* [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=-FgcI0iYJQc&ab_channel=Psicoactiva

- Rodríguez, M, & Landa, P, (2012), Modelos de Psicología clínica y su aplicación, editorial Pax: México.
- Rojas, M. (2014). *Nivel de autoeficacia de los empleados de la confederación deportiva autónoma de Guatemala*. (Tesis de grado ed.). Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/43/Rojas-Manuel.pdf>
- Ruíz, M., Díaz, M, Villalobos, A, (2012) Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales, Desclée De Brouwer, S. A.
- Sánchez-García, Raquel, Olivares, José, & Ruiz-Hernández, José A.. (2013). Versión entrevista clínica versus autoinforme de la Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA). *Canales de Psicología*, 29(2), 534-539. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.131361>
- Sanz, J, Gutierrez, S., Gesteira, C. & García- Vera, M., (2014), Criterios y Baremos para interpretar el inventario de depresión de Beck II (BDI-II), *Behavioral Psychology /Psicología Conductual*, Vol. 22, No 1, pp. 37-59. Recuperado de: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf
- Sanz, J, García- Vera, M., & Fortún, M., (2012), El inventario de ansiedad de Beck (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos, *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 20, No 3, 2012, pp. 563-583. Recuperado de: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf
- Sierra, J, Fernández, A, & Zubeidat, I, (2006). Ansiedad y Fobia Social: Revisión de los Autoinformes más Utilizados en Población Adulta e Infanto-Juvenil. *Terapia Psicológica*, 24(1),71-86.[fecha de Consulta 19 de Abril de 2022]. ISSN: 0716-6184. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524108>
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta* (3ra edición, 2017 ed.). Trillas

ANEXOS.

Anexo 1: Indicaciones generales para practicar la respiración diafragmática

1. Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
2. Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.
3. Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
4. Mantener la respiración. Repetirse interiormente “mi cuerpo está relajado”
5. Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.

Así mismo, se recomienda repetir estos pasos de tres a cuatro veces, considerando entre 10 y 15 ciclos en un día. Ruíz, M., Díaz, M, Villalobos, A, (2012)

Anexo 2: Escala de ansiedad social de Liebowitz

(Liebowitz, M., et al., 2000, en Hope, D., et al., 2019)

Miedo/ansiedad	Evitación
0. Nada de miedo o ansiedad	0. Nunca lo evito (0%)
1. Un poco de miedo o ansiedad	1. En ocasiones lo evito (1-33%)
2. Bastante miedo o ansiedad	2. Frecuentemente lo evito (33-67%)
3. Mucho miedo o ansiedad	3. Habitualmente lo evito (67-100%)

Situación	Miedo/ansiedad	Evitación
1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas	3	3
2. Participar en grupos pequeños	3	3
3. Comer en lugares públicos	3	3
4. Beber con otras personas en lugares públicos	3	3
5. Hablar con personas que tienen autoridad	3	3
6. Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público	3	3
7. Ir a una fiesta	3	3
8. Trabajar mientras le están observando	3	3
9. Escribir mientras le están observando	3	3
10. Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado	3	3
11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado	3	3
12. Conocer a gente nueva	3	3
13. Orinar en servicios públicos	2	2
14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada	2	2
15. Ser el centro de atención	3	3
16. Intervenir en una reunión	3	3
17. Hacer un examen, test o prueba	3	3
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado	3	3
19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado	3	3
20. Exponer un informe a un grupo	3	3
21. Intentar «ligarse» a alguien	3	3
22. Devolver una compra a una tienda	3	3
23. Dar una fiesta	3	3
24. Resistir a la presión de un vendedor muy insistente	3	3
Resultados	70	70

Anexo 3: Distorsiones cognitivas de Beck

1. **Filtraje/abstracción selectiva:** Interpretar una situación por un solo aspecto.
2. **Pensamiento polarizado:** Valorar aspectos sin intermedios.
3. **Sobre generalización:** Concluir sobre un hecho sin tener bases.
4. **Interpretación del pensamiento:** Interpretar sentimientos e ideas sin tener bases.
5. **Visión catastrófica:** Pensar que puede ocurrirle algo malo.
6. **Personalización:** Relacionar hechos consigo mismo sin tener bases.
7. **Falacia de control:** Sentir que no tiene control de su vida.
8. **Falacia de justicia:** Valorar como injusto todo lo que no coincide con nuestros deseos.
9. **Razonamiento emocional:** Las emociones se consideran como hechos objetivos y no como interpretaciones.
10. **Falacia de cambio:** Creer que el bienestar propio depende de otros. (El cambio de comportamiento no depende de la persona, sino de otros).
11. **Etiquetas globales:** Etiquetar a los demás o a sí mismos como como “ser”
12. **Culpabilidad:** Atribuirse la culpa de algo o de ciertas situaciones sin tener bases.
13. **Deberías:** Perspectivas de reglas rígidas de como deberían ser las cosas.
14. **Tener razón:** Tendencia a probar la razón constantemente.
15. **Falacia de recompensa divina:** No buscar soluciones a sus problemas, suponiendo que en el futuro se resolverán mágicamente.

Anexo 4: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana, incluyendo hoy.

Situación	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido		X		
2. Acalorado			X	
3. Temblor en las piernas		X		
4. Incapaz de relajarse		X		
5. Con temor a que ocurra lo peor				X
6. Mareado, o que se le va la cabeza	X			
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados			X	
8. Inestable			X	
9. Atemorizado o asustado		X		
10. Nervioso		X		
11. Con sensación de bloqueo		X		
12. Con temblores en las manos		X		
13. Inquieto, inseguro			X	
14. Con miedo a perder el control				X
15. Con sensación de ahogo			X	
16. Con miedo a morir	X			
17. Con problemas digestivos		X		
18. Con miedo		X		
19. Con desvanecimientos		X		
20. Con rubor facial			X	
21. Con sudores, fríos o calientes			X	

Anexo 5: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

En Morrison, J (2019)

Codificar	Situaciones
100	Desempeño superior en un rango amplio de actividades, los problemas de la vida no parecen salirse de control, otros lo buscan por sus muchas cualidades positivas. No existen síntomas
91	
90	Síntomas nulos o mínimos (p. ej., ansiedad leve previa a un examen), desempeño adecuado en todas las áreas, interés y participación en una gran variedad de actividades, eficacia social, por lo general satisfacción con la vida, sólo los problemas o las inquietudes cotidianas (p. ej., discusión ocasional con los miembros de la familia).
81	
80	Si existen síntomas, son transitorios y corresponden a reacciones esperadas ante los factores de estrés psicosociales (p. ej., dificultad para concentrarse después de una discusión familiar); no existen manifestaciones, excepto por un compromiso discreto del desempeño social, laboral o escolar. (p. ej., sufrir un atraso temporal en el trabajo escolar).
71	
70	Algunos síntomas leves (p. ej., estado de ánimo depresivo o insomnio leve) o algún grado de dificultad para el desempeño social, laboral o escolar (p. ej., ausentismo ocasional o robo en el hogar), pero por lo general un desempeño muy bueno; cuenta con algunas relaciones personales significativas.
61	
60	Síntomas moderados (p. ej., aplanamiento afectivo y lenguaje circunstancial, ataques de pánico ocasionales) o grado moderado de dificultad para el desempeño social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros o colaboradores).
51	
50	Síntomas intensos (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robo en tiendas frecuente) o cualquier grado de compromiso para el desempeño social, laboral o escolar. (p. ej., carece de amigos, es incapaz de conservar un empleo).
41	
40	Cierta grado de disfunción en las pruebas relacionadas con la realidad o la comunicación (p. ej., lenguaje ilógico, en ocasiones difícil de entender o irrelevante) o disfunción intensa en varias áreas, como el trabajo, la escuela, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento y el estado de ánimo (p. ej., hombre deprimido que evita amigos, descuida a la familia y es incapaz de trabajar; menor que con frecuencia golpea a niños más pequeños, se muestra desafiante en el hogar y está reprobando en la escuela)
31	
30	Comportamiento con influencia considerable de las ideas delirantes o alucinaciones, o compromiso grave para la comunicación o el juicio (p. ej., es incoherente en ocasiones, actúa de manera muy inapropiada, muestra inquietud suicida) o muestra incapacidad para el desempeño en casi todas las áreas. (p. ej., permanece en cama todo el día, carece de empleo, casa o amigos).
21	
20	Cierta riesgo de lesionarse o de lesionar a otros (p. ej., intento suicida sin expectativa clara de muerte, violencia frecuente, excitación maniaca) o en ocasiones es incapaz de mantener una higiene mínima (p. ej., se mancha con heces) o disfunción franca de la comunicación (p. ej., en gran medida incoherente o mutismo).
11	
10	Riesgo persistente de causarse o causar a otros lesiones graves (p. ej., violencia recurrente), o incapacidad persistente para mantener una higiene mínima, o acto suicida serio con expectativa clara de muerte.
1	
0	Información insuficiente

Anexo 7: Indicaciones para bloqueo de pensamiento

Se inicia realizando una lista de pensamientos inútiles y que conviene eliminar. Se pide al paciente que cierre los ojos y verbalice una secuencia típica de pensamientos que repite constantemente. Durante la verbalización, el terapeuta grita “alto” y luego hace ver al paciente como se detuvieron aquellos pensamientos. Esto lo repite varias veces y en seguida, pide al paciente que trate de detener sus pensamientos diciéndose a sí mismo “alto” de manera no audible, es decir, subvocal. Advierte al paciente que los pensamientos regresarán y le comenta que intente interrumpirlos cada vez que reaparezcan. Posteriormente, los esfuerzos se encaminan a tratar de suprimir cada pensamiento no deseado en el momento en que empieza. El paciente debe inhibirlo rápidamente en cuanto aparece, concentrándose en algo diferente. Lo que sucede es que dichos pensamientos ocurren cada vez con menos frecuencia y eventualmente, dejan de ser un problema.

(Wolpe, 2017).

Anexo 8: Escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer (1996)

Escala de autoeficacia general

Indicaciones:

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones y marque con una “X” el número que considere conveniente. Utilice la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.

1	2	3	4
Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto

Afirmaciones

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	1	X	3	4
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	X
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	1	2	X	4
4	Tengo la confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	X	4
5	Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas	1	2	X	4
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo (a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	1	X	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	X	4
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	X
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	X
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	1	2	3	X

Anexo 9: Inventario de Depresión de Beck. (BDI-II)

Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

- **Tristeza**
 0. No me siento triste X
 1. Me siento triste gran parte del tiempo
 2. Me siento triste todo el tiempo
 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
- **Pesimismo**
 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro
 1. Me siento más desalentado con respecto a mi futuro que lo que antes solía estarlo. X
 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
- **Fracaso**
 0. No me siento como un fracasado X
 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 3. Siento que como persona, soy un fracaso total.
- **Pérdida de placer.**
 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo. X
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.
- **Sentimientos de culpa**
 0. No me siento particularmente culpable
 1. Me siento culpable de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho X
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.
- **Sentimientos de castigo**
 0. No me siento que esté siendo castigado.
 1. Siento que tal vez pueda ser castigado. X
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

Disconformidad con uno mismo

- 0. Siento acerca de mí mismo lo que siempre X
 - 1. He perdido la confianza en mí mismo
 - 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 - 3. No me gusta a mí mismo.
- **Autocrítica**
 - 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
 - 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 - 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores. X
 - 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
 - **Pensamientos o deseos suicidas.**
 - 0. No tengo ningún pensamiento de matarme. X
 - 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 - 2. Querría matarme.
 - 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
 - **Llanto**
 - 0. No lloro más de lo que solía hacerlo. X
 - 1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 2. Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.
 - **Agitación**
 - 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. X
 - 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 - 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
 - **Pérdida de interés**
 - 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 - 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. X
 - 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3. Me es difícil interesarme por algo.
 - **Indecisión**
 - 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. X
 - 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
 - **Desvalorización**
 - 0. No siento que yo no sea valioso X
 - 1. No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 - 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - 3. Siento que no valgo nada.
 - **Pérdida de energía**
 - 0. Tengo tanta energía como siempre. X
 - 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 - 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 - 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

- **Cambios en los Hábitos de Sueño**
 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 1. **Duermo un poco más que lo habitual. X**
 2. Duermo un poco menos que lo habitual.

2 a Duermo mucho más que lo habitual.

 3. Duermo mucho menos que lo habitual
 - 3 a. Duermo la mayor parte del día
 - 3 b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
- **Irritabilidad**
 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
 1. **Estoy más irritable que lo habitual. X**
 2. **Estoy mucho más irritable que lo habitual.**
 3. Estoy irritable todo el tiempo.
- **Cambios en el apetito**
 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. X

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.
- **Dificultad de Concentración**
 0. **Puedo concentrarme tan bien como siempre. X**
 1. **No puedo concentrarme tan bien como habitualmente**
 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada
- **Cansancio y fatiga**
 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
 1. **Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. X**
 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
- **Interés en el sexo**
 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 1. **Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. X**
 2. **Estoy mucho menos interesado en el sexo.**
 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntuación: 12

APÉNDICES

Apéndice 1: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A DISTANCIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, **doy mi consentimiento libre, consciente e informado** para participar como usuario de un proceso terapéutico, que forma parte del proceso de intervención del Manuscrito Receptonal dirigido al **tratamiento de la fobia social**, a cargo de la alumna Iris Alejandra Domínguez Patiño, del 9º semestre de la **licenciatura en Psicología**.

Estoy de acuerdo que **el proceso terapéutico consiste en sesiones semanales** que tienen por objetivo el tratamiento de la fobia social, desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo Conductual, que está basada en evidencia científica. También, comprendo que antes de esto, **es necesario hacer una evaluación para poder estimar el tratamiento adecuado para mí**. Adicionalmente, si se requiere, puedo permitir una evaluación extra después de concluir el proceso, para verificar si hubo un cambio en la problemática presentada al inicio.

Así mismo, **me comprometo a realizar las actividades propuestas en terapia, a terminar el proceso de intervención y asistir a las sesiones con puntualidad**, para poder así obtener los resultados esperados en mi situación.

Con el objetivo de demostrar que se realizaron las prácticas con los requerimientos solicitados, **entiendo que es necesario que se graben las sesiones**. Por lo cual, doy mi autorización. También, reconozco que **se mantendrá el anonimato**. No aparecerán en los documentos de la terapia mis apellidos ni ningún otro dato personal.

Se mantendrá siempre el cuidado de la integridad y bienestar de los involucrados al aceptar formar parte de estas sesiones, **manteniendo en total confidencialidad los resultados obtenidos**. Además, solo el supervisor y estudiante tendrán acceso a las videograbaciones.

Toda información recuperada en el programa, será utilizada para fines académicos, resguardados de manera confidencial y al finalizar el proceso terapéutico, los datos serán eliminados. En todo caso, tengo total derecho de solicitar que se eliminen los datos/videograbaciones en cualquier momento del proceso, si lo considero necesario.

Comprendo que no se puede lucrar con estas sesiones de terapia, dado que son parte del servicio social del estudiante.

Autorizo

Grace Peralta

Apéndice 2: Formato de apoyo al diagnóstico

Formato de apoyo para diagnóstico

Para responder esta tabla, considera situaciones en donde hayas experimentado ansiedad por un aspecto social en los últimos 10 días:

Aspecto	Respuesta	Comentarios
Ansiedad experimentada (del 0 al 100)	100	
Duración (minutos/horas)	15 - 30 minutos	
Conducta para evitar la exposición a una situación de ansiedad <i>huída, escape, esconderse, no hablar, estar con el celular, hacer como que buscas algo, mantenerse ocupado (a), etc)</i>	Evitar situaciones donde puedan hablarme otras personas, ponerme sombreros y lentes para que no me reconozcan, hacer como que estoy muy ocupada, contestar de mala gana, responder poco a preguntas.	como trato de evitar las situaciones sociales, solo salgo de mi casa cuando es muy necesario y trato de acudir al supermercado a una hora que no haya mucha gente, además de pensarlo demasiado para hacer trámites. Muchas veces no los hago.
Situación desencadenante de la ansiedad	El que me pregunten cosas para las que no estoy preparada, más bien cualquier contacto con gente, por que no puedo ser espontánea al hablar y nunca se puede controlar todo. Y me da mucho miedo perder el control y ponerme agresiva o que algo pase. También, si trato de ser espontánea, pueden darse cuenta que estoy nerviosa y pensar que no puedo ni hacer eso bien	
Frecuencia semanal con la que ocurren situaciones similares	3 o 4 veces	
¿Qué te impide hacer la ansiedad/miedo en la vida diaria?	Relacionarme con otras personas, hacer cosas normales como ir al supermercado o exigir que me cambien un producto defectuoso de una tienda	A veces siento que no tengo control de mi vida, que aún a la edad que tengo no he logrado muchas cosas y me siento sola y triste. A veces no sé si hago bien las cosas por que me dicen que las hago mal de manera constante. Si mejorara mi interacción con la gente, considero que eso cambiaría
Áreas de tu vida donde consideras que afecta	social, laboral y familiar	
Si no tuvieras este problema, ¿En qué cambiaría?	me sentiría mejor conmigo misma y tendría mayor interacción social	

Apéndice 3: Formato de autorregistro de cogniciones, conductas y reacciones fisiológicas.

Autorregistro conductual Grace			
Día _____	Fecha		
	Antes	Durante (conducta)	Después (consecuencias)
¿Qué pienso?			
¿Qué hago?			
¿Qué pasa con mi cuerpo?			
Pensamiento:	Lenguaje interno. En voz e imagen		Intensidad: Del 1 al 100
Conducta:	Comportamiento		Duración: Minutos /horas
Reacciones fisiológicas:	Dolor de estómago, de cabeza, sudoración, hambre, temblores, cansancio, etc.		

Apéndice 4: Formato de autorregistro de intensidad de la conducta y reacciones

Autorregistro de intensidad de la conducta Grace				
<p>Indicaciones: Cuando sientas ansiedad por alguna situación en tu entorno, en donde tengas que hablar o hacer alguna actividad con alguien, trata de recordar la intensidad del momento y asignale un porcentaje, del 0% al 100%. En donde 0% equivale a que no sentiste absolutamente nada de ansiedad y el 100% equivale a toda la ansiedad que puedas sentir. Así mismo, escribe en la columna "Duración promedio", un aproximado de cuántos minutos u horas duró esa sensación. Al finalizar, puedes escribir en la puktima columna, una pequeña frase en donde digas como eliminaste la ansiedad.</p>				
Día	Fecha	Intensidad promedio (0% al 100%)	Duración promedio	¿Cómo se eliminó la ansiedad?
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Apéndice 5: Jerarquía de estímulos que provocan ansiedad

JERARQUÍA DE ESTÍMULOS QUE PROVOCAN ANSIEDAD (Fase de evaluación)

	Estímulo	%
1.	Conocer personas nuevas	100%
2.	Realizar llamadas telefónicas	80%
3.	Entrar a un lugar y sentirse observada	70%
4.	Comer con otras personas desconocidas	60%
5.	Bailar	60%

JERARQUÍA DE ESTÍMULOS QUE PROVOCAN ANSIEDAD (Fase intermedia de la intervención)

	Estímulo	%
1.	Conocer personas nuevas	60%
2.	Realizar llamadas telefónicas	55%
3.	Entrar a un lugar y sentirse observada	50%
4.	Comer con otras personas desconocidas	40%
5.	Bailar	20%

Apéndice 6: Formato de solución de problemas

FORMATO DE ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Definir el problema	
Soluciones alternativas	
Decisiones y evaluación realista	
Aplicar y evaluar la solución	