



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES Y
REGULACIÓN EMOCIONAL EN POBLACIÓN
UNIVERSITARIA.**

TESIS.

Que para obtener el título de Licenciada en Psicología presenta:

Dulce Viridiana Santiago García.

DIRECTOR: Dr. Juan José Sánchez Sosa

REVISOR: Dra. Patricia Andrade Palos

SUPERVISOR CLÍNICO: Rebeca Sánchez Monroy

SINODALES:

Dra. María Santos Becerril Pérez

Mtra. Angélica Juárez Loya

Mtra. María del Carmen Ramírez Camacho

Ciudad de México, junio 2018.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por permitirme concluir este proceso y guiarme en este logro de mi vida, para aplicar esta profesión tan apasionante y noble con la sociedad, y encontrar la mejor actitud en tantos momentos complicados en este proceso.

A mis padres: Beatriz García Rivera y Pedro Santiago Rodríguez, quienes, con su nobleza, valentía, humildad, sabiduría y responsabilidad, me enseñaron a crear las oportunidades, a trabajar cada día y ser perseverante por alcanzar mis metas, porque sin su apoyo, su inmenso amor y sus palabras de aliento no hubiera sido posible lograrlo, ellos son mi guía y mi motivación para ser una mejor persona cada día, a esforzarme y a luchar por lograr mis sueños sin darme por vencida, quienes son motivo de mi más profunda admiración y respeto.

A mi hermana mayor, Anayely Santiago García, quien me han acompañado desde pequeña, me ha cuidado y me motivan a seguir, por su amor incondicional y sus consejos que siempre me muestran otra perspectiva, una incansable soñadora y admirable profesionalista. A mi pequeña hermana, Ilusión Belén Santiago García, quien alegra mis días con su compañía y su afecto, de quién aprendo algo nuevo, quien cambió por completo mi vida y me enseñó otra forma de amar y a quién admiro por su valentía y sus ganas de descubrir algo diferente, siempre batiendo lo mejor a todos.

Ellos son mi mejor ejemplo de que siempre hay un camino para seguir y me han enseñado la importancia del apoyo, el amor y el compromiso en la vida familiar y personal. Quienes me ayudaron a salir adelante siempre con su cariño.

A mis tíos y primos que me han acompañado en los diferentes momentos de mi vida y me han dejado lecciones valiosas, a quienes respeto y quiero. A mis abuelos: José Santiago Espinoza e Inocencia Rodríguez López † quienes con sus sabias palabras y consejos me han dado momentos increíbles y me han orientado en vivir con su gran amor y ejemplo.

A la profesora Rebeca Sánchez Monroy, quien me ha guiado y enseñado a confiar en mí, a quien nunca dejaré de agradecer cada palabra, cada muestra de afecto y cada momento que hemos compartido. Nunca dejaré de admirarla por la gran mujer y psicóloga que es, porque siempre brinda lo mejor a las personas que la rodean, por su gran nobleza y valentía me enseñó lo que podemos lograr con nuestra profesión y que compartió conmigo sus sueños y sus logros.

Al doctor Juan José Sánchez Sosa y la doctora Patricia Andrade Palos, quienes me guiaron en este proyecto y me brindaron su confianza y su experiencia. De quienes aprendo la importancia de estar en constante aprendizaje para poder mejorar los conocimientos adquiridos y ese deseo de seguir creciendo.

A los profesores que me guiaron a lo largo de este proceso, que marcaron mi vida profesional por la manera tan extraordinaria de enseñar y de transmitir sus conocimientos

y que, en cada momento generaban ese deseo por querer aprender más: el Dr. Juan José Sánchez Sosa, la Dra. María Santos Becerril Pérez, el Dr. Joaquín Padilla, el Dr. Gustavo Bachá Méndez, el Dr. Rogelio Escobar Hernández, la Dra. Alicia Roca Cogordan.

A mis amigos que estuvieron acompañándome en este proceso con su amor y su apoyo, con quienes he pasado momentos difíciles, pero también increíbles: Andrea Fernanda Tinajero Vidal, Victor Antonio Sánchez García, Alejandra Vergara Valadez, Alexis Martínez Ramírez y Laura Alejandra Tapia Loyola.

A mis compañeros y colegas a quienes me tocó supervisar en su momento, de quienes me llevo tantos aprendizajes y cariño, unos grandes profesionistas que siempre contarán con mi apoyo: Ximena Márquez Martínez, Vianey Melo Cabrera, Daniel Morales Pérez, Isaí Quintanar Sánchez, Mariana Ramírez Gutiérrez, Martha Rivera Solís, Ninfa Monserrat Falcón Coronado, Luis Fernando Borja Hernández, Jocelyn Emilia Cuéllar Aldaco, Lillian Margarita González Avilés, Andrea Gutiérrez González, Silvia Lorena Saucedo Pruneda, Irma Valencia Luna y Daniel Velasco Moreno.

Así como a las personas que me fueron asignadas para su atención a lo largo de mi formación profesional, que me permitieron tener la dicha de conocerlos, quienes le dan sentido mi profesión, que compartieron conmigo su vida y que son el motivo que me llevan a querer aprender más y poder seguir en esta labor.

Y por último, a esta casa de Estudios que nos brinda muchas oportunidades académicas y personales y que nos permite entender el sentido de nuestra labor como profesionales en la búsqueda constante de mejorar las condiciones en la sociedad, nuestra enorme UNAM.

Índice

La Psicología de la Salud	9
Impacto de las demandas ambientales en la Salud.....	11
Estrés.....	11
Ansiedad	15
Componente Fisiológico	16
Componente Conductual.....	17
Componente Emocional.....	18
Componente Cognitivo	18
Ansiedad en alumnos Universitarios.....	20
Antecedentes en el Tratamiento de estudiantes Universitarios con Fobia Social....	22
Método	27
Participantes	27
Escenario	27
Procedimiento.....	27
Medición.....	28
Inventario de Ansiedad de Beck	28
Inventario de Depresión de Beck	29
Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisada (ISRS-R).....	29
Escala Multidimensional de Expresión Social parte Cognitiva (EMES- C) .	30
Escala Multidimensional de Expresión Social parte Motora (EMES- M).....	31
Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS)	32
Forma de Retroalimentación para Exposiciones Orales (CAD Breve)	33
Termómetro de temperatura Periférica	33
Procedimiento de Audio y Videgrabación.....	34
Diseño de Intervención	35
Sesión de Entrevista Clínica.....	35
Sesión de Evaluación	36
Intervención	36

Primera Sesión	36
Segunda Sesión.....	39
Tercera Sesión	41
Cuarta Sesión	42
Quinta Sesión	44
Seguimiento de Intervención individual	45
Resultados.....	47
Reporte por Casos Clínicos.....	47
Paciente 292.....	47
Mapa de patogénesis y Mapa de alcance de metas	49
Jerarquización realizada por la paciente.....	51
Temperatura distal periférica	51
Autorregistro de Tarea de ejecución de la tarea semanal de Relajación Muscular.....	53
Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social parte (Cognitiva).....	55
Factores que mejoraron a lo largo del estudio.....	55
Otras factores que mejoraron a lo largo del estudio	57
Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.....	57
Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social parte (Motora)	60
Variables que disminuyeron a lo largo del estudio.....	60
Otras factores que mejoraron a lo largo del estudio	60
Factores que se mantuvieron a lo largo del estudio	62
Autorregistro de tarea de iniciación de conversación	64
Paciente 336.....	66
Mapa de patogénesis y Mapa de alcance de metas	66
Jerarquización realizada por la paciente.....	69
Temperatura distal periférica	70
Autorregistro de Tarea de ejecución de la tarea semanal de Relajación Muscular Progresiva.....	72

Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social parte (Cognitiva).....	74
Factores que mejoraron a lo largo del estudio.....	74
Otros factores que incrementaron a lo largo del estudio	76
Factores que se mantuvieron a lo largo del estudio	77
Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social parte (Motora)	80
Factores que disminuyeron a lo largo del estudio.....	80
Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio	82
Factores que se mantuvieron a lo largo del estudio	84
Auto registro de tarea de iniciación de conversación	86
Paciente 400.....	87
Mapa de patogénesis y Mapa de alcance de metas	87
Jerarquización realizada por la paciente.....	90
Temperatura distal periférica	91
Auto registro de Tarea de ejecución de la tarea semanal de Relajación Muscular Progresiva.....	93
Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social parte (Cognitiva).....	95
Factores que mejoraron a lo largo del estudio.....	95
Otras variables que empeoraron a lo largo del estudio	97
factores que se mantuvieron a lo largo del estudio	97
Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social parte (Motora)	97
Factores que mejoraron a lo largo del estudio.....	97
Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio	98
Factores que se mantuvieron a lo largo del estudio	100
Auto registro de tarea de iniciación de conversación	102
Resultados Grupales.....	103
Sintomatología Depresiva	103
Sintomatología Ansiosa.....	105
Orientación Positiva a los Problemas	107

Solución Planificada a los Problemas	109
Orientación Negativa a los problemas	111
Estilo de solución Impulsivo- Descuidado	112
Estilo de solución Evitativo	114
Discusión.....	117
Referencias	120
Anexos.....	135
Anexo 1. Consentimiento Informado	135
Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck	137
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck	138
Anexo 4. Inventario de solución de Problemas Sociales Revisado ISRS.....	140
Anexo 5. Escala Multidimensional de Expresión Social parte Cognitiva	141
Anexo 6. Escala Multidimensional de Expresión Social parte Motora.....	145
Anexo 7. Sistema de evaluación Conductual de la Habilidad Social SECHS	149
Anexo 8. Forma de Retroalimentación para Exposiciones Orales (CAD Breve)....	152
Anexo 9. Termómetro para la toma de temperatura distal periférica.....	156
Anexo 10. Guía de la entrevista Clínica realizada con las pacientes para Focalizar el Motivo de Consulta	157
Anexo 11. Formato de Jerarquización de situaciones sociales Ansiógenas para la Desensibilización sistemática	158
Anexo 12. Ejercicio de Imaginación Guiada practicado en la Sesión 1.	159
Anexo 13. Formato de Registro de Toma de Temperatura distal periférica utilizado por el terapeuta, por sesión	160
Anexo 14. Material de Psicoeducación sobre la Sintomatología de ansiedad y la importancia de la Respiración diafragmática	161
Anexo 15. Instrucciones brindadas a las pacientes para la realización del Entrenamiento en Respiración Diafragmática	163
Anexo 16. Instrucciones brindadas a las pacientes para la realización de la Relajación Muscular Progresiva.....	164
Anexo 17. Tarea para las pacientes: auto registro de toma de temperatura ante la práctica de Relajación Muscular Progresiva	168
Anexo 18. Tarea para las pacientes: Auto registro de inicio y mantenimiento de conversaciones	170

Anexo 19. Material de Psicoeducación de qué son las Habilidades Sociales	172
Anexo 20. Material de Psicoeducación sobre cómo iniciar y mantener conversaciones.....	173
Anexo 21. Guía entregada al paciente sobre cómo hablar en público y lo que espera la audiencia en una ponencia oral	175

La Psicología de la Salud

Es un área que señala la relación fundamental entre la Medicina y la Psicología, un campo de amplio potencial que conlleva a los especialistas de estas disciplinas a una multiplicidad de rubros de intervención, donde resalta el papel de los factores psicológicos dentro del continuo salud-enfermedad (Matarazzo, 1980; Ogden, 2007).

Se ha hecho énfasis en su importancia dado que:

Es el agregado de la educación específica, científica y profesional que contribuye a la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de la etiología y diagnóstico relacionado a la disfunción la enfermedad o la salud (Matarazzo, 1980, pp. 813).

Es un campo relativamente nuevo, que deriva de la aplicación de la Terapia Conductual, que aplica principios, técnicas y conocimientos científicos investigados y desarrollados por la Psicología para la prevención, evaluación, diagnóstico, explicación o modificación de comportamientos que interfieren o fomentan la salud tanto física como mental a través de un enfoque multidisciplinario (Landa, Martínez y Sánchez Sosa, 2013; Reynoso y Seligson, 2005).

Dada la complejidad de la enfermedad, es importante evaluar el papel de los aspectos conductuales en su etiología, la relación con las demás áreas vitales, la promoción de conductas saludables y la predicción de las conductas de riesgo para con ello, la prevención o tratamiento de un estado crónico de disfuncionalidad, incapacidad o muerte prematura (Hernández y Sánchez- Sosa, 1995; Ogden, 2007).

Por ello, se ha insistido en el incremento en la investigación aplicada donde los psicólogos requieren conocimientos y competencias, que enfatizan la evaluación sistemática del efecto clínico de las intervenciones y cómo las variables psicológicas facilitan u

obstaculizan los comportamientos instrumentales que aumentan o reducen el riesgo, posibilitando la prevención, la identificación del nivel de intervención (primario, secundario o terciario) y la aplicación de intervenciones (Chaves, Gomes, Russel y Werner, 2005; Díaz-Facio, 2010; Piña y Rivera, 2006).

Por otra parte, las integraciones de los aspectos biopsicosociales en el tratamiento de las condiciones de la Salud Mental requieren que el profesional tenga la apertura para convertirse en conocedor de las tres áreas: biológica, psicológica y social del individuo, dado que los estados psicológicos influyen en la salud con problemas afectivos tales como estados de ansiedad y depresión (Cano-Vindel, 2011a; Greene, Bailey y Neumeister, 2013; Navas y Vargas, 2012).

En los centros de atención primaria se reporta una alta prevalencia de pacientes con sintomatología ansiosa, frecuentemente asociada a déficits en habilidades o estrategias de afrontamiento y enfermedades médicas, que generan una demanda de recursos institucionales y económicos, además del riesgo de una cronicidad y deterioro en la calidad de vida de los mismos y sus allegados inmediatos (Hernández-Santillán, 2013; Latorre et al., 2012).

Estos trastornos requieren un tratamiento psicológico basado en la evidencia científica, orientados a un aumento en la eficacia y eficiencia del usuario en el contexto de escasez de personal de salud especializado o intervenciones de alto costo o de larga duración, por ello la importancia de una búsqueda de la optimización de los recursos en el ámbito de Salud Pública e Instituciones prestadoras del servicio reduciendo el abandono del tratamiento y la demora en brindar la atención psicológica (Cano-Vindel, 2011a; Cano-Vindel, 2011b; Landa et al., 2013).

Siguiendo las pautas de esta área y la relevancia de dicho problema de salud, resulta oportuno abordar en qué consiste la ansiedad y su importancia como objetivo de la intervención clínica.

Impacto de las demandas ambientales en la Salud

La tecnología, que se esperaba hiciera la vida más fácil a las personas, a menudo puede intensificar la tensión que surge cuando el individuo se enfrenta a un cambio que demanda adaptación inmediata ante las situaciones diarias tales como pocos recursos económicos, contaminación ambiental, momento de vida (Artazcoz, Escriba-Agüir y Cortés, 2006) incluyendo inseguridad y violencia que generan dificultades en alcanzar un equilibrio mínimo, generando un impacto negativo en la salud física y mental (Herrera-Covarrubias et al., 2017).

Estos cambios en el entorno generan a su vez cambios en las estructuras familiares, la movilidad, las relaciones de pareja, los procesos legales, académicos, entre otros (Benson y Klipper, 1976). Así, ante las demandas del entorno, la respuesta de ansiedad forma parte de un entretejido y complejo problema, el estrés.

Estrés

El estrés es un proceso adaptativo y de emergencia para la supervivencia del individuo con la finalidad de generar un proceso de homeostasis en que existen cambios conductuales y cognitivos que llevan a una disminución del nivel del desempeño, evitación de situaciones, patrones de pensamientos ansiógenos, indecisión e improductividad (Beech, Burns y Sheffield, 1982; Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; Valdés, 2016).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) el estrés es “una relación entre la persona y el ambiente en la que el sujeto percibe en qué medida, las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas” (pp. 22).

Los estresores son todas aquellas situaciones del medio ambiente físico y social, en que el individuo se desenvuelve y que se ven mediados por su naturaleza emocional, lo cual genera que la intensidad del efecto del

estresor esté en función de la valoración que hace el individuo del mismo (Hamberger y Lohr, 1984).

Esta valoración tiene lugar, dado que el procesamiento humano es más complejo que una relación estímulo-respuesta y el ambiente es un sistema reforzante, con lo que se genera instrucciones que evocan una conducta similar a las que son mantenidas por las contingencias (Reynoso y Seligson, 2005; Skinner, 1982).

El estrés entonces se genera por las demandas que exigen la utilización de los recursos de una persona que puede tener o no en su repertorio conductual, es así que la discrepancia entre las demandas percibidas, internas o externas y la forma en que percibe sus posibles respuestas frente a éstas constituyen la respuesta de ansiedad, así como el impacto en la salud y la estrategia de afrontamiento que se ejecute (Greene et al., 2013; Lazarus y Folkman, 1984; Nerenz y Leventhal, 1983; Ortega, 2014).

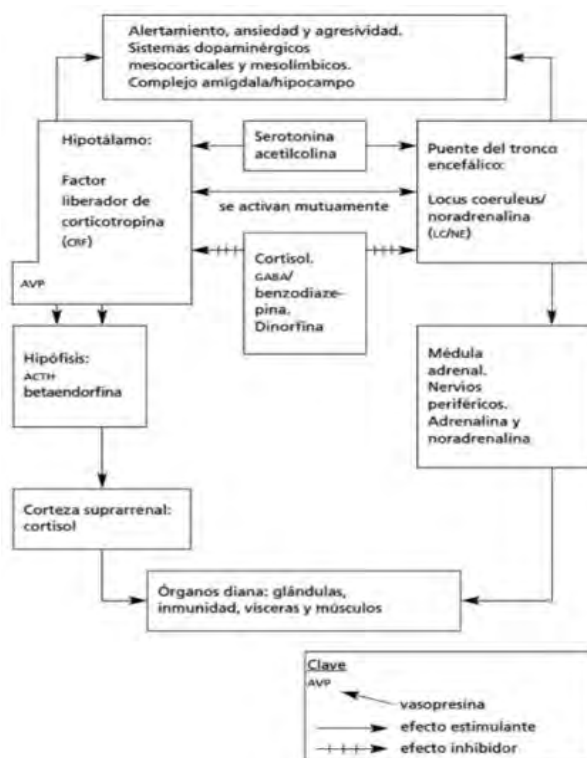
Por ello, la evaluación cognitiva que hace el individuo determina la emoción, cuya respuesta es rápida y a su vez, genera nuevas respuestas que se prolongan en el tiempo y fungen como detonante de respuestas tanto adaptativas como no adaptativas posteriores (Caballo y Anguiano, 2002; Lazarus y Cohen, 1977; Mahoney, 1983).

Esta valoración genera una respuesta particular que configura el cuadro clínico de Fobia Social, llevando a la persona a un estado de deterioro social, familiar e incluso orgánico.

Los estudios sobre el estrés, se iniciaron con especies animales, en los que se obtuvo conocimiento de los cambios fisiológicos, en diferentes órganos y sistemas y la identificación del papel del Sistema Nervioso Central en la respuesta y mantenimiento de la sintomatología ansiosa (Alcaraz, 2001; Greene et al., 2013; Cedillo, 2017; García, 2013; Morris, Davis y Hutchings, 1981; Peurifoy, 2005; Repa et al., 2001; Sanders y Shekhar, 1995).

Como antecedente fundamental se encuentra el modelo fisiológico del estrés, en donde se propone que los sistemas nervioso y endocrino, captan los distintos estímulos externos e internos que se transforman en señales eléctricas, regulados por la liberación de Adrenalina y Noradrenalina, hormona hipofisiaria (ACTH) y cortisol suprarrenal que provoca niveles de glucosa elevados, efectos en órganos y procesos cognitivos, denominada respuesta de lucha-huida (Seyle, 1950; Seyle, 1976) como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Conjunto de Mecanismos y reacciones bioquímicas del estrés.



Nota: Recuperado de Orlandini, (2012). *El estrés. Qué es y cómo evitarlo*. Fondo de Cultura Económica. México. pp. 47.

Desde la explicación de Darwin para la supervivencia, el éxito del uso de la respuesta de lucha-huida, fue generada como elemento para la vida, dado que aquéllos que presentaban una alta tasa de esta

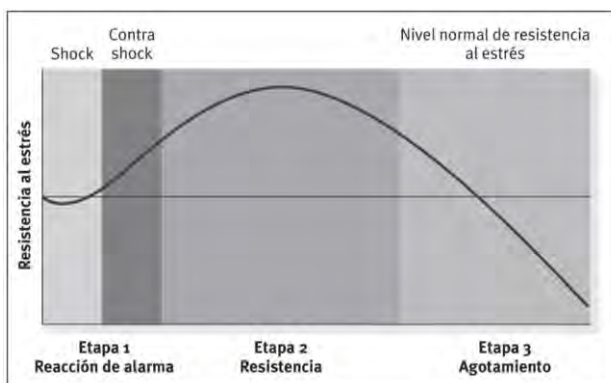
respuesta ante estímulos peligrosos, incrementaban las posibilidades de sobrevivir por largo tiempo y reproducirse y con ello la selección natural favoreció la continuación de dicha respuesta (Benson y Klipper, 1976).

Sin embargo, cuando no se regula apropiadamente, puede dirigir a la disminución de la tasa cardíaca, lentitud del metabolismo, disminución de la tasa de respiración, estrés crónico, ansiedad, agresividad, problemas de sueño, problemas en el sistema inmunológico, consumo de sustancias, bajo rendimiento académico, entre otros (Benson y Klipper, 1976; Galvez, 2005; Herrera-Covarrubias et. al., 2017; Martín, 2007; Río del, 2006; Zárate, Acevedo-Triana, Sarmiento-Bolaños y León, 2014).

Todas estas consecuencias forman parte de la repercusión en el estado de salud de las personas que se ven expuestas constantemente a actividades sociales, temor a la crítica o la burla y con ello, mantienen una respuesta de lucha-huida disfuncional.

Selye (1956) explica los efectos del estrés prolongado en un organismo mediante el modelo del Síndrome de Adaptación General en tres etapas: la reacción de alarma con la activación del Sistema Nervioso Autónomo, el punto máximo de la adaptación biológica y corporal y la de agotamiento en que se pierde la capacidad de resistencia llevando la enfermedad o la muerte (Butcher, Mineka y Hooley, 2007) como se muestra en la figura 2, que ilustra por qué la relevancia del abordaje de estos trastornos ansiosos.

Figura 2. Modelo de las tres etapas de la respuesta al estrés propuesto por Seyle.



Nota: Recuperado de Butcher, Mineka y Hooley (2007). *Psicología clínica*. Pearson Educación. Madrid. pp. 143.

Dado que los estresores incrementan los niveles de activación que dificultan volver al estado de equilibrio, este patrón no es perjudicial en sí mismo, sin embargo, las reacciones ante estímulos nada o débilmente amenazantes dada su intensidad desproporcionada o su prolongación en el tiempo, pueden generar aparición de trastornos psicofisiológicos y psicológicos como la respuesta emocional de ansiedad, que entretexe esta respuesta de estrés (Benson y Klipper, 1976; Greene, Bailey y Neumeister, 2013; Martínez-Otero, 2014; Vázquez, 2001).

Ansiedad

Ante los distintos estresores a los que los individuos se ven expuestos, la ansiedad es una emoción que funge como factor de protección ante los peligros vitales, sin embargo, en la actualidad esta respuesta es desproporcionada y se relaciona con altos niveles de estrés que conllevan a generar un impacto en la salud en que la resistencia inmunológica de la persona se debilita y da paso a los procesos de enfermedad (Libertad, 2003).

La respuesta normal de ansiedad es una respuesta necesaria y es la pieza clave en la supervivencia, no siempre es adaptativa, por ejemplo, hablar en público no es una situación peligrosa, sin embargo, puede generar la respuesta de ansiedad en algunos individuos (Greene et al., 2013).

Con ello se ha definido a la respuesta de ansiedad como:

Un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivos porque se perciben como acontecimientos imprevisibles e incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Clark & Beck, 2010, pp.23).

Barlow (2002) añade que esta emoción “está orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos o hacia la propia respuesta afectiva” (pp. 22).

Esto muestra que la evaluación de los estresores cotidianos en la población con Fobia Social se caracteriza por una percepción de pérdida de control o estabilidad, llevando consigo a la confirmación de dicho temor.

Componente Fisiológico

Mediante la exposición a situaciones temidas se pueden generar síntomas somáticos como: sentir un nudo en la garganta, temblores, dolor de estómago, dolores de cabeza, sensación de desmayo, sonrojamiento, sudoración, agitación, temblor, palpitations, resequead en la boca y ataques de pánico, que provocan una afectación individual dada la evitación de la situación fóbica y la presencia de ansiedad anticipatoria (García, 2013; Kariuki y Stein, 2013).

Otros síntomas significativos consisten en presentar temperatura baja y con ello, las extremidades se tornan frías como resultado de la actividad muscular, constricción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, suspensión de la actividad digestiva, supresión del sistema inmune y de respuesta al dolor que puede interferir con un escape rápido, dificultad para conciliar el sueño, fatigarse fácilmente, tensión muscular y dificultad para concentrarse (Peurifoy, 2005; Sarason y Sarason, 2006).

Componente Conductual

Dado los niveles de vigilancia y activación, se llevan a cabo conductas de escape o evitación así como estrategias de disimulo (conductas de seguridad) como esfuerzos por ocultar la ansiedad y la insistencia en ejecutarlas, que resultan insanas al funcionamiento ocupacional y social de la persona, llevándolas a cabo incluso aunque estén convencidos de que es perjudicial para ellos mismos (García, 2013; Kariuki y Stein, 2013; Alden y Bieling, 1997; Clark y Beck, 2010; Voncken, Alden, Bögels y Roelofs, 2008).

Aunado a realizar un discurso atropellado y evitar el contacto visual, mostrándose inhibidos en las interacciones sociales, con una postura rígida o tensa y con expresiones corporales forzadas (Kariuki y Stein, 2013).

Esto afecta su actuación pública y aumenta la probabilidad de la evaluación negativa de los demás (Beck y Emery, 1985) y así estas conductas impiden que se desmienta el resultado temido y se mantenga la atención en la propia actuación y con ello la atención negativa de los demás (Wells y Clark, 1997).

Además de la comorbilidad existente con las conductas de consumo de alcohol, drogas o tabaco e incluso problemas de sobrepeso u obesidad (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994; Salazar, Castillo, Pastor, Tejada-Tabayas y Palos, 2016; Souza, 2008)

relacionada con la presencia de Fobia Social en futuros profesionistas (Camacho, 2005; Lewis y O'Neill, 2000; O'Hare, 1990; Owen, 1996).

Es importante resaltar la relevancia que tienen las conductas de riesgo y las patologías asociadas a los problemas de ansiedad debido a que resalta los componentes o diseños oportunos para la población que se atendió en este estudio por lo que la descripción de los componentes que constituyen la respuesta de ansiedad se vuelve relevante.

Componente Emocional

Con frecuencia, las personas que se sienten ansiosas no están conscientes de las razones de sus temores que conlleva a un miedo a ser criticado o evaluado negativamente por otros; desarrollan sentimientos de incertidumbre, impotencia y activación fisiológica en que las personas se quejan de sentirse nerviosas, tensas, aprehensivas e irritables además de una alta sensibilidad a las señales de amenaza, vigilancia o atención a las amenazas potenciales (Sarason y Sarason, 2006).

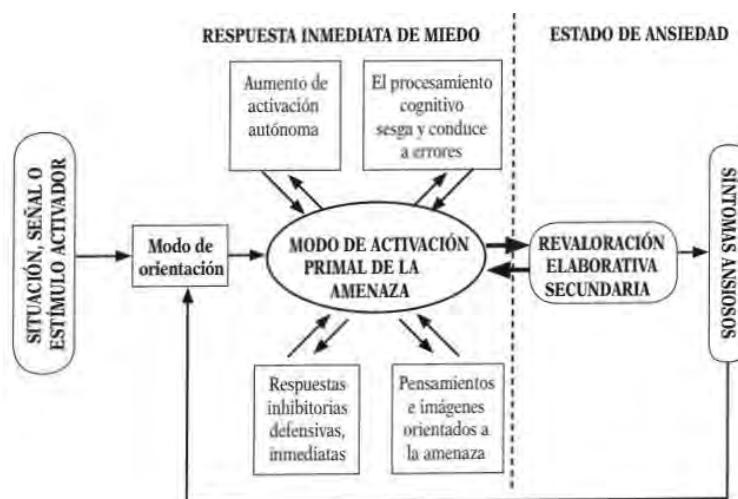
Componente Cognitivo

Mediante pensamientos intrusivos en forma de preocupaciones sobre acontecimientos y consecuencias futuras probables o interpretaciones catastróficas de acontecimientos pasados que destacan lo negativo, especialmente los errores que el individuo pudo haber cometido, tienen un carácter automático que proviene de la interpretación del evento y no del evento en sí (Sarason y Sarason, 2006; Kariuki y Stein, 2013).

Esto conduce a un sesgo atencional, hacia aspectos que resultan amenazantes de manera rápida, difícil de finalizar y generalizados a diferentes rubros de la vida y que afectan los procesos cognitivos superiores como la atención, memoria, concentración y una respuesta de incertidumbre o pérdida de control sobre las estrategias que el

paciente pone en práctica para poder regularse (Clark y Beck, 2010). Este proceso cognitivo se muestra en la figura 3.

Figura 3. Componente cognitivo en la respuesta ansiosa.



Nota: Recuperado de Clark y Beck (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer, Bilbao, pp. 68.

La persona presenta preocupaciones sobre daños reales a través del tiempo y mediante el reforzamiento adquieren nuevas respuestas que fortalecen las aprendidas, por lo tanto, la ansiedad genera y mantiene una respuesta condicionada ante un aprendizaje donde los paradigmas de condicionamiento han demostrado efectividad en el aprendizaje asociativo (Greene, Bailey y Neumeister, 2013; Peurifoy, 2005; Wolpe, 1993).

Los estímulos neutrales que afectan en el momento de la evocación del miedo pueden pasar a ser estímulos condicionales y generalizarse a otro, mediante condicionamiento de segundo o tercer orden (Wolpe, 1993).

Ansiedad en Alumnos Universitarios

La población adulta joven se encuentra en un período vital en que no se cuenta con una trayectoria profesional clara, la alternancia entre la educación y el trabajo e incluso el abandono académico, ya sea por iniciar una vida laboral, hacer trabajo voluntario, contraer matrimonio o la presión familiar. Y de aquéllos que continúan realizando estudios, la adaptación a un cambio de rutina, demandas académicas, la formación de nuevas redes de apoyo e incluso el afrontamiento de situaciones vitales novedosas (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Los rangos de edad en que estas habilidades sociales son críticas abarca el periodo de los 17 a 23 años que es el período esperado para la profesionalización (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010), donde frecuentemente la ansiedad se manifiesta de manera persistente en las demandas académicas y presenta una asociación estadísticamente significativa con el estrato social bajo (Cardona-Arias, Pérez-Restrepo, Rivera-Ocampo, Gómez-Martínez y Reyes, 2015).

Cuando los estudiantes ingresan a la universidad se espera que lleven a cabo estrategias de afrontamiento activo, centrado en la solución y modificación de los problemas, búsqueda de apoyo social para hacer frente a la tensión emocional mediante la adaptación social requerida y el bienestar de los jóvenes, que funcionarán como factor de protección (Contreras-Torres, Espinosa-Mendez y Esguerra-Pérez, 2009; Rosas-Santiago, Siliceo-Murrieta, Tello-Bello, Temores-Alcántara y Martínez-Castillo, 2016).

De lo anterior surge la necesidad de poner en marcha las habilidades personales de ajuste psicosocial que demandan una complejidad distinta a los niveles educativos previos y cuando el individuo no cuenta con los recursos o habilidades necesarias para hacer frente a los altos niveles de ansiedad, corre el riesgo de una disminución del rendimiento académico, deterioro de las relaciones interpersonales y efectos negativos en la salud, en conjunto con las demandas

académicas y la tasa de desempleo o subempleo que contrasta con las expectativas que se tienen (Martínez- Otero, 2014; Serrano, Rojas y Ruggero, 2013).

Entre los factores individuales que aumentan el riesgo de que un alumno universitario tenga problemas de ansiedad se encuentran la escasa capacidad de manejo de acontecimiento estresantes, la falta de habilidades sociales, el consumo de tóxicos, dificultades de adaptación psicosocial en la institución universitaria, la convivencia familiar, las asignaturas no acreditadas, largos desplazamientos diarios, obligaciones extra-curriculares de tipo laboral o familiar, la disminución del mantenimiento de la red social y la falta de solución a los problemas cotidianos (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008; Balanza, Morales y Guerrero, 2009; D' Zurilla y Sheedy, 1992; Martínez-Otero, 2014; Wilcox, 2011).

Ante las demandas estresantes del ambiente se requiere que los estudiantes tengan recursos psicológicos para hacerles frente y atenuar su impacto, mediante el uso de estrategias de afrontamiento caracterizadas por el repertorio conductual y la evaluación que hace de la situación (Espinosa, Contreras y Esguerra, 2009).

Los individuos que mantienen un malestar emocional se ha encontrado que llevan a cabo un estilo pasivo de afrontamiento relacionado con emociones negativas y un estado de ánimo que oscila entre depresión y ansiedad, en el que es frecuente el uso del estilo de evitación, en que se paralizan y esperan pasivamente a que el problema se solucione, el cual resulta un factor de riesgo (Contreras-Torres et al., 2009; Rosas-Santiago et al., 2016).

Resultan fundamentales una serie de procesos regulatorios para el control de aspectos fisiológicos, conductuales y afectivos que permitan una funcionalidad adaptativa para realizar un cambio sobre los estímulos que evocan la emoción, focalizar la atención y disminuir

dichas emociones negativas, en beneficio de la salud física y mental ante diferentes psicopatologías (Gross, 1998; Haertly y Phelps, 2010).

Dentro del amplio espectro de los Trastornos de Ansiedad se ha reportado una alta prevalencia de Fobia Social en universitarios tanto en las proyecciones realizadas a estudiantes como a población en general, por lo que se ha demostrado que representa un problema de salud pública (Kessler, 1994; Medina-Mora et al., 2003; Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez, 2008) dado su deterioro funcional el cual resulta significativo (Dell'Osso et al., 2003).

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia y de éstos, la fobia social es uno de los más frecuentes en la población entre los 15 y 45 años, con mayor proporción en mujeres que hombres de 2 a 1 respectivamente. Se han identificado como edades de inicio la infancia y la adolescencia con síntomas que suelen persistir en la adultez joven. Este cuadro conlleva a un serio deterioro de la calidad de vida, mayor aislamiento, bajo rendimiento profesional, abuso de alcohol y drogas, abandono de estudios y el desarrollo de otros trastornos (Organización Mundial de la Salud, 2004; Szádóczy, Rózsa, Zámbari y Füredi, 2004; Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005).

Antecedentes en el tratamiento de Estudiantes Universitarios con Fobia Social

En general los alumnos de nivel medio y superior son más propensos a presentar trastornos de ansiedad y del estado del ánimo en contextos interpersonales, que subraya la importancia de promover la salud mental en esta población (Agudelo et al., 2008).

Las habilidades sociales deficitarias en las personas con fobia social son hablar en público, interactuar con superiores, con desconocidos, con el sexo opuesto y expresiones de molestia o enfado (Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, 2014) o bien, son alumnos en proceso de

titulación de quienes se esperaría que las habilidades sociales estuvieran por encima de la media (García, 2005).

En cuanto al género se ha encontrado que en las mujeres existe relación entre habilidades sociales (asertividad) y desempeño académico y en el caso de los hombres se encontró que sólo la interacción con el otro sexo tiene impacto en el rendimiento académico (Oyarzún, Estrada, Pino, Oryazún, 2012).

Hidalgo y Abarca (1990) examinaron los efectos de un entrenamiento en habilidades sociales de forma grupal con 34 jóvenes universitarios, a quienes se les entrenó en diversas condiciones experimentales, y se evaluó la respuesta dermogalvánica, la aplicación de instrumentos, así como ensayos conductuales en un ambiente seminatural. Los resultados indicaron que el programa tuvo un efecto de cambio positivo significativo. Si bien disminuyó la sintomatología ansiosa en las medidas cualitativas (verbales) individuales, no ocurrió así en las medidas dermogalvánicas por dificultades en su registro. Los seguimientos no mostraron cambios que permanecieran con y sin tratamiento ante lo cual los autores señalaron que los resultados del entrenamiento podrían ser sólo transitorios.

En general los programas de intervención en habilidades sociales en estudiantes universitarios han carecido de seguimientos como sustento para la permanencia de los efectos entrenados para las habilidades sociales en esta población (Prette del y Prette del, 1999; Pérez y Redondo, 2002).

Se han realizado entrenamientos de habilidades sociales en estudiantes mediante ejercicios de autoexpresión en situaciones sociales tales como defensa de los derechos propios, expresión de enfado o desacuerdo, decir no, hacer peticiones e iniciar conversaciones con el sexo opuesto. Sánchez-Teruel, Robles-Bello y González-Cabrera (2015) entrenaron durante doce sesiones a universitarios de 20 a 54 años que mostraron un nivel inicial bajo de habilidades sociales y tras la intervención, el

grupo experimental mostró una mejoría en defensa de los derechos propios, decir no, hacer peticiones e iniciar conversaciones con el sexo opuesto.

En general, las intervenciones de entrenamiento en habilidades sociales buscan la reducción del malestar y dotar al paciente de habilidades conductuales en interacciones interpersonales que le permitan generalizarlas a otros contextos distintos al entrenado tal y como propone la perspectiva de enseñanza-aprendizaje de la terapia cognitivo conductual (Kelly, 2002).

En el ámbito cognitivo se ha propuesto que las personas utilizan los pensamientos para alterar las emociones, las consecuencias son distintas si se opta por resignificar un evento o por focalizar su atención en aspectos menos atemorizantes de la situación. Ambas estrategias buscarían generar una respuesta más adaptativa y reacciones sociales positivas (Hartley y Phelps, 2010).

En este contexto, el ensayo conductual es primordial en el tratamiento de estos pacientes para el entrenamiento en asertividad en los casos más graves, sobre todo cuando hay ansiedad anticipatoria. En efecto, desde antes de la ejecución de la conducta asertiva es necesario preparar no sólo las palabras que el individuo empleará sino también el volumen, la firmeza y la expresividad emocional de la voz, el contacto ocular, gestos y otros movimientos corporales (Wolpe, 1993).

La presencia de trastornos secundarios es otro elemento que el terapeuta requiere considerar, ya que estos síntomas suelen interferir en la eficacia del tratamiento (García, 2013). Adicionalmente se ha propuesto la inclusión de entrenamiento en solución de problemas en los talleres de afrontamiento (Rosas-Santiago et al., 2016).

En cuanto al apoyo de otros, el análisis del uso de habilidades sociales en el clima social familiar sugiere que el grado de compenetración y apoyo entre los miembros de la familia, así como la participación de

éstos en actividades recreativas o grupales se asocia con, y mejora, las habilidades psicoafectivas. Asimismo, es de suponerse que los estilos de afrontamiento saludables faciliten una reducción considerable de la respuesta de activación fisiológica y de miedo, razón por la cual se han incorporado en la práctica clínica (Hartley y Phelps, 2010).

En principio, podría esperarse que la inclusión de la formación de estas habilidades sociales, a lo largo del proceso educativo propiciaran mejoría en la innovación y satisfacción con los cursos, e incluso en cuanto al desempeño del profesor, como lo describe el estudio exploratorio de Genoveva, Navarro-Segura y López (2014).

El entrenamiento en estrategias cognitivas y diversos componentes de exposición puede permitir a las personas con ansiedad social no solamente la reducción de la sintomatología ansiosa sino también un incremento en la autoestima y en un manejo asertivo de las situaciones. Esto parece requerir la inclusión del componente cognitivo, conductual y de regulación emocional. Varios autores reportan que estas estrategias de intervención generan mejoría en los pacientes (Antona y García- López, 2008).

Las personas que se sienten menos eficaces como oradores, incluyendo los estudiantes, quienes normalmente carecen de experiencia en la realización de presentaciones orales suelen mostrar en efecto, menor nivel de confianza cuando se encuentran ante un auditorio. En virtud de haberse documentado que los estudiantes con experiencia en otros ámbitos muestran una mayor confianza, se subraya la importancia de entrenar estos componentes en la población universitaria (Jiménez-Cruz y Riveros, 2016; Verano-Tacoronte y Bolívar-Cruz, 2015).

Se han evaluado intervenciones sobre la ejecución de una habilidad social que implica una conducta específica como hablar en público, comparando los niveles de sintomatología ansiosa previos y posteriores a realizar dicha tarea. Cuando los participantes reciben un entrenamiento, los niveles de ansiedad posteriores a la ejecución de la

conducta son mucho menores (Amir, Weber, Beard, Bomyea y Taylor, 2008).

Otros estudios han explorado, con diversos diseños de intervención grupal en universitarios con fobia social, exposición a situaciones que suelen producir ansiedad incluyendo componentes cognitivos en intervenciones breves. Uno de ellos se focalizó en aquellas habilidades problemáticas mediante el uso de las técnicas descritas sobre el espectro ansioso y mostró mayores tasas de recuperación (Boschen y Oei, 2008; Holas y Suszek, 2016).

En cuanto a la descripción metodológica de las intervenciones, se ha propuesto que mediante la formulación del caso es posible la identificación de los elementos a trabajar, la relación entre abordajes y tratamientos y la creación de guías de intervención desde los componentes cognitivos o conductuales de los trastornos ansiosos (Boschen y Oei, 2008; Holas y Suszek, 2016; Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

Los antecedentes descritos ponen de manifiesto la necesidad de evaluar intervenciones para la identificación y prevención de cuadros desadaptativos tales como los déficits interpersonales de la Fobia Social. En virtud de lo anterior, el objetivo del presente estudio consistió en valorar, tratar mediante un enfoque cognitivo-conductual y evaluar el impacto clínico de la intervención, en tres casos con sintomatología de Fobia Social en estudiantes universitarias.

Método

Participantes

Se seleccionaron a tres mujeres adultas jóvenes, de 22 y 23 años, residentes de la Ciudad de México, estudiantes de Licenciatura de Universidades Públicas.

Los criterios de inclusión fueron: estar inscritos en la licenciatura, reportar un déficit en habilidades sociales en el ámbito académico como motivo de consulta, arrojar un nivel moderado a grave de sintomatología ansiosa y depresiva en los Inventarios de Beck, contar con un expediente clínico en la institución y encontrarse en proceso de espera para asignación a tratamiento psicológico.

Mientras que los criterios de exclusión implicaron que los pacientes se encontraran recibiendo atención psicológica en la institución o en una sede externa.

Escenario

La intervención se llevó a cabo en la cámara de *Gesell*, del Centro de Servicios Psicológicos “*Dr. Guillermo Dávila*” de la Facultad de Psicología en el campus de Ciudad Universitaria, de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Ciudad de México.

Procedimiento

A partir de una convocatoria abierta de recepción de pacientes se realizó una selección de los casos que cumplían con los criterios, se revisaron 51 expedientes clínicos, de los cuales 15 expedientes cumplían con los criterios y tras una llamada telefónica de “recuperación” ofreciendo tratamiento, 3 participantes aceptaron su inclusión.

Se contactó vía telefónica a cada paciente para la invitación a formar parte del estudio en la regulación de la sintomatología ansiosa y entrenamiento de habilidades sociales. El tratamiento fue gratuito por

autorización de la Coordinación de los Centros de Atención Psicológica de la institución.

Los participantes que declinaron participar expresaron como motivos: haber conseguido un tratamiento alternativo, preferir su baja terapéutica, el no considerarlo como un problema después del tiempo de espera de cuatro meses y preferencia por una modalidad individual.

Para la implementación de videograbaciones, obtención de datos y el manejo confidencial de la información relacionada al tratamiento de los pacientes a lo largo de la intervención se llevaron a cabo los lineamientos que el consentimiento informado de la institución establece, que firman los pacientes al momento de la apertura de su expediente y que se muestra en el Anexo 1.

Medición

Inventario de Ansiedad de Beck

Creado en 1988 por Beck, Epstein, Brown y Steer y validado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez en el 2001 (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001), se muestra en el Anexo 2.

Este instrumento evalúa la gravedad de los síntomas de ansiedad, suele utilizarse en estudios clínicos y experimentales con población psiquiátrica y normal, permite distinguir cuatro niveles de ansiedad: mínima, leve, moderada y grave.

Es un instrumento de auto informe de la frecuencia con que se presentó cada síntoma, consta de un listado de veintiún síntomas, organizados de acuerdo con las siguientes categorías: subjetivo (siete reactivos), neurofisiológico (ocho reactivos), autonómico (tres reactivos) y de pánico (tres reactivos). Usa escalas tipo Likert de cero a tres puntos por reactivo. El índice de consistencia interna para la escala

total es de 0.83 y explora los síntomas presentados durante la última semana.

Inventario de Depresión de Beck

Creado en 1988 por Beck, Steer y Garbin y validado en México por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela en 1998 (Beck, Steer y Garbin, 1988; Jurado et al., 1998), se incluye en el Anexo 3; evalúa la gravedad de síntomas de Depresión y suele utilizarse para población tanto psiquiátrica como normal.

Está conformado de una lista de veintiún síntomas en una escala de calificación tipo Likert de cero a tres puntos por reactivo. El índice de consistencia interna es de 0.87, y permite distinguir entre cuatro niveles de sintomatología depresiva: mínima, leve, moderada y grave. Es un instrumento de auto informe en que se presenta cada síntoma durante la última semana incluyendo el mismo día de la aplicación.

Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisada

ISRS-R

En un instrumento de 25 ítems tipo Likert que abarcan desde:

1= En modo alguno,

2= En algunos momentos,

3= Moderadamente cierto,

4= Cierto y

5= Muy cierto en mi caso.

El instrumento evalúa fortalezas y debilidades respecto a la solución de problemas y permite determinar la presencia de vulnerabilidades que puedan sugerir un entrenamiento específico en el tratamiento. Evalúa dos orientaciones: Orientación Positiva al Problema (OPP) y Orientación Negativa al Problema (ONP) y tres estilos de Solución de

Problemas que implican: Solución Planificada al Problema (SPP), Estilo Evitativo (EV) y Estilo Impulsivo-Descuidado (ID) (Nezu, Nezu y D´Zurilla, 2014).

Este instrumento, de acuerdo con el puntaje obtenido, indica que a mayor puntuación en ONP, EV e ID mayores son las dificultades del individuo para la solución de los problemas y establece puntos de corte para la OPP y la SPP. Puntuaciones menores a 12 muestran carencia de estas habilidades, puntaje entre 12 y 18 hace referencia a que el individuo cuenta con los recursos en esta habilidad, sin embargo, se podría ver beneficiado de un entrenamiento. Puntuaciones mayores a 18 puntos indican que el individuo cuenta con dicha habilidad como fortaleza (Nezu, Nezu y D´Zurilla, 2014).

Se utilizó la versión breve del Inventario de Solución de Problemas Sociales, a partir de la recomendación para propósitos de investigación con tiempo limitado para su aplicación (Torre de la, Morera y Wood, 2010; Maydeu-Olivares, Rodríguez-Fornells, Gómez-Benito y D'Zurilla, 2000; Merino, 2012) (Ver anexo 4).

Escala Multidimensional de Expresión Social parte-Cognitiva (EMES-C)

Creada en 1987 por Caballo, inicialmente incluía pensamientos negativos y positivos, mientras que las diferencias en pensamientos positivos eran claras entre sujetos de alta y baja habilidad esto era discordante respecto a los pensamientos negativos, por lo que se reformuló en 1997 para incluir sólo pensamientos negativos (Caballo, 1997).

Es un instrumento auto administrado con 44 ítems, tipo Likert que van de cero a cuatro puntos que incluye pensamientos negativos asociados a situaciones de interacción social. A mayor puntuación, mayor es la frecuencia de pensamientos distorsionados o disfuncionales. Ofrece una puntuación sobre la presencia global de pensamientos

distorsionados en contextos sociales, así como el contenido o rubro específico en que estas se presentan o acentúan. Los factores que evalúa se muestran en la figura 4 de acuerdo con la clasificación que establece Caballo (1997).

Figura 4. Factores evaluados por el instrumento EMES- C.

Temor a la expresión en público y enfrentarse con superiores	Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer y recibir cumplidos
Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas	Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas	Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos
Preocupación por la impresión causada en los demás	Temor a expresar sentimientos positivos	Temor a la defensa de los derechos	Asunción de posibles carencias propias

Presenta un índice de consistencia interna de 0.92 y confiabilidad test-retest de 0.83. Este instrumento fue diseñado para población adulta tanto clínica como no clínica y se incluye en el Anexo 5.

Escala Multidimensional de Expresión Social parte Motora (EMES-M).

Creada en 1997 por Caballo, es un instrumento auto administrado con 64 ítems tipo Likert que van de cero a cuatro puntos. El individuo informa la frecuencia con que realiza conductas socialmente hábiles, ofrece una puntuación sobre la habilidad social global de la persona, así como la habilidad social específica para cada una de las 12 dimensiones que se detallan en la figura 5 (Caballo, 1997).

A mayor puntuación mayor es la frecuencia de conductas socialmente adecuadas para cada rubro. Este dato se complementa con la puntuación obtenida en la EMES-C dado que a mayor puntuación de distorsiones cognitivas en el ámbito social se esperaría menor puntuación en la EMES-M, esto es, en la emisión conductual en el ámbito Social (Caballo, 1997).

Figura 5. Factores que son evaluados en el Instrumento EMES- M.

Iniciación de interacciones	Hablar en público/ Enfrentarse con superiores	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de molestia, desagrado y enfado
Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos
Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres

Presenta un índice de consistencia interna de 0.92 y confiabilidad test-retest de 0.92. Está diseñada para población adulta tanto clínica como no clínica y se muestra en el Anexo 6.

Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social SECHS

Creado por Caballo y Buela en 1988, es un formato de evaluación conductual de elementos moleculares del individuo durante una interacción simulada o real y permite contar con una guía para calificar su desempeño e identificar los elementos a entrenar (Caballo y Buela, 1988).

Este instrumento es respondido por jueces observadores, expertos en habilidades sociales, personas entrenadas por el terapeuta o bien, personas externas que fungen como representantes de la comunidad o entorno en que la persona se desenvuelve. Los observadores asignan una puntuación de uno a cinco en función de la adecuación de cada elemento molecular incluido en el inventario (Caballo y Buela, 1988; Caballo, 1997).

Una puntuación de tres o mayor indica que la conducta es relativamente adecuada y no requiere modificación. Una puntuación inferior a tres indica la necesidad de un entrenamiento que permita modificar dicho elemento (Caballo, 1997). El instrumento se muestra en el Anexo 7.

Forma de Retroalimentación para Exposiciones Orales (CAD Breve)

Diseñado por Sánchez- Sosa, (s. f.) consta de un sistema de evaluación respecto al desempeño de la persona que se encuentra presentando un tema ante un público. Los observadores-evaluadores pueden o no ser expertos en dicha habilidad social o en el tema. Consta de reactivos tipo Likert con porcentajes de presentación en cada componente verbal o no verbal. Registra los aspectos percibidos por los evaluadores como deficitarios o bien, las fortalezas en esta habilidad. El cuestionario se muestra en el anexo 8.

Termómetro de Temperatura Periférica

Se empleó el monitor autoadhesivo Derma Therm® que se coloca en una superficie cutánea limpia y seca. Después de 15 segundos se obtiene la lectura de la temperatura indicada por la posición del dato en líneas impresas en el propio acetato.

El dispositivo da el dato de la temperatura en grados Fahrenheit (escala superior del termómetro) y Centígrados (escala inferior). Puede estar adherido durante el entrenamiento en respiración diafragmática y

relajación muscular progresiva, una imagen del dispositivo se muestra en el Anexo 9.

Procedimientos de audio y videograbación

Las sesiones de entrenamiento conductual se videograbaron y se convirtieron a formato MTS para su reproducción al momento de la transcripción. Esta precaución metodológica buscó garantizar la objetividad de la información y datos obtenidos y evitar sesgos de terapeutas, observadores, entre otros. Adicionalmente se usó una grabadora de audio en cada sesión para poder transcribir la información y por último el uso de psicólogos ingenuos a las características del tratamiento, que evaluaron el desempeño en habilidades sociales entrenadas.

Diseño de Intervención

Se realizó un taller grupal con las tres participantes que constó de tres sesiones, una vez por semana con una duración de dos horas cada una. La intervención estuvo instrumentada por dos terapeutas en la coordinación de las actividades tanto de entrenamiento de las técnicas con las participantes como en el registro de datos y tareas por sesión.

Para el análisis de cada motivo de consulta y su abordaje clínico se realizó la formulación de caso y el mapa de alcance de metas de acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006). Se muestra la estructura de las sesiones del estudio en la figura 6 así como la descripción del protocolo de intervención por cada sesión.

Figura 6. Estructura de las Fases de Estudio llevadas a cabo con el grupo.



Sesión de Entrevista Clínica

La entrevista se realizó de manera presencial e individual para establecer los componentes de relación y el encuadre terapéutico. A las participantes se les planteó la intervención grupal, así como los objetivos buscados y una vez que se aceptaron se continuó el protocolo de la sesión con la entrevista clínica de primera vez.

La entrevista tuvo una duración de 50 minutos en la que se focalizó el motivo de consulta respecto al déficit de habilidades sociales relacionado con la sintomatología ansiosa y su impacto en el ámbito académico, de acuerdo con una guía diseñada previamente que se muestra en el anexo 10. Estas sesiones se grabaron en audio para la posterior recolección de la información.

Se les programó la fecha de la evaluación en forma grupal para la obtención de la Línea Base respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva, así como sobre las habilidades sociales y su solución de problemas al respecto.

Sesión de Evaluación

En esta sesión grupal se aplicaron los instrumentos en aproximadamente 60 minutos. A continuación, se entregaba a cada una de las pacientes su carnet de citas en el cual se registró su asistencia tanto a la evaluación como la fecha y hora de la primera sesión grupal de intervención.

Una vez recolectada la información de los instrumentos previa a la intervención, se completaron los mapas de patogénesis, que se detallan más adelante con cada caso clínico. Esta información facilitó la elección de los módulos a entrenar en el taller, que consistieron en un entrenamiento respecto a cómo iniciar y mantener una conversación y cómo hablar en público.

Intervención

Primera Sesión

Se realizó la presentación del supervisor del estudio y una terapeuta pasante de la licenciatura indicando que serían los responsables del taller durante las cinco sesiones. Se explicó que la demora en cuanto al tratamiento psicológico solicitado en dicha institución podría haberse visto afectado por razones administrativas y se validó la decisión de

reiniciar el servicio mediante el taller, se informó que las sesiones serían gratuitas.

A continuación se les explicaron los objetivos de la intervención: realizar el entrenamiento de las destrezas necesarias para hacer frente a la respuesta de ansiedad así como de las habilidades sociales que, se esperaba, repercutieran en el ámbito académico.

Se realizó el registro de cinco situaciones sociales en que dijeron experimentar mayor ansiedad en los meses previos y jerarquizarlas del uno al cinco (donde cinco es la que más ansiedad genera y uno es la que menos) este dato se usó para secuenciar los procedimientos de desensibilización sistemática, con apoyo en un formato diseñado *ad hoc* que se muestra en el anexo 11.

Se inició la porción clínica explicando la manera en que las personas se relacionan con su medio a partir de cómo lo piensan y sienten. Se les indicó que se comenzaría con un ejercicio en que se pensarían en una escena para ejercitar la imaginación la cual hace referencia de modo que no solo pudieran visualizar palabras sino también imágenes y poderlas reproducir a partir de instrucciones de los terapeutas como se presentan en el anexo 12.

Posteriormente se llevó a cabo el registro de la temperatura en la mano inhábil para obtener el nivel inicial. Los valores obtenidos se registraron en un formato diseñado expresamente para este fin (véase el anexo 13).

Se les explicó que el cerebro tiene la capacidad de producir reacciones en el sistema nervioso autónomo y que, cuando las personas se sienten angustiadas uno de esos cambios fisiológicos ocurre en la temperatura distal periférica (por ejemplo en las manos).

Se les pidió que leyeran la lista de situaciones que les angustiaban y que visualizaran la que calificaron con el número cinco detalladamente

en esta, identificando los sonidos, los olores y cada parte del espacio o la experiencia.

Después de un minuto de mantenerse imaginando esta situación se tomó la segunda lectura de temperatura.

Posteriormente, se expuso a las participantes a un módulo de psicoeducación sobre la ansiedad mediante proyecciones "Powerpoint". El contenido incluía:

- A qué se llamaba ansiedad,
- Su relevancia biológica,
- Sus síntomas de tipo psicológico,
- Y en términos conductuales y cognitivos

Un propósito adicional de la presentación consistió en introducir la importancia del entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. El material proyectado se muestra en el anexo 14.

Una vez explicados los mecanismos subyacentes a las reacciones se realizó el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva profunda. El detalle de estas instrucciones y procedimientos se pueden revisar en los anexos 15 y 16 respectivamente.

Después de este entrenamiento se realizó la tercera toma de temperatura y se capturó en el formato para cada paciente.

Se volvió a hacer énfasis en la importancia que tenía la práctica de las estrategias, en casa, para adquirir y fortalecer esta destreza.

Se dieron indicaciones o comentarios generales tales como que debía tomarles aproximadamente veinte minutos y se señalaba la importancia de practicarlo mínimamente una vez al día. Para facilitar el cumplimiento se les proporcionaba la lista de la secuencia de grupos

musculares que se llevaría a cabo en cada ensayo de práctica para que no olvidaran ninguna porción y se les entregaba el autorregistro que llenarían como tarea de la semana, que se muestra en el anexo 17.

Dos días después del taller se hicieron seguimientos para registrar si tenían alguna duda respecto a la instrumentación de las estrategias. En su caso, mediante el Modelo de Solución de Problemas se abordaban las dificultades que hubieran tenido para realizarlas.

Segunda sesión.

Se comenzó la sesión revisando grupalmente la realización del auto registro de relajación muscular progresiva y toma de temperatura, buscando identificar cómo habían experimentado en la semana el entrenamiento.

En la revisión, se corrigieron (en caso de que hiciera falta) las expectativas sobre la temperatura distal periférica, señalando que existen otros factores que influyen en dicha lectura (como el metabolismo, hora del desayuno, higiene del sueño), pero se hacía énfasis en la necesidad de practicarlo para adquirir la habilidad, dado que implica una curva de aprendizaje.

Después de ello se indagaron las razones o dificultades que llevaron a las pacientes a no realizar los ejercicios de relajación, las barreras identificadas y se solicitaba una explicación donde sugerían opciones que permitirán un éxito en la estrategia las siguientes semanas.

A continuación se tomó la temperatura a los diez minutos del arribo a la sesión, posteriormente se repetía el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva profunda siguiendo las indicaciones contenidas en los anexos 15 y 16, y una vez concluido se hacía una segunda toma de temperatura.

Se continuó con el procedimiento de desensibilización sistemática para lo cual, se les pidió dar lectura a la situación que evaluaron con el número cinco (menos generadora de ansiedad) y mediante

imaginación guiada visualizar cada detalle, olor y textura de la situación, durante 3 minutos y con ello se tomó una tercera toma de temperatura distal periférica.

Pasados los tres minutos, se iniciaba el entrenamiento consistente en experimentar simultáneamente esa misma imagen angustiada, aunada a la respiración diafragmática y el entrenamiento en relajación muscular progresiva. El ejercicio se concluía cuando las pacientes la reportaban como menos angustiante y se tomaba una cuarta lectura de temperatura.

A continuación, se revisaban con cada paciente los cambios que percibieron al introducir la respiración diafragmática y la relajación ante cada situación visualizada.

Para el entrenamiento en habilidades sociales se usaron como apoyo los materiales incluidos en el anexo 18. Inicialmente se evaluaban mediante lluvia de ideas, las ventajas y desventajas llevarlas a cabo, después mediante un arreglo de exposición en vivo se pidió a las pacientes que practicasen esta destreza durante diez minutos, inicialmente sin recibir instrucciones previas. Para la evaluación de los componentes con los que contaban inicialmente, los terapeutas aplicaron el Sistema de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales a lo observado y se video grabó la interacción para contar con un registro que permitiera cotejar la información y mantener la fidelidad de los datos.

Por último, se les entregó un formato sobre la iniciación de conversaciones para que registrarán el número de veces que durante la semana realizaron dicha habilidad, pidiéndoles que esta tuviera una duración mínima de diez minutos, y en caso de durar menos se les indicó que anotaran la duración, dicho registro se muestra en el anexo 19.

Durante la semana previa a la tercera sesión, se realizó una llamada vía telefónica de seguimiento para resolver mediante el modelo de

Solución de Problemas, las dificultades que las pacientes tenían para llevar a cabo la tarea.

Tercera sesión

Se comenzó la sesión revisando el auto registro que se dejó de tarea sobre la iniciación de conversaciones donde se brindó la corrección a los obstáculos o barreras que las pacientes refirieron para poder llevar a cabo la tarea y se abordaron las explicaciones que daban a las dificultades para iniciar. Se les pidió colocarse el termómetro y tras diez minutos se realizó la primera toma de temperatura.

Se supervisaron los ejercicios de Respiración Diafrágica y Relajación Muscular Progresiva con el protocolo correspondiente, al finalizar se tomó una segunda lectura de temperatura. En seguida se continuó con el procedimiento de Desensibilización Sistemática con la imagen que habían evaluado con el número cuatro, referente a iniciar o mantener una conversación y se les indicó que imaginaran a la persona que más angustia les generaba y se visualizaran llevando una conversación con ellos durante un minuto, después de este tiempo se tomó la tercera lectura de temperatura.

Posteriormente se les pidió continuar visualizando esa imagen, repasando cada detalle de la situación mientras empezaban a poner en práctica la Respiración Diafrágica y el entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva. Como se describió, el procedimiento busca entrenar una respuesta de desactivación fisiológica ante la imagen o la situación *in vivo* temida.

Una vez que las pacientes reportaron menor angustia ante dicha imagen tras el proceso de desensibilización sistemática y un incremento en la temperatura distal, se inició el entrenamiento en habilidad social durante la propia sesión.

Se inició con Psicoeducación, Modelamiento y Moldeamiento sobre cómo iniciar y cómo mantener conversaciones, este material se muestra

en el anexo 20. Se resolvieron dudas de las participantes para llevar a cabo la habilidad.

Se expuso a las pacientes para la realización de esta habilidad entre ellas, durante diez minutos (videograbándolas) una vez que recibieron el entrenamiento. Durante el ejercicio los terapeutas evaluaron la emisión de destrezas mediante el Sistema de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales.

Para esta sesión se les indicó que no se les daría un auto registro, sin embargo, se recalcó la importancia de continuar practicando en casa la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, así como el inicio y mantenimiento de conversaciones para lo cual se realizaría un seguimiento vía telefónica para resolver las dificultades que se identificaran.

Cuarta sesión

Esta sesión comenzó 30 minutos después de la hora acordada dado que, como era habitual, se esperaba que las pacientes llegaran. En este caso sólo acudió una paciente, a quien se le indicó colocarse el termómetro.

Se hizo la revisión de la tarea de la práctica de la relajación muscular progresiva y de la iniciación de conversaciones. La participante refirió tener dificultades de tiempo para llevar a cabo la relajación, dado que había días en que no lo practicaba por la carga de tareas académicas. Mediante las estrategias de solución de problemas se le sugirieron opciones para casos subsecuentes.

Se revisó la realización de la habilidad social de iniciar y mantener conversaciones, se aclararon y corrigieron aspectos que dificultaban la ejecución de dicha habilidad.

Se llevó a cabo la toma de temperatura inicial, el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva con el procedimiento habitual y se continuó con la desensibilización

sistemática al imaginar la habilidad que sería entrenada: hablar en público.

Se le pidió continuar respirando profunda y diafragmáticamente y relajarse profundamente visualizándose hablando frente al público. En este caso se trataba de hablar ante padres de familia y compañeros de clase. Cuando la paciente reportó sentirse más tranquila, se tomó la segunda lectura de temperatura.

Posteriormente se llevó a cabo el procedimiento de exposición a la situación, en vivo, de hablar en público para lo cual se trasladó a la paciente a un Auditorio de Posgrado de la Facultad de Psicología, en el mismo edificio donde se llevó a cabo la intervención.

Una vez dentro del Auditorio se le pidió improvisar un guión sencillo del tema que ella seleccionara para presentarlo frente a los asistentes durante 10 minutos y se le pidió que a su indicación pasaría al frente para llevar a cabo su presentación sin haber recibido entrenamiento previo.

Se recalcó la importancia de la respiración diafragmática para poder frenar la activación fisiológica ante esta situación y se videograbó la presentación durante 10 minutos, en los que llevó a cabo esta habilidad basándose en un guión que escribió.

A la par de la ejecución de la paciente, los terapeutas aplicaron la evaluación de esta habilidad mediante el Cuestionario de Retroalimentación para Exposiciones Orales para calificar los componentes de la exposición.

Una vez concluida su ejecución se entregó a la paciente la guía sobre cómo hablar en público así como de las pautas que evalúa un auditorio al escuchar una exposición oral que se muestra en el anexo 21 para entrenar a la paciente en esta habilidad.

Se le pidió continuar con la relajación muscular progresiva así como la revisión del material y en las oportunidades académicas poner en práctica dichos pasos para una explicación oral funcionalmente adecuada.

Dada la inasistencia de dos pacientes, se realizó una llamada de recuperación para evaluar su situación y verificar su asistencia en la intervención grupal. Se elaboró un guión de las preguntas que permitieron a los terapeutas definir el estatus de las pacientes así como el avance que ellas percibieron de las sesiones grupales a las que acudieron, las preguntas se incluyen en el anexo 22.

Quinta sesión

Se comenzó la sesión indagando la realización de la relajación muscular progresiva como tarea de la semana y la ejecución en estas dos semanas de las habilidades sociales entrenadas respecto a iniciar y mantener conversaciones y hablar en público, al abordar las dificultades que obstaculizaron una ejecución satisfactoria, se le indicó que se colocara el termómetro en la mano derecha.

Se tomó la temperatura tras 10 minutos de haber iniciado la sesión y se supervisó el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. Mediante imaginación guiada se le pidió a la paciente visualizarse hablando en público con cinco personas escuchándole.

Se le instruyó expresamente a continuar instrumentando estas estrategias incluyendo la relajación muscular y cotejar si, a su juicio, la sensación de tranquilidad que reportaba después del entrenamiento en relajación estaba relacionada con la imagen donde ella se encontraba hablando frente al público. Una vez que la paciente reportó no sentir esta activación frente a esa imagen se tomó la segunda lectura de temperatura.

Se le dieron 10 minutos a la paciente para escribir o ajustar un gui3n que presentaría al hablar en p3blico. Una vez elaborado se trasladó a la paciente al Auditorio.

El p3blico que evaluó las habilidades para hablar ante ellos, se conformó por cinco psic3logos quienes respondieron el formato de la retroalimentación para exposiciones orales. El auditorio no contaba con informaci3n del tema que la participante expondría. Al final de la presentaci3n se dio un lapso de cinco minutos de preguntas que permitieran a la paciente profundizar en caso de dudas sobre su tema.

La sesi3n fue vieograbada durante la exposici3n de diez minutos más los cinco minutos de dudas y réplicas entre el auditorio y la paciente, se realizó la retroalimentaci3n hacia la paciente de lo observado por cada especialista durante su ejecuci3n.

Posteriormente se trasladó a la cámara de Gesell para resolver las dudas, dificultades presentadas y se realizó la evaluaci3n posterior a la intervenci3n y dada la petici3n de la paciente (por ruptura de relaci3n de pareja) fue derivada a tratamiento individual, para la sesi3n las pacientes que dejaron de acudir también solicitaron psicoterapia breve individual.

Seguimiento en intervenci3n individual

El seguimiento se acordó con cada una de las tres participantes; las sesiones de seguimiento consistieron en la aplicaci3n de los instrumentos que se diseñaron para la evaluaci3n del taller y la toma de temperatura, las cuales se programaron después de tres, seis y nueve meses de haber finalizado la intervenci3n.

Para estas revisiones se agendó una cita vía telef3nica para su sesi3n de seguimiento presencial, que eran independientes de sus sesiones de tratamiento individuales que las pacientes se encontraban tomando.

Aunado a ello se les instaló en una intervención individual breve en el Centro de servicios psicológicos *Dr Guillermo Dávila* dada la petición de cada paciente.

Resultados

Reporte por casos clínicos

Paciente 292

Paciente femenina de 23 años de edad, soltera, estudiante del décimo semestre de la Licenciatura de Economía, quien vivía con sus dos hermanas mayores y su madre. No fue canalizada de ninguna Institución, no había tenido tratamientos o diagnósticos psicológicos farmacológicos previos. No reportó ninguna enfermedad significativa que afectara su desempeño.

Refirió como motivo de consulta “tengo problemas para relacionarme con la gente. Hace algún tiempo que perdí a mi amigo y desde entonces me alejé mucho de la gente y me quedé sin amigos ahora todo me da pena y ya no tengo motivación” (sic).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que la paciente adeudaba tres asignaturas las cuales se encontraba cursando en el semestre además de la falta de requisitos para su titulación tales como: Servicio Social e idioma.

Adicionalmente la paciente reportó tener dificultades en el proceso de duelo de la muerte de su padre en el momento que ocurrió e incluso ante algunos eventos vitales como su próxima titulación, por lo que pospondría por el momento la acreditación de su servicio social.

Mapa de Patogénesis y Mapa de Alcance de Metas

La figura 7 muestra la formulación del caso de la paciente con motivo de consulta la sintomatología ansiosa incluía sudoración, temblor, tartamudeo y problemas de memoria y concentración, así como sintomatología depresiva y un déficit de habilidades sociales ante demandas escolares tales como, exponer en clase, encontrarse o conocer a compañeros, realizar trabajos en equipo y pensar que se encontraba cursando un semestre adicional. Esto le generaba una

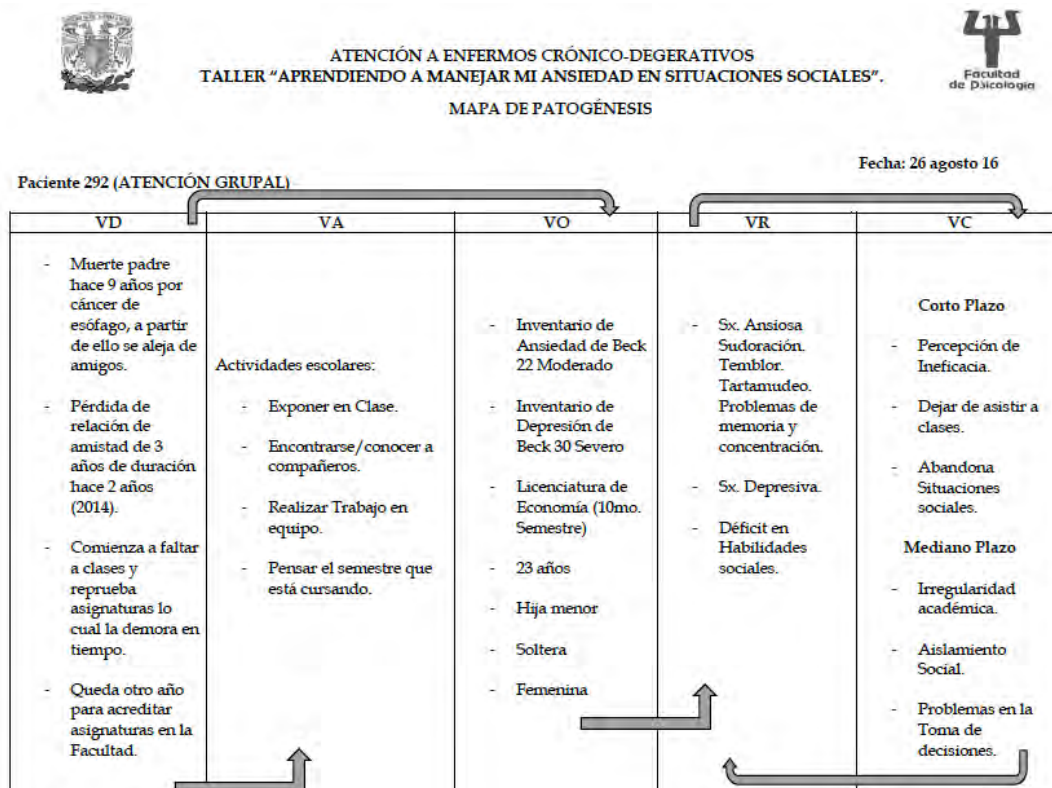
percepción de ineficacia, ocasionó que dejara de acudir a clases y el abandono de situaciones sociales y con ello, irregularidad académica, aislamiento social y problemas al tomar decisiones en el ámbito escolar.

Lo anterior, se encontraba mediado por algunas características de la paciente, tales como presentar (al momento de ingresar al presente estudio, cuatro meses antes), un nivel de sintomatología ansiosa moderada y de sintomatología depresiva grave. La paciente era estudiante de decimoprimer semestre (retrasado) de la Licenciatura de Economía que consta de diez semestres.

La paciente era la hija menor de su familia, su padre murió 10 años atrás debido a Cáncer de Esófago, de quien ella era cuidador primario junto con la madre. A partir de este evento la paciente señaló que comenzó a aislarse de sus amigos.

Se encontraron antecedentes en la historia de vida de la paciente, tales como la pérdida de una relación de amistad que calificaba como significativa, hacía dos años. Reportó dificultades en rechazar propuestas de iniciar relaciones de pareja con chicos que previamente fueran sus amigos. Dicha pérdida de amistad le llevó, a percibir desánimo y desinterés en clases e incluso faltar a algunas de ellas y retrasarse en los tiempos para la conclusión de su Licenciatura, que la llevó a realizar un semestre adicional.

Figura 7. Mapa de Patogénesis diseñado para la paciente 292

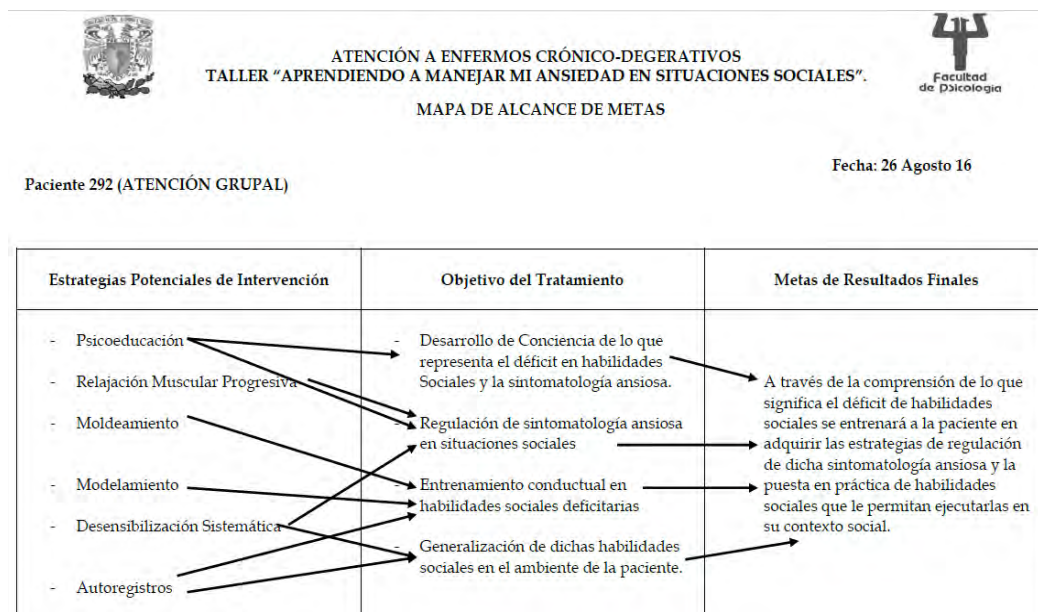


A partir de estos antecedentes, se planteó el mapa de alcance de metas que permitiera el tratamiento en modalidad grupal como se muestra en la figura 8.

Se instrumentaron estrategias de Psicoeducación, Relajación Muscular Progresiva profunda, Moldeamiento, Modelamiento, Desensibilización Sistemática y Auto registros. Se buscó que la regulación de la sintomatología ansiosa facilitara el entrenamiento en Habilidades Sociales. También que las pacientes comprendieran la asociación entre el déficit en Habilidades Sociales y la activación fisiológica que interfiere con la práctica de estas conductas en su contexto.

La implementación de los procedimientos para promover la comprensión y formulación de los tres casos se llevó a cabo bajo la supervisión clínica de la Psic. Rebeca Sánchez Monroy.

Figura 8. Mapa de Alcance de Metas diseñado para la paciente 292



Jerarquización realizada por la paciente

A fin de iniciar la instrumentación de la Desensibilización Sistemática la paciente realizó en la primera sesión la Jerarquización de las situaciones sociales que le generaban ansiedad (véase figura 9), sobre las cuales se trabajó a lo largo de la Intervención.

Figura 9. Jerarquización de situaciones sociales generadoras de sintomatología ansiosa (paciente 292)

SITUACIÓN	NÚMERO
Pedir/encontrar empleo.	5
Exponer o estar frente de muchas personas.	2
Conocer gente nueva.	3
Pelear en casa	9

Nota: Redactado por la paciente durante la primera sesión de Intervención grupal para la realización de la Desensibilización Sistemática.

Temperatura distal periférica

Durante la primera sesión, la temperatura distal periférica de la paciente presentó una primera lectura de 32.5 grados centígrados, al pedir que se visualizara en la situación que evaluó con el número cinco (la que mayor ansiedad generaba) que esta paciente colocó como “Pedir o encontrar empleo”, se observó que la temperatura se mantuvo en los 32.5 grados centígrados y una vez que se concluyó la primera experiencia con Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a los 33 grados centígrados.

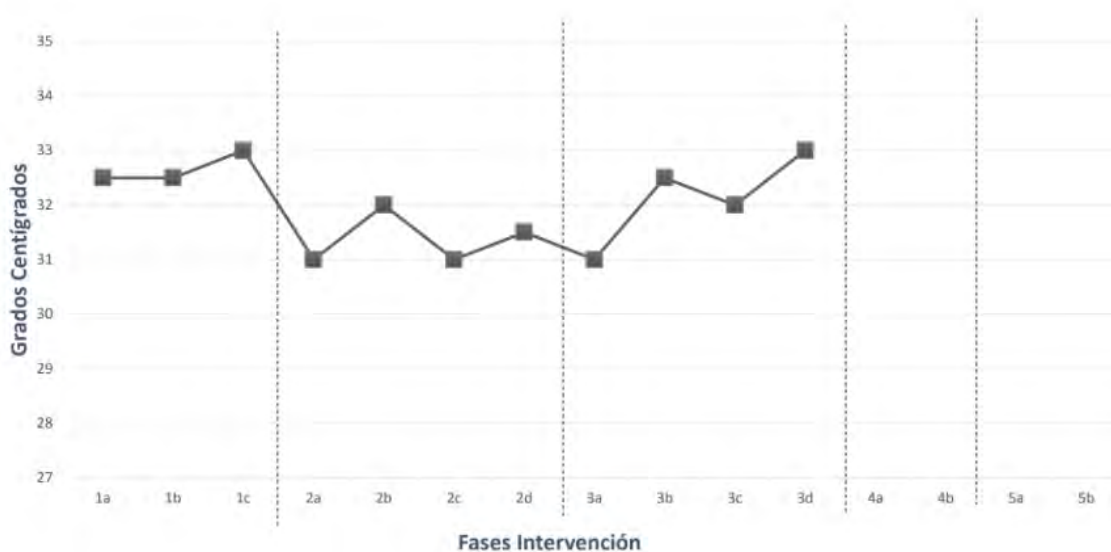
En la segunda sesión, se tomó una primera lectura de temperatura tras 10 minutos de que llegó la paciente a sesión, la cual resultó en 31 grados centígrados. Al concluir el entrenamiento en Respiración

Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a 32 grados. Tras pedirle que se visualizara de nuevo en la situación que colocó como la que mayor ansiedad generaba (pedir o encontrar empleo), la temperatura disminuyó a 31 grados nuevamente. Al realizar el entrenamiento de desensibilización sistemática entre la visualización de la imagen junto a la respuesta de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó a 31.5 grados en la misma sesión.

En la tercera sesión, al igual que en la sesión previa tras 10 minutos de iniciada la sesión se tomó la temperatura, la cual fue de 31 grados centígrados, después del entrenamiento en Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a 32.5 grados, tras pedirles que se visualizaran de nuevo en la situación que colocó con el número cuatro (peleas en casa), la temperatura disminuyó a 32 grados. Al realizar el entrenamiento de desensibilización sistemática entre la visualización de la imagen junto a la respuesta de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva la temperatura incrementó a 33 grados.

La paciente no completó la cuarta y quinta sesión por lo que con ella se llevó a cabo el interrogatorio para indagar las razones y refirió haber notado una mejoría con dicha estrategia de respiración y relajación muscular aunado a solicitar atención individual tras haberse percatado de la tristeza que generaba el fallecimiento de su padre en años previos, por lo cual fue instalada en un servicio individual.

Figura 10. Temperatura distal periférica (grados Centígrados) a lo largo de las Fases de Estudio (paciente 292)




Nota: Las fases de Estudio se describen con el número de sesión: 1, 2, 3, 4, y 5. Así como una letra minúscula que indica las veces en que se tomó la temperatura durante cada una de las sesiones. Así, por ejemplo, 1a es la toma de la temperatura de línea base en la primera sesión; 1b la segunda toma en la primera sesión, después de visualizarse en la situación evaluada como la que mayor ansiedad causaba; y 1c después del entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, etcétera. Para mayor detalle, remitirse a la descripción de las sesiones.


Auto registro de tarea de ejecución de la tarea semanal de relajación muscular.

Se instruyó a la paciente para la segunda sesión, en la que entregó el formato diseñado para ello, el cual se muestra en la imagen 11.

Figura 11. Tarea entregada en la segunda sesión del entrenamiento en relajación muscular Progresiva llevada a cabo en casa



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
TALLER DE "MANEJANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y MI ANSIEDAD"



MIÉRCOLES _____ DE _____ 2016			JUEVES _____ DE _____ 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
VIERNES _____ DE _____ 2016			SÁBADO <u>17</u> DE <u>Septiembre</u> 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
			2:15 pm	Habitación	31 -
			2:32 pm.	Sola en casa pero había ruido de ruidos y no me relajé mucho	32 al terminar
DOMINGO <u>18</u> DE <u>Septiembre</u> 2016			LUNES <u>19</u> DE <u>Septiembre</u> 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
3:32 pm	Habitación.	30,5 -	3:20 pm	Habitación.	31,5 -
3:55 pm	Después de llegar a casa y comer	32 al terminar	3:40 pm. al terminar.	Antes de salir de casa y había algo de ruido -No me sentí tan relajada.	32,5 al terminar
MARTES <u>20</u> DE <u>Septiembre</u> 2016					
Hora	Situación	Temperatura			
1:20 pm	Cocina de casa	29 - 30			
1:35 pm.	Antes de comer y había ruido de mis perros.				

Factores de la escala multidimensional de expresión social (parte cognitiva)

Factores que mejoraron a lo largo del estudio.

La paciente presentó en la Evaluación Previa a la Intervención, un puntaje de treinta y cinco de cuarenta y cuatro (que es el máximo) en la Escala de Temor a la expresión en público y al enfrentarse con superiores (marcada con indicadores de cuadrados en el gráfico 12 que hace referencia a la presencia de pensamientos negativos asociados a situaciones en que la paciente no muestra conductas al respecto.

Esta participante sólo acudió a tres sesiones de Intervención en las que obtuvo el entrenamiento en iniciar y mantener conversaciones, en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva no recibió el componente en expresión en público y con superiores. Esto fue notorio en sus respuestas a reactivos tales como “temo a hablar en público por miedo a hacer el ridículo” donde anticipa la opinión de los demás considerando que las juzgarán negativamente. Para su evaluación posterior a las tres sesiones de intervención que recibió, presentó un puntaje de treinta y uno.

Tras el primer seguimiento tuvo veintisiete puntos, tras el segundo veintidós puntos y tras el tercero, diecinueve puntos lo cual parece haberse relacionado con la mayor demanda de esta habilidad en el contexto de la paciente dado que encontró empleo en la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación en que se le exigían presentaciones continuas ante el equipo de trabajo.

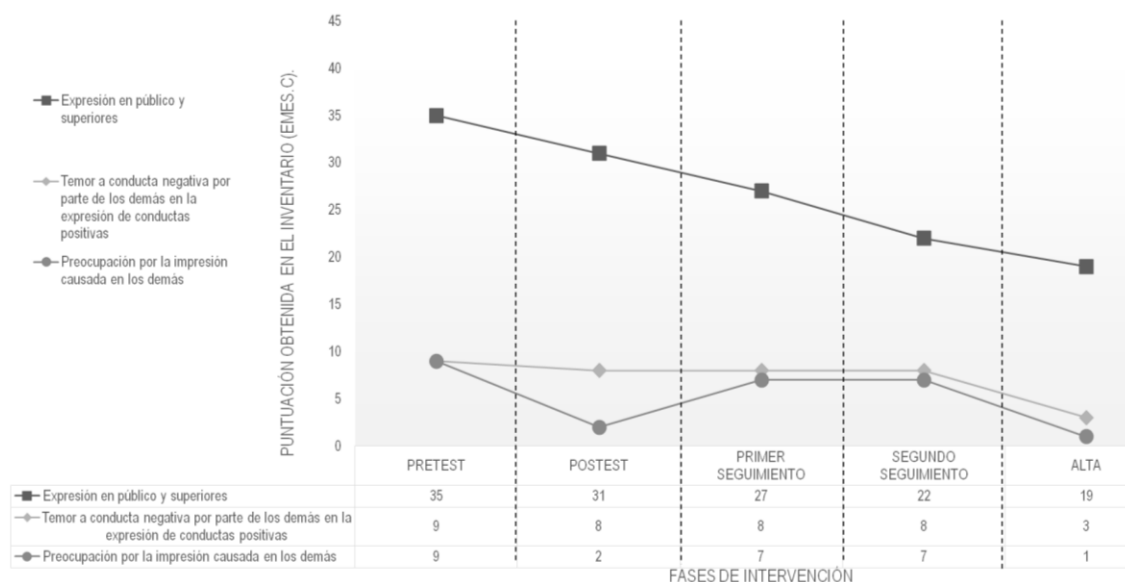
La segunda variable que mejoró a lo largo de las evaluaciones fue el temor a conducta negativa por parte de los demás ante conductas positivas de ella, con pensamientos como: “me preocupa que al iniciar una conversación con mis amigos cuando sé que no se encuentran de humor”. Estos episodios se indican con círculos en el gráfico.

En la evaluación inicial la paciente mostró una calificación de 9/16 (el máximo para esta escala es 16). La cual se mantuvo en una puntuación de ocho en la evaluación posterior a las tres sesiones de intervención y los dos primeros seguimientos. Para el tercer seguimiento la puntuación fue de tres.

Una tercera variable fue la preocupación por la impresión causada en los demás que se representa con ítems como “me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho”. Aquí, existen pensamientos negativos sobre la reacción u opiniones de las otras personas al aceptar o corresponder con una conducta social ejecutada por alguien. Éste se representa con triángulos en el gráfico.

En esta escala la paciente puntuó con nueve de dieciséis puntos, en la segunda evaluación tras las tres sesiones de intervención puntuó con dos, en el primer y segundo seguimiento incrementó el puntaje a siete, en ambas evaluaciones (cuando ingresó al trabajo, inició una nueva relación de pareja y una de sus hermanas se fue de la casa). Y para el tercer seguimiento puntuó con uno y reportó mejoría en el manejo de sus áreas críticas que se reflejó en las puntuaciones de los instrumentos.

Figura 12. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte cognitiva) que disminuyeron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio

En esta paciente, a lo largo tanto de la evaluación posterior a las tres sesiones de Intervención, como las del seguimiento ninguno de los factores relacionados con las quejas clínicas empeoró en puntuación. Esto concuerda con lo señalado en la literatura para cambios en este instrumento ya que, a medida que se incrementa la ejecución y la destreza en las Habilidades Sociales se reducen las preocupaciones y temores cognitivos.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Se mantuvieron las puntuaciones a lo largo de la Intervención de tres factores: el primero de ellos, temor a la defensa de los derechos, con referencia a la presencia de pensamientos negativos asociados a situaciones en reactivos como “Me preocupa bastante la impresión que

cause a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos”.

La puntuación que obtuvo antes de la intervención constaba de tres puntos de 8 posibles, para su evaluación posterior a las tres sesiones de intervención que recibió, presentó un puntaje de cero, en que la paciente reportó no tener dificultades. Tras el primer y segundo seguimiento puntuó en cuatro puntos y refirió que se le estaba dificultando frenar los pensamientos referentes a las consecuencias. Es de notarse que esta variable clínica en particular no fue objeto de la intervención. Lo anterior se muestra con los indicadores cuadrados en el gráfico 13.

En el último seguimiento la paciente obtuvo tres puntos nuevamente lo que muestra que la falta de entrenamiento por componente de estas habilidades podría haber resultado en falta de mejoría al respecto.

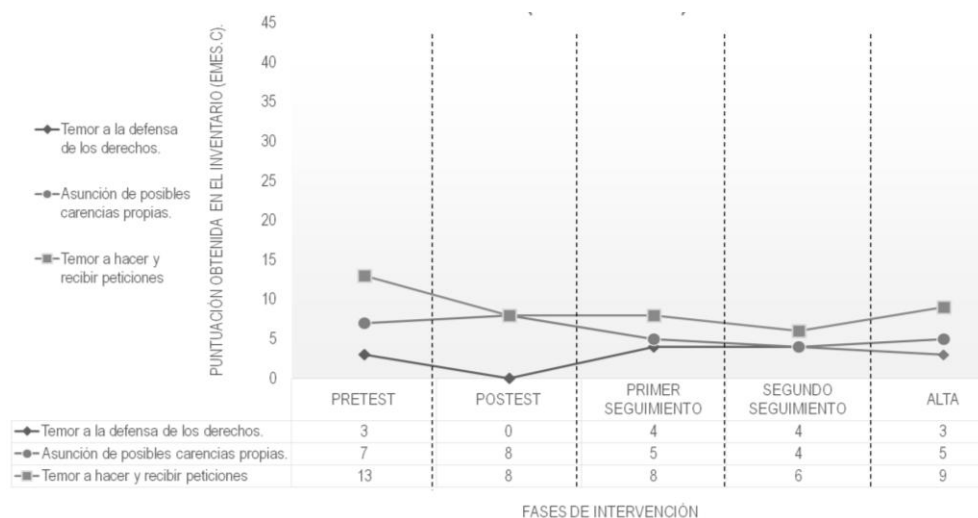
El segundo factor que se mantuvo fue la Asunción de posibles carencias propias, referente a la atribución de los resultados no esperados al ejecutar las habilidades sociales, por las “dificultades” de la persona en sí. Esto se representa en reactivos tales como “Pienso que si no estoy segura de lo que voy a decir mejor que no inicie una conversación porque podría meter la pata”. Esta variable se representa con triángulos en el gráfico.

En la evaluación inicial la paciente mostró una puntuación de siete puntos de ocho que son el máximo para esta escala. E incrementó a una puntuación de ocho en la evaluación posterior a las tres sesiones de intervención. En el primer seguimiento obtuvo una puntuación de cinco, para el segundo seguimiento fue de cuatro puntos y para el tercero fue de cinco puntos nuevamente. Puntuaciones que están altamente relacionadas al sistema de creencias tanto familiar como contextual en que ha crecido la paciente.

El último factor que se mantuvo tanto en la intervención como en los seguimientos, sin dejar de lado una reducción menor, fue el factor de Temor de hacer y recibir peticiones que se reflejó en reactivos como “si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas” en que este tipo de pensamientos inhibe la conducta socialmente hábil.

En la primera evaluación la paciente obtuvo un puntaje de trece de dieciséis posibles, para la segunda evaluación después de las tres sesiones de intervención recibidas fue de ocho puntos, que se mantuvo para el primer seguimiento y para el segundo seguimiento fue de seis puntos y en el tercero resultó en nueve puntos. Si bien disminuyó cuatro puntos respecto a la medida inicial, se vio como uno de los aspectos en que las cogniciones negativas se mantuvieron a lo largo de los 9 meses de seguimiento.

Figura 13. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte cognitiva) que se mantuvieron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Factores de la escala multidimensional de expresión social (parte motora)

Factores que disminuyeron a lo largo del estudio

En estos puntajes se evalúa la habilidad de la paciente para llevar a cabo conductas instrumentales (no verbales) en habilidades sociales. Se espera que conforme se da el entrenamiento y la práctica incrementen y se reduzcan las dificultades cognitivas como pensamientos negativos o anticipatorios de situaciones sociales. La paciente no presentó indicios de disminución de habilidades sociales a lo largo de las tres sesiones de tratamiento, así como de los nueve meses de seguimiento.

Otros factores que mejoraron

Mostró un incremento en tres factores primordialmente: la Iniciación de interacciones, (entrenada en el Estudio), evaluado mediante reactivos como “Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño” en que el paciente evalúa la frecuencia en que tiene estas dificultades.

La puntuación que obtuvo (escala invertida) antes de la intervención fue de ocho puntos de cuarenta posibles. En la evaluación posterior a las tres sesiones de intervención, presentó un puntaje de diez puntos. Tras el primer seguimiento puntuó en nueve, para el segundo seguimiento obtuvo diecinueve puntos, la paciente refirió que estaba resultando cada vez menos difícil llevar a cabo esta interacción, aunque se encontraba más expuesta a este tipo de situaciones.

En el último seguimiento la paciente obtuvo veintitrés puntos nuevamente que muestra que el entrenamiento de esta habilidad probablemente resultó en la mejora de la aplicación de estas conductas. Este se muestra con indicadores de cuadrados en el gráfico 14.

El segundo factor que se mantuvo fue Hablar en público y Enfrentarse con superiores, que se relaciona con la disminución del temor en esta habilidad medida por el EMES-C sobre la preocupación en este rubro.

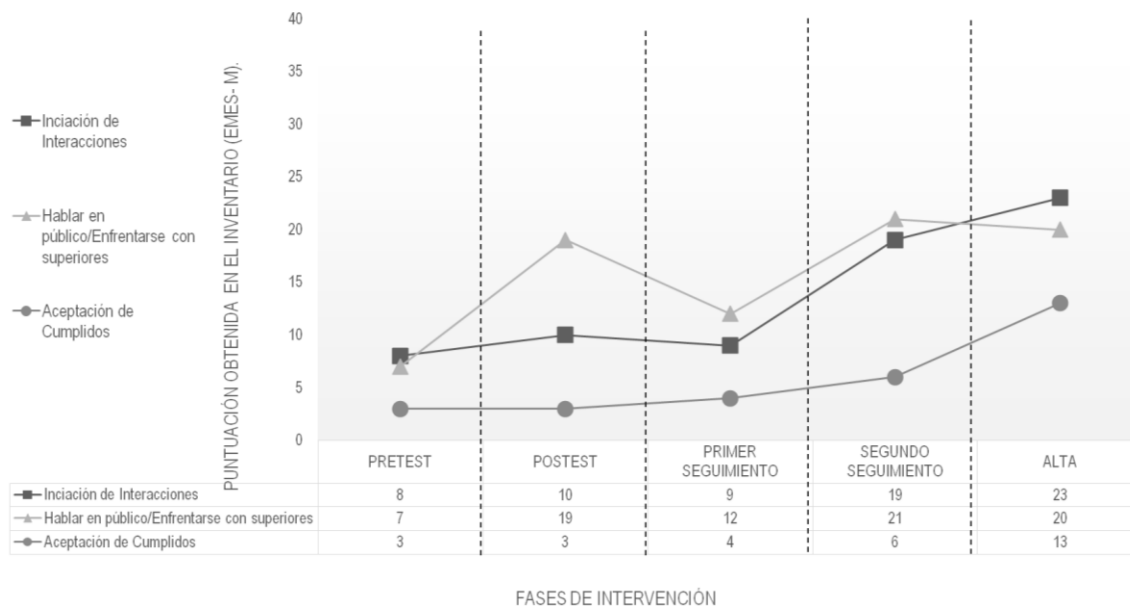
Este factor se evalúa mediante reactivos como “Me resulta difícil hablar en público”. Que se presenta en forma de círculos en el gráfico.

En la evaluación inicial la paciente mostró una puntuación de siete puntos de cuarenta posibles, incrementó a una puntuación de diecinueve en la evaluación posterior a las tres sesiones de intervención. En el primer seguimiento obtuvo una puntuación de doce, para el segundo seguimiento fue de veintiuno puntos y para el tercero fue de veinte puntos nuevamente. Corresponde al auto reporte que la paciente mencionaba por sesión en que destacaba la importancia de la estrategia de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva para la regulación de la sintomatología ansiosa al exponer frente a su equipo de trabajo.

El último factor que mejoró fue la aceptación de cumplidos, en relación a la habilidad para poder dar una aceptación a los comentarios positivos de las personas del entorno de la paciente. Este factor, contiene reactivos como “Cuando me elogian no sé qué responder”.

En la primera evaluación la paciente obtuvo un puntaje de tres de dieciséis posibles, para la segunda evaluación después de las tres sesiones de intervención fue de tres puntos, se mantuvo para el primer seguimiento en cuatro puntos, para el segundo seguimiento fue de seis puntos y para el tercer seguimiento resultó en trece puntos. Se trata de un aspecto que parece haber mejorado por el incremento en otras habilidades tales como iniciar contactos y mayor exposición al público y superiores en contextos más variados.

Figura 14. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte motora) que mejoraron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Postest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Factores que se mantuvieron a lo largo del Estudio

La paciente mostró tres factores del inventario en que las puntuaciones cambiaron relativamente poco a lo largo del estudio y con ello, las habilidades y destrezas respectivas se modificaron en menor medida.

La primera fue la referente el Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto, evaluadas con reactivos tales como “Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo”. En la primera evaluación obtuvo diez puntos de doce posibles, para la segunda evaluación tras las tres sesiones de intervención puntuó en doce lo que coincidió con la ruptura de relación de pareja (motivo que reportó que deseaba abordar en el tratamiento individual). Para el primer seguimiento fue de dos puntos en que reportó tener dificultades en llevar a cabo estrategias pertinentes a este rubro.

Para el segundo seguimiento obtuvo diez puntos y para el tercer seguimiento obtuvo una puntuación de doce en que reportó tener más habilidades para poder frenar estas peticiones dado que no estaba en sus planes a corto plazo tener una pareja.

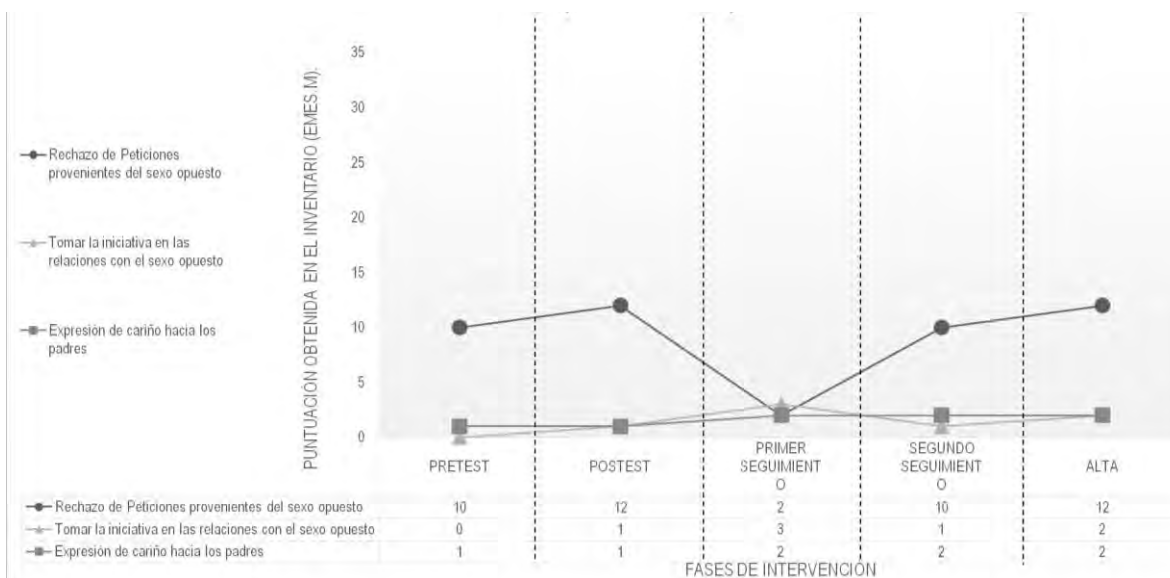
El segundo factor que se mantuvo a lo largo del estudio fue Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto mediante reactivos como “cuando me atrae una persona a la persona que no he sido presentado/a, intento de manera activa conocerla”. Se expresa en conductas instrumentales (no verbales) para llevar a cabo pautas de acercamiento con personas del sexo opuesto, en que la participante inicialmente reportaba no mostrar interés en llevar a cabo estas conductas, por lo que en la primera evaluación obtuvo cero puntos de doce posibles.

En la segunda evaluación posterior a las tres sesiones de intervención fue de un punto, tras el primer seguimiento fue de tres puntos, el segundo seguimiento fue de un punto y para el tercer seguimiento reportó un puntaje de dos puntos. Que coincide con su declaración “no me interesa conocer a personas y específicamente hombres para una relación de pareja, ahorita mis prioridades son otras” (sic).

El tercer factor que se mantuvo a lo largo del estudio, fue la “expresión de cariño hacia los padres, que fue evaluado con reactivos como “Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres” en el que se evaluó la frecuencia en que se lleva a cabo la conducta. En la primera evaluación obtuvo un puntaje de uno de cuatro puntos posibles, y tras las tres sesiones de intervención mantuvo un punto.

Tras el primer, el segundo y tercer seguimiento reportó un puntaje de dos puntos. Que coincide con las dificultades señaladas con relación a la expresión de afecto o de comentarios positivos para con su familia, ello se muestra en el gráfico 15.

Figura 15. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte motora) que se mantuvieron a lo largo de las Fases de Estudio




Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Auto registro de Tarea de iniciación de conversación.


Este se encargó como tarea para la tercera sesión de Intervención en donde se pidió a las pacientes registrar el número de veces que iniciaron una conversación durante la semana (figura 16).

Figura 16. Tarea entregada en la tercera sesión del entrenamiento en iniciar y mantener una conversación llevada a cabo en casa




CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TALLER "MEJORANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y LA ANSIEDAD"
AUTORREGISTRO INICIO/MANTENIMIENTO CONVERSACIONES. PRE



MIÉRCOLES _____ DE _____ 2016				JUEVES _____ DE _____ 2016			
Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
VIERNES _____ DE _____ 2016				SÁBADO _____ DE _____ 2016			
Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
DOMINGO _____ DE _____ 2016				LUNES _____ DE _____ 2016			
Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
MARTES <u>29</u> DE <u>Septiembre</u> 2016							
Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.				
5:30	En el súper sobre medias/igual es mejor?	✓	x				



Paciente 336

Paciente femenina de 22 años de edad, soltera, estudiante del sexto semestre de la Licenciatura de la Escuela Nacional para Maestras, residente de la Ciudad de México, vivía con su hermano mayor y su madre. No fue canalizada de ninguna Institución, reportó no tener alguna enfermedad significativa que afectara su desempeño tanto en la solicitud de servicio como en la entrevista inicial que se le realizó.

Refirió como motivo de consulta “Me da mucha pena hablar en público y exponer mis ideas, me da mucha ansiedad y nervios” (sic).

La paciente llevaba cuatro meses esperando servicio para atención psicológica. Se construyó su Mapa de Patogénesis y su mapa de alcance de metas.

Para el primer seguimiento reportó tener un consumo de alcohol de dos o tres cervezas (latas de 333 mililitros) cada fin de semana, que en ocasiones aumentaba a cinco en un fin de semana al encontrarse con amigos.

Para el segundo seguimiento reportó que había omitido información sobre un tratamiento farmacológico para Depresión a los 10 años en el Hospital Psiquiátrico Infantil, así como en el Fray Bernardino hasta los 17 años de edad, cuando canceló la toma de medicamento.

Mapa de Patogénesis y Mapa de Alcance de Metas

Tal como se muestra en la figura 17, se presenta la formulación de caso de la paciente 336 cuyo motivo de consulta es sintomatología ansiosa, que incluye sudoración, temblor, problemas de memoria y concentración, agitación psicomotora, rumiación respecto a la posibilidad de equivocarse o que las otras personas noten que se ha equivocado, así como un déficit de habilidades sociales ante demandas escolares tales como, exponer en clase, exponer frente a padres de familia en prácticas de campo, participar en clase y expresar puntos de

vista. Esto le generaba evitación de situaciones académicas en que tuviera que hablar en público o participar, sintomatología depresiva y bajo rendimiento académico.

Al momento de ingresar al protocolo (cuatro meses antes), mostraba un nivel de sintomatología ansiosa moderada y depresiva grave. La paciente era estudiante de sexto semestre de la escuela normal de educadores de Preescolar, carrera que consta de diez semestres.

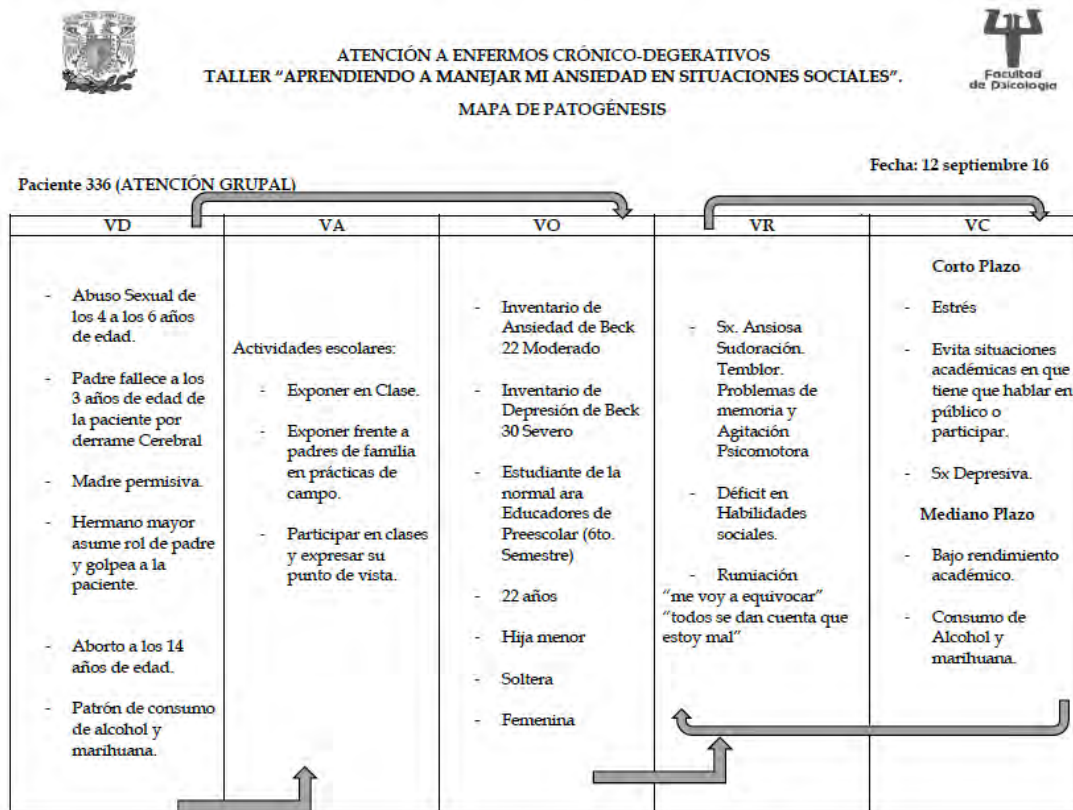
Es la hija menor de su familia, su padre murió cuando la paciente tenía tres años de edad por un derrame cerebral. La educación de su madre fue demasiado permisiva y su hermano mayor es quien hasta la actualidad asumía el rol de jefe de familia, quien solventa económicamente a la familia nuclear, establece las normas de casa y en ocasiones ha golpeado a la paciente según reporta ella, sin que haya alguien que la apoye.

Señaló además como eventos importantes para su nerviosismo que reporta ante situaciones sociales, un abuso sexual de los cuatro a los seis años de edad por un familiar político y un aborto espontáneo a los catorce años de edad, eventos que reportó no estar interesada en abordar en las sesiones.

Reportó haber tomado un tratamiento psicológico previo (hace seis meses) para trabajar este déficit en habilidades sociales y haberlo abandonado dado que evaluó que no le resultaba benéfico, señalando que la sintomatología ansiosa persistía.

Su consumo de alcohol era de una o dos cervezas de 333 mililitros cada semana, lo cual durante los seguimientos señaló que consistía en un patrón de consumo mayor además de haber consumido un par de veces marihuana.

Figura 17. Mapa de Patogénesis diseñado para la paciente 336



Se planteó el mapa de alcance de metas que permitiera el tratamiento del caso de manera grupal (figura 18).

Nuevamente, se incluyen estrategias como Psicoeducación, Relajación Muscular Progresiva, Moldeamiento, Modelamiento, Desensibilización Sistemática y Auto registros. En este caso se busca que la regulación de la sintomatología ansiosa resulte un facilitador para el entrenamiento en Habilidades Sociales. Asimismo que la paciente comprenda cómo el déficit en Habilidades Sociales se relaciona con la activación fisiológica para facilitar la práctica de conductas en su contexto.

Figura 18. Mapa de Alcance de Metas diseñado para la paciente 336



ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICO-DEGERATIVOS
TALLER "APRENDIENDO A MANEJAR MI ANSIEDAD EN SITUACIONES SOCIALES".

MAPA DE ALCANCE DE METAS

Paciente 336 (ATENCIÓN GRUPAL)



Fecha: 12 Septiembre 16

Estrategias Potenciales de Intervención	Objetivo del Tratamiento	Metas de Resultados Finales
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Relajación Muscular Progresiva - Moldeamiento - Modelamiento - Desensibilización Sistemática - Autoregistros 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de Conciencia de lo que representa el déficit en habilidades Sociales y la sintomatología ansiosa. - Regulación de sintomatología ansiosa en situaciones sociales - Entrenamiento conductual en habilidades sociales deficitarias - Generalización de dichas habilidades sociales en el ambiente de la paciente. 	<p>A través de la comprensión de lo que significa el déficit de habilidades sociales se entrenará a la paciente en adquirir las estrategias de regulación de dicha sintomatología ansiosa y la puesta en práctica de habilidades sociales que le permitan ejecutarlas en su contexto social.</p>

Jerarquización realizada por la paciente

Para la realización de la Desensibilización Sistemática la paciente realizó la Jerarquización de las situaciones sociales que le generan ansiedad (Figura 19), durante la sesión uno, con las que se trabajó en la Intervención.

Figura 19. Jerarquización de situaciones sociales generadoras de sintomatología ansiosa (paciente 336)


 CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
 TALLER DE "MANEJANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y MI ANSIEDAD"
 

¿Qué me pone Ansioso?
 Nombre: Charisse

SITUACIÓN	NÚMERO
llamar la atención con personas desconocidas	3
Participar, Exponer o hablar frente a personas	2
Que me alaguen frente a muchas personas	4
Que digan mis defectos frente a muchas personas	5
(llamar la atención o tener la atención de personas desconocidas) Exponerme	1

Nota: Redactado por la paciente durante la primera sesión de Intervención grupal para la realización de la Desensibilización Sistemática.

Temperatura distal periférica

Durante la primera sesión, la paciente presentó una primera lectura de 33 grados centígrados, al pedirle que visualizara la situación que evaluó con el número cinco (la que mayor ansiedad generaba) que para esta paciente fue "Que me digan mis defectos frente a muchas personas", se observó que la temperatura se mantuvo en los 33 grados centígrados y una vez que se concluyó el entrenamiento en Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a los 33.5 grados centígrados, sin embargo, la paciente en la mitad del entrenamiento se quedó dormida.

En la segunda sesión, se tomó una primera lectura de temperatura tras 10 minutos de haber llegado la paciente a sesión, que resultó en 28 grados centígrados, posteriormente se concluyó el entrenamiento en

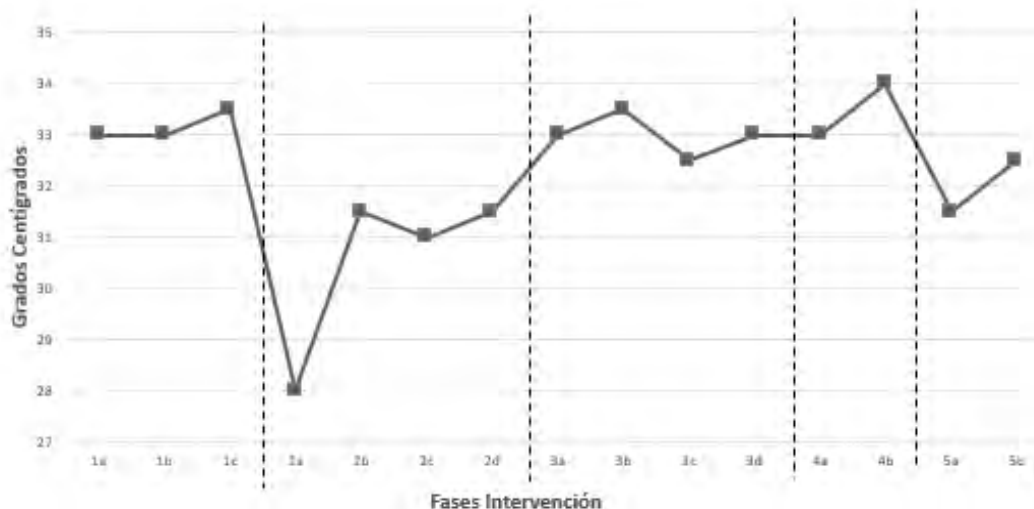
Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a los 31.5 grados, tras pedirle que se visualizara de nuevo en la situación que colocó como la que mayor ansiedad generaba (Que me digan mis defectos frente a muchas personas), la temperatura disminuyó a 31 grados nuevamente. Al realizar el entrenamiento de desensibilización sistemática entre la visualización de la imagen junto a la respuesta de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incremento a 31.5 grados.

En la tercera sesión, al igual que en la sesión previa tras 10 minutos de iniciada la sesión se tomó la temperatura la cual fue de 33 grados centígrados, después del entrenamiento en Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a los 33.5 grados, tras pedirles que se visualizara de nuevo en la situación que colocó con el número cuatro (Que me halaguen frente a muchas personas), la temperatura disminuyó a 32.5 grados. Al realizar el entrenamiento de desensibilización sistemática entre la visualización de la imagen junto a la respuesta de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva la temperatura incrementó a 33 grados.

En la cuarta sesión, tras 10 minutos de iniciada la sesión se tomó la temperatura que fue de 33 grados centígrados, después del entrenamiento en Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a los 34 grados.

En la quinta sesión, tras 10 minutos de iniciada la sesión se tomó la temperatura que fue de 31.5 grados centígrados, después del entrenamiento en Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a los 32.5 grados (Figura 20).

Figura 20. Temperatura distal periférica (grados Centígrados) a lo largo de las Fases de Estudio (paciente 336)




Nota: Las fases de Estudio se describen con el número de sesión: 1, 2, 3, 4, y 5. Así como una letra minúscula que indica las veces en que se tomó la temperatura durante cada una de las sesiones. Así, por ejemplo, 1a es la toma de la temperatura de línea base en la primera sesión; 1b la segunda toma en la primera sesión, después de visualizarse en la situación evaluada como la que mayor ansiedad causaba; y 1c después del entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, etcétera. Para mayor detalle, remitirse a la descripción de las sesiones.


Auto registro de tarea de ejecución de la tarea semanal de relajación muscular

Se dejó de tarea con la paciente para la segunda sesión, en la que entregó el formato diseñado para ello y se muestra en la figura 21.

Figura 21. Tarea entregada en la segunda sesión del entrenamiento en relajación muscular Progresiva llevada a cabo en casa



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
TALLER DE "MANEJANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y MI ANSIEDAD"



MIÉRCOLES 14 DE Sep 2016			JUEVES 15 DE 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
8:00 pm.	En mi cuarto a solas	83-87	11:00 pm.	Cuarto a solas	87-90
VIERNES 16 DE 2016			SÁBADO 17 DE 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
5:00 pm	Sala	87-91	11:00 am	Sala	90-93
DOMINGO 18 DE Sep 2016			LUNES 19 DE Sep 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
2:00 pm	Patio + le resto trabajo la relajación	80-84	6:00 pm	Cuarto	83-87
MARTES 20 DE Sep 2016					
Hora	Situación	Temperatura			
7:00 am	transporte público • no me correte	85-91			

Factores de la escala multidimensional de expresión social (parte cognitiva)

Factores que mejoraron a lo largo del estudio.

La paciente presentó tres factores en los que se encontró una disminución de la frecuencia en que ocurrían las preocupaciones o temores referentes al rubro.

Se redujo la preocupación por la expresión de sentimientos positivos e iniciación de interacción con el sexo opuesto (marcada con indicadores de cuadrados en el gráfico 22) que hace referencia a la presencia de pensamientos negativos asociados a situaciones en que la paciente no ejecuta conductas instrumentales (no verbales) al respecto, ilustrada en reactivos como “me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados”.

En su evaluación inicial la paciente presentó un puntaje de trece puntos de dieciséis (puntaje máximo) tras la finalización de la intervención la paciente presentó un puntaje de ocho que se mantuvo hasta el primer seguimiento. Para el segundo la puntuación que obtuvo fue de nueve. Lo que indica que a pesar de una ligera disminución, mantuvo algunos pensamientos o expectativas. Esto fue coherente con el auto reporte en que señaló la expectativa que “tenía de encontrar una pareja”.

El segundo factor que mejoró a lo largo de las evaluaciones fue la preocupación por la expresión de los demás en cuanto expresión de sentimientos, que hace referencia la interpretación que se hace de la reacción de los demás al expresar un sentimiento, ilustrado en reactivos tales como “me preocupa lo que puedan pensar mis amigos/as cuando expreso mi afecto hacia ellos”.

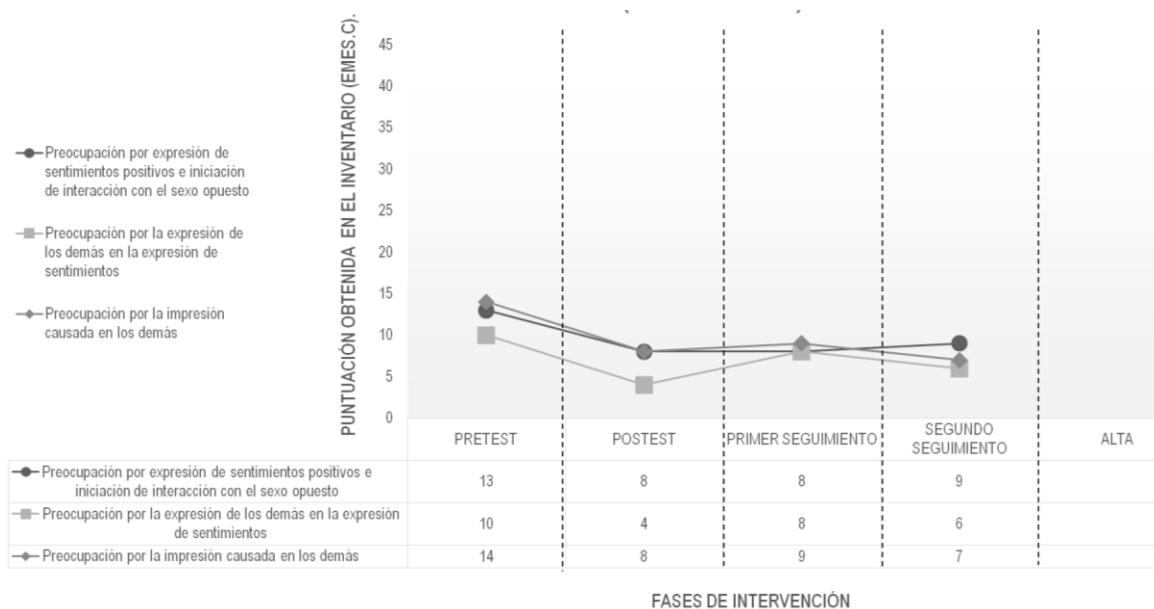
En la evaluación inicial la paciente mostró una puntuación de diez puntos de dieciséis (el máximo para esta escala). La puntuación disminuyó para la finalización de la intervención a cuatro puntos, para

el primer seguimiento ésta incrementó a ocho puntos, que coincidió con un periodo en que la paciente se alejó de sus amigos por la ruptura de la relación con su pareja. Para el segundo seguimiento ésta disminuyó a seis puntos y se encuentra marcada con indicadores de círculos en el gráfico.

El tercer factor es la preocupación por la impresión causada en los demás, que se representa con ítems como “me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho” en que hay pensamientos negativos sobre la reacción o pensamientos de las otras personas al aceptar o corresponder con una conducta social ejecutada por alguien externo. Éste se encuentra con indicadores de triángulos en el gráfico.

En esta escala la paciente puntuó con catorce de dieciséis puntos, en la segunda evaluación tras las cinco sesiones de intervención puntuó con ocho, en el primer seguimiento incrementó a nueve y en el segundo seguimiento disminuyó nuevamente a siete. La paciente reportó una mejora en las relaciones con amigos con quienes compartía actividades como salir a fiestas y consumo de alcohol, lo cual percibía como una mejor imagen ante los demás.

Figura 22. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte cognitiva) que mejoraron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Postest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

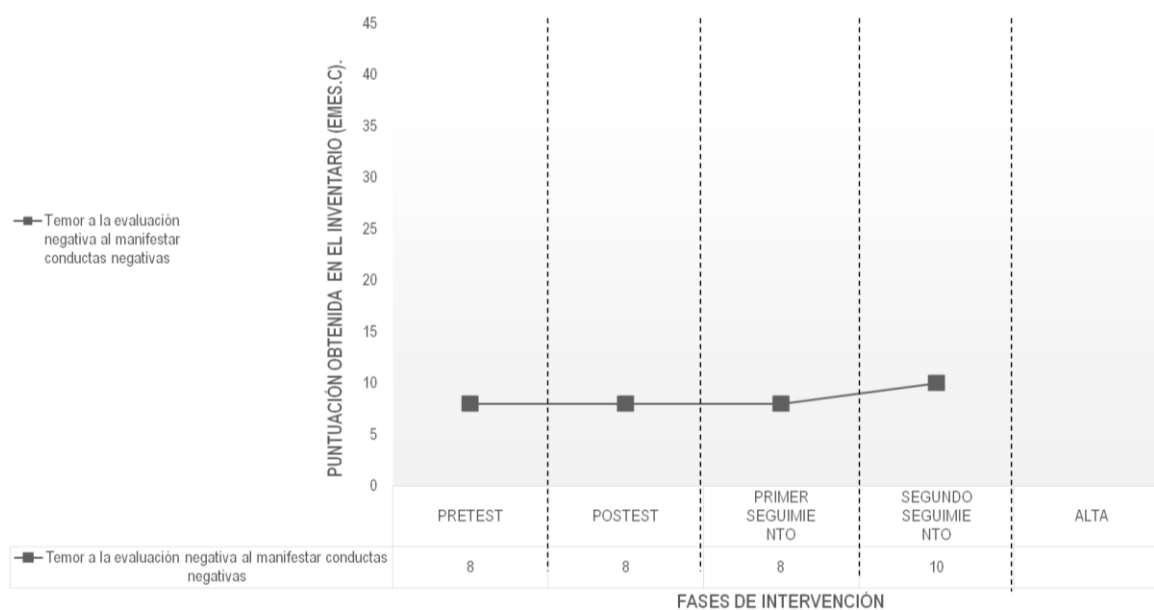
Otros factores que incrementaron a lo largo del estudio.

En la paciente se encontró que hubo un factor de las habilidades sociales que incrementó en las evaluaciones de seguimiento relativas a Temor a la crítica por parte de los demás al manifestar conductas negativas, que implica la lectura de la interpretación o la reacción de otros al llevar a cabo rechazos de peticiones o expresiones de desacuerdos. Esta dimensión se ilustra en reactivos como: “He estado preocupada sobre qué pensarían las otras personas de mí si defiendiendo mis derechos frente a ellos”.

En la evaluación inicial presentó un puntaje de ocho puntos de dieciséis posibles, que se mantuvo en la evaluación posterior a la intervención y en el primer seguimiento. Para el segundo seguimiento la puntuación incrementó a diez puntos a lo que la paciente reportó

tener problemas familiares específicamente en la defensa de derechos con su madre y hermano, así como con su pareja de quien refirió “no quisiera lastimarlo con las palabras o las cosas que pueda hacerle sentir que no lo quiero” (sic). Esto se muestra en el gráfico 23.

Figura 23. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte cognitiva) que incrementaron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Factores que se mantuvieron a lo largo del Estudio.

Se mantuvieron las puntuaciones a lo largo de la Intervención de tres factores: el primero de ellos, Temor a la Defensa de los derechos que hace referencia a la presencia de pensamientos negativos asociados a situaciones; se evalúa mediante reactivos tales como “Me preocupa bastante la impresión que cause a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos”.

La puntuación que obtuvo antes de la intervención constaba de siete puntos de 8 posibles, para su evaluación posterior a las cinco sesiones de intervención que recibió, presentó un puntaje de cuatro, en que la paciente reportó no tener dificultades. Tras el primer seguimiento puntuó en cinco, y para el segundo seguimiento puntuó en seis puntos, en que refirió que estaba resultando complicado frenar el temor referente a las consecuencias al expresar cuáles eran sus derechos en el ámbito familiar y de pareja. Reportó no llevar a cabo los ejercicios orientados a reducir la activación fisiológica entrenada dado que olvidaba aplicarlo en la situación, estos resultados se muestran con los indicadores cuadrados en el gráfico 24.

El segundo factor que se mantuvo fue la Asunción de posibles carencias propias, referente a la atribución de los resultados no esperados al ejecutar las habilidades sociales por las “dificultades” de la persona en sí. Esta dimensión se ilustra en reactivos tales como “Pienso que si no estoy seguro/a de lo que voy a decir mejor que no inicie una conversación porque podría meter la pata” y se representa con triángulos en el gráfico.

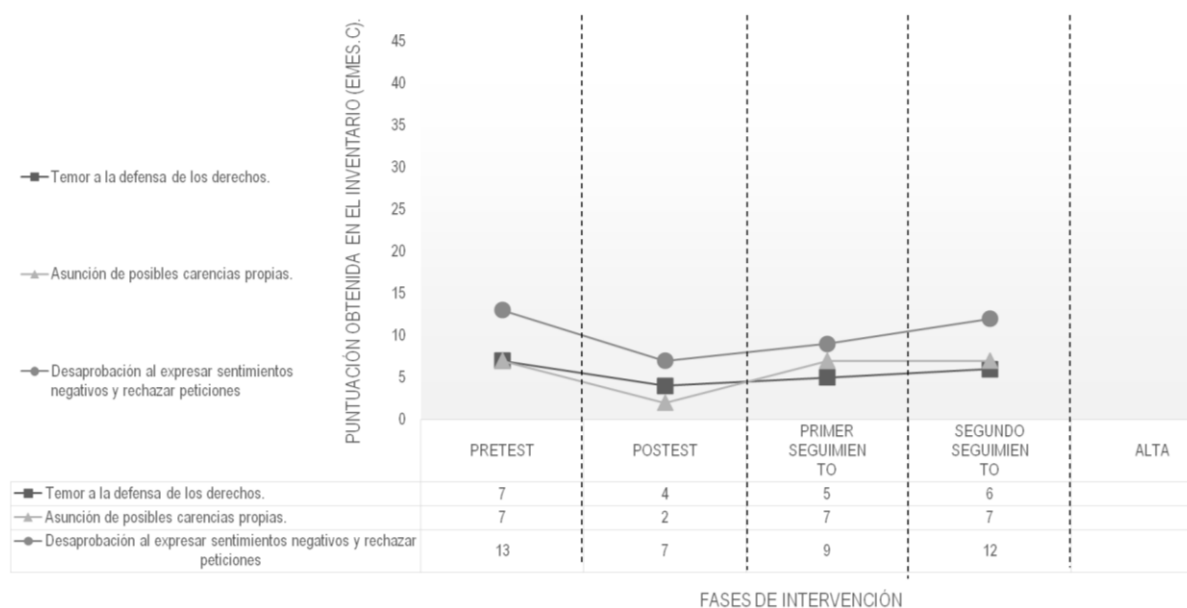
En la evaluación inicial la paciente mostró una puntuación de siete de ocho que son el máximo para esta escala. Que disminuyó a dos en la evaluación posterior a las sesiones de intervención. En el primero y segundo seguimientos se mantuvo la misma puntuación de siete con la que ingresó dado que reportó dificultades en frenar que los errores que tenía o los problemas en que ella se veía implicada tenían relación con sus características personales.

El último factor que se mantuvo tanto en la intervención como en los seguimientos, (aunque hubo una reducción menor) fue el factor de Temor a la desaprobación de los demás a expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones, reflejado en reactivos tales como “Temo rechazar peticiones que provienen de mis padres” este tipo de

pensamientos inhibe la conducta socialmente hábil y conllevan a la pasividad ante el problema.

En la primera evaluación la paciente obtuvo un puntaje de trece de dieciséis posibles, para la segunda evaluación después de las tres sesiones de intervención recibidas fue de ocho puntos, el cual disminuyó a siete para el primer seguimiento y para el segundo seguimiento fue de nueve puntos; al tercer seguimiento resultó en un incremento a doce puntos. Que lleva a una mayor frecuencia de pensamientos negativos relacionados a la desaprobación por ejercer una conducta pertinente.

Figura 24. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte cognitiva) que se mantuvieron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte Motora)

Factores que disminuyeron a lo largo del estudio.

En estos puntajes se evalúa la habilidad de la paciente para llevar a cabo conductas instrumentales (no verbales) relacionados a diferentes habilidades sociales incluyendo componentes cognitivos tales como pensamientos negativos o anticipados de las situaciones sociales.

La paciente presentó cambio en tres habilidades sociales; Iniciación de interacciones, el cual fue entrenado en el Estudio y se evaluó con reactivos como “Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño” en que el paciente evalúa la frecuencia con que realiza dichas conductas.

La puntuación que obtuvo antes de la intervención fue de 35 puntos de cuarenta posibles, para la evaluación posterior a las cinco sesiones de intervención que recibió, presentó un puntaje de veintiséis puntos. Tras el primer seguimiento puntuó en veintisiete puntos, para el segundo obtuvo treinta puntos. En este punto refirió que resultaba más difícil llevar a cabo dicha habilidad, dado que en el ámbito académico eran menos frecuentes las veces que se le pedía exponer o trabajar en equipos o compañeros no conocidos, lo que explica la disminución de cinco puntos en el instrumento.

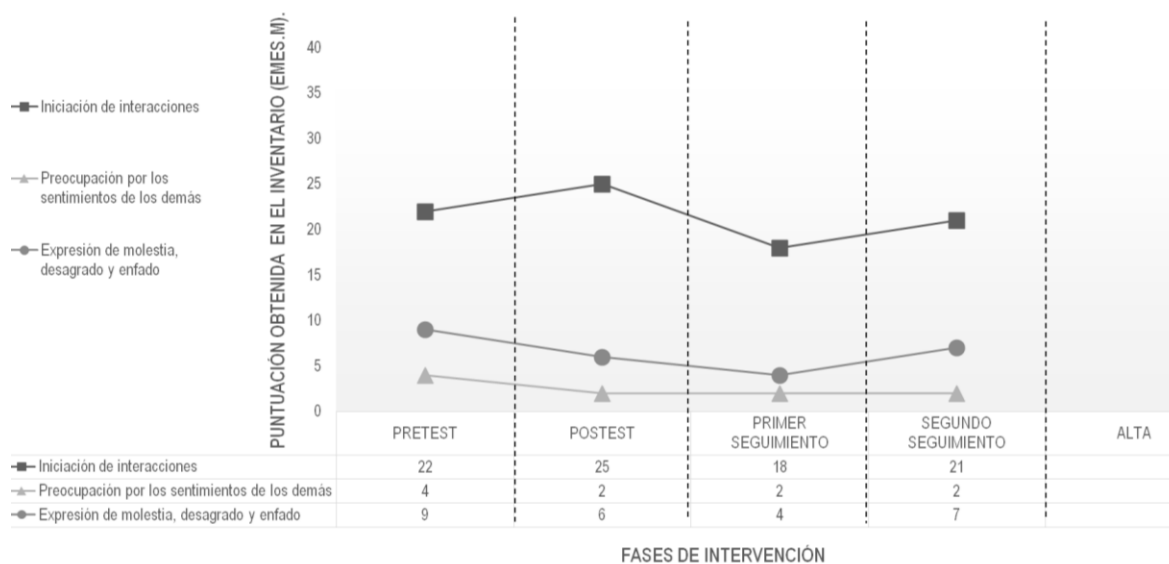
Como segundo factor, se encontró la Preocupación por los sentimientos de los demás, en que se evalúa la frecuencia en que realizan la expresión de sus sentimientos de agrado o desagrado a los demás que fue evaluado mediante reactivos como: “Me resulta difícil criticar a los demás incluso aunque esté justificado”.

La puntuación que obtuvo antes de la intervención fue de cuatro puntos de cuarenta posibles, para la evaluación posterior a las sesiones de intervención que recibió, presentó un puntaje de dos, que se mantuvo tras el primer y segundo seguimiento. Es de destacarse que

la paciente refirió que ésta conducta era menos frecuente porque no le veía importancia a expresar tanto sentimientos negativos como positivos.

El tercer factor en que se observó esta disminución de la frecuencia de la conducta: fue la expresión de molestia, desagrado y enfado que va muy relacionada con las dos escalas previas en que se requiere que el paciente tome la iniciativa de realizar la expresión o la acción de algunas actividades. Previo a la intervención obtuvo seis puntos, y para el primer seguimiento disminuyó a cuatro puntos, sin embargo, para el segundo seguimiento aumentó a siete puntos, este se indica con triángulos en el gráfico 25.

Figura 25. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte motora) que disminuyeron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio

La paciente mostró incremento en tres factores primordialmente: Defensa de los derechos del consumidor, “si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen”. El paciente evaluó la frecuencia con que realiza estas conductas y en las que reportó, “con personas al exterior de mi familia o de mi escuela que son poco conocidas no me es difícil reclamar lo que creo correcto pero con los demás sí” (sic).

La puntuación que obtuvo antes de la intervención constaba de 3 puntos de 16 posibles, para la evaluación posterior a las sesiones de intervención que recibió, presentó un puntaje de tres puntos. Tras el primer seguimiento puntuó en cinco y para el segundo seguimiento obtuvo ocho puntos. Aquí refirió que le costaba cada vez menos trabajo llevar a cabo dicha conducta, marcada con indicadores cuadrados en el gráfico 26.

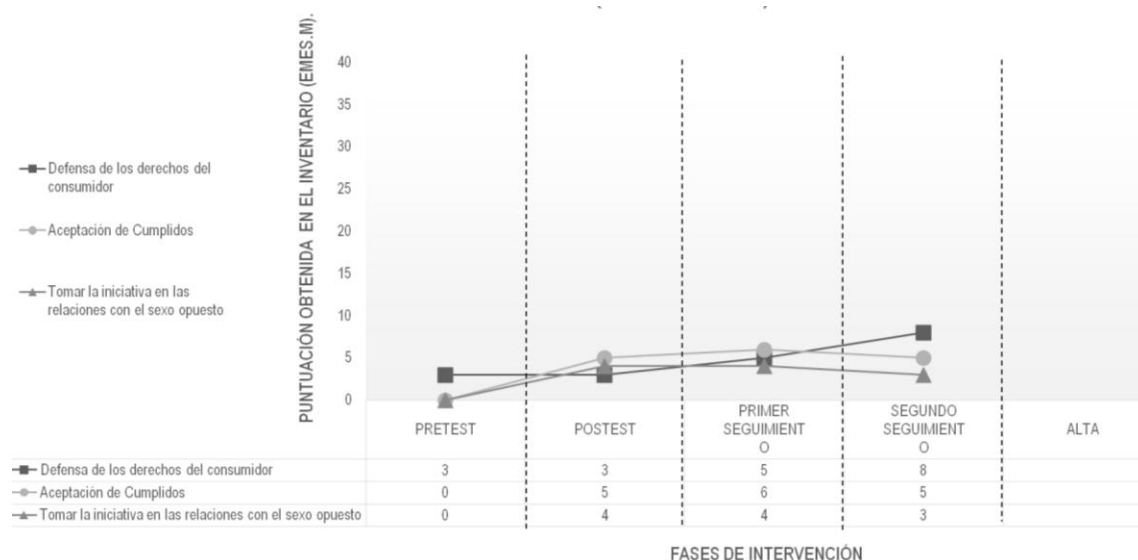
El segundo factor que incrementó fue Aceptación de Cumplidos, que se relaciona con la habilidad de afirmar los halagos de otras personas. Este factor se evalúa mediante reactivos tales como “Me resulta fácil aceptar cumplidos provenientes de otras personas”, que se señala mediante indicadores de círculos en el gráfico.

En la evaluación inicial mostró una puntuación de cero puntos de dieciséis que son el máximo para esta escala. Que incrementó a una puntuación de cinco en la evaluación posterior a la intervención. En el primer seguimiento obtuvo una puntuación de seis, para el segundo seguimiento fue de cinco. Refirió que no le resultaba difícil aceptar los halagos de sus compañeros de clases tanto de su mismo sexo como del opuesto, así como de profesores, dado que estos estaban relacionados a sus competencias académicas, sin embargo, reportaba dificultades en aceptarlos de su familia.

El último factor que se modificó fue tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, en relación a la habilidad para poder iniciar ésta interacción. Reportó que este módulo del taller le ayudó a encontrar mejores estrategias de acercarse a hombres con la finalidad de entablar una relación de amistad o de pareja, que se evaluó en el segundo seguimiento comentando que podía resultar en una conducta de riesgo, dado que se exponía a relaciones sexuales sin protección o a la equivocación en el balance decisonal sobre los chicos a quienes les hablaría.

En la primera evaluación la paciente obtuvo un puntaje de cero de dieciséis posibles, para la segunda evaluación después de las cinco sesiones de intervención recibidas fue de cuatro puntos, que se mantuvo para el primer seguimiento y para el segundo seguimiento fue de tres puntos Este se muestra en el gráfico 26 con indicadores de triángulos.

Figura 26. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte motora) que incrementaron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Factores que se mantuvieron a lo largo del estudio.

La paciente mostró tres factores en que las puntuaciones del inventario se mantuvieron y con ello, las habilidades y destrezas referentes a estas se vieron mantenidas a lo largo del estudio.

La primera fue la referente a la Iniciación de interacciones que fue entrenado como módulo en la intervención, y que se evaluó mediante reactivos como “Me resulta difícil hacer nuevos amigos”; en la primera evaluación obtuvo veintidós puntos de cuarenta posibles. Para la segunda evaluación tras las sesiones de intervención puntuó en veinticinco, que mostró un incremento en ésta habilidad, sin embargo, para el primer seguimiento obtuvo dieciocho puntos donde reportó tener dificultades en llevar a cabo estrategias pertinentes a este rubro dado que no lo solía practicar con frecuencia. Para el segundo seguimiento reportó un incremento a veintiún puntos, que muestra que la paciente ante la falta de práctica de la habilidad refirió mayores dificultades, que contrasta con lo adquirido tras cinco semanas de intervención, este se muestra con indicadores cuadrados.

El segundo factor que se mantuvo a lo largo del estudio fue el de expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto mediante reactivos tales como “Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta” que establece las habilidades pertinentes para llevar a cabo pautas de acercamiento con personas del sexo opuesto. La participante reportó que era una actividad que le resulta de fácil acceso en las fiestas a las que acudía, sin embargo, comentó “no me siento lista aún porque extraño a mi anterior pareja” (sic).

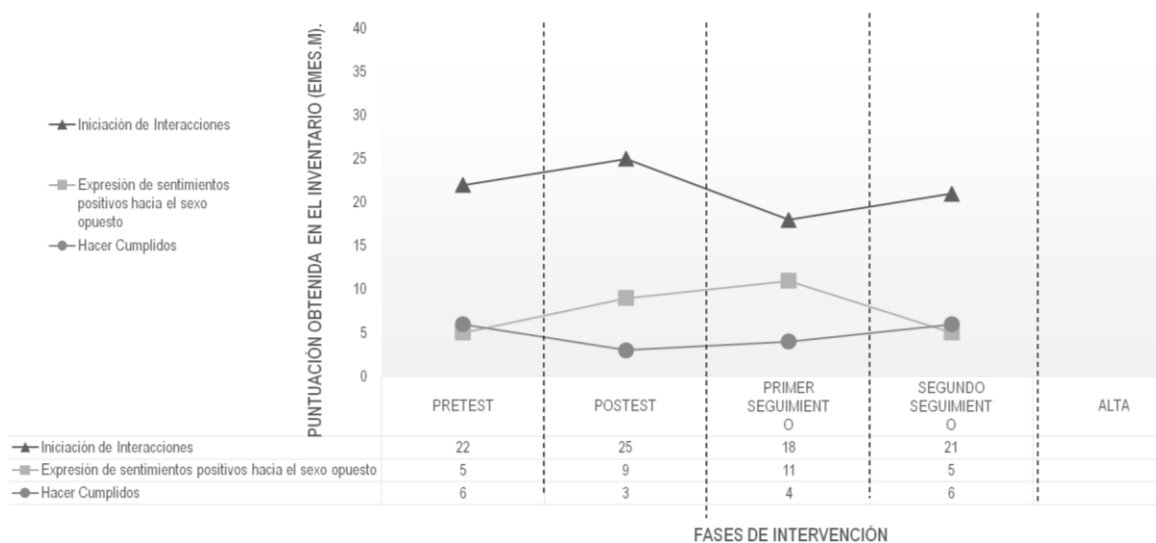
En la primera evaluación la paciente obtuvo un puntaje de cinco de veinte puntos posibles, para la segunda evaluación posterior a la intervención reportó un puntaje de nueve, tras el primer seguimiento fue de once puntos, que coincidió con una recaída en cuanto al consumo de alcohol y la ruptura de la relación de pareja, así como con

la ejecución de conductas de riesgo en cuanto al ámbito sexual, el segundo seguimiento fue de cinco puntos nuevamente.

El tercer factor que se vio mantenido a lo largo del estudio, fue “Hacer cumplidos” evaluado en reactivos tales como “Me resulta fácil hacer que mi pareja se sienta bien elogiándola” en que se evalúa la frecuencia en que se lleva a cabo dicha conducta. En la primera evaluación obtuvo un puntaje de uno de seis puntos posibles, tras la segunda evaluación posterior a la intervención, fue de tres puntos.

Después del primer seguimiento obtuvo cuatro puntos y tras el segundo seguimiento de nuevo puntuó en seis, esto se muestra en la gráfica 27 mediante indicadores de triángulos.

Figura 27. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte motora) que se mantuvieron a lo largo de las Fases de Estudio




Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Auto registro de Tarea de iniciación de conversación.


Esta fue una tarea para la tercera sesión de Intervención en que se pidió a la paciente registrar el número de veces que inició una conversación durante la semana. El cual se muestra en la figura 28.

Figura 28. Tarea entregada en la tercera sesión del entrenamiento en iniciar y mantener una conversación llevada a cabo en casa




CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TALLER "MEJORANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y LA ANSIEDAD"
AUTORREGISTRO INICIO/MANTENIMIENTO CONVERSACIONES. PRE



MIÉRCOLES 21 DE Septiembre 2016				JUEVES 22 DE Septiembre 2016			
Hora	Situación - Tema	Inició una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inició una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
6:30 pm	transporte público. Clima	✓	✓	4:30 pm	Escuela, Clases extraordinarias	✓	✓
VIERNES 23 DE Septiembre 2016				SÁBADO 24 DE Septiembre 2016			
Hora	Situación - Tema	Inició una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inició una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
9:30 am	Tienda, productos	✓	X	9:00 pm	Reunión de amigos Ambiente de la reunión	✓	✓
DOMINGO 25 DE Septiembre 2016				LUNES 26 DE Septiembre 2016			
Hora	Situación - Tema	Inició una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inició una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
1:00 pm	Puesto de comida. Ambiente y Fena del lugar	✓	✓	3:00 pm	Sala de espera tramite INE	✓	✓
MARTES 27 DE Septiembre 2016							
Hora	Situación - Tema	Inició una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.				
7:00 pm	Taxi Clima y trabajo	✓	✓				



Paciente 400

Paciente Femenina de 23 años de edad, soltera, estudiante del cuarto semestre de la Licenciatura de Arquitectura, en la Facultad de Arquitectura de Ciudad Universitaria en la Universidad Nacional Autónoma de México su ocupación era estudiante, residente de la Ciudad de México.

Vivía con sus abuelos maternos, no fue canalizada de ninguna Institución, había tenido tratamiento farmacológico con Clonazepam en el Servicio de Psiquiatría del Seguro Social de los 18 a los 19 años, canceló la toma del medicamento. Como enfermedad significativa reportó tener Asma y estar bajo tratamiento médico.

Refirió como motivo de consulta “Depresión y Ansiedad a causa de varios problemas físicos, emocionales” (sic).

La paciente refirió llevar cuatro meses esperando servicio para atención psicológica. Aunado a que en la entrevista de primera vez reportó ser parte de un grupo de alcohólicos anónimos quienes llevaban abstemios más de cinco años.

Sus estudios constituían su segunda licenciatura dado que la primera fue Economía donde cursó hasta segundo semestre y tramitó su cambio de licenciatura para Arquitectura, donde es alumna irregular con un promedio de 8.2

Mapa de Patogénesis y Mapa de Alcance de Metas

Se muestra en la figura 29 la formulación del caso de la paciente con motivo de consulta la sintomatología ansiosa, que incluye sudoración, taquicardia, tartamudeo, sensación de mareo, sensación de ahogo e indigestión estomacal, así como sintomatología depresiva y un déficit de habilidades sociales ante demandas escolares tales como, exponer en clase o en el grupo de Alcohólicos Anónimos y conocer personas

nuevas. Aunado a los inicios de semestres o los cambios de grupos en que señala que resulta complicado hablar con las personas.

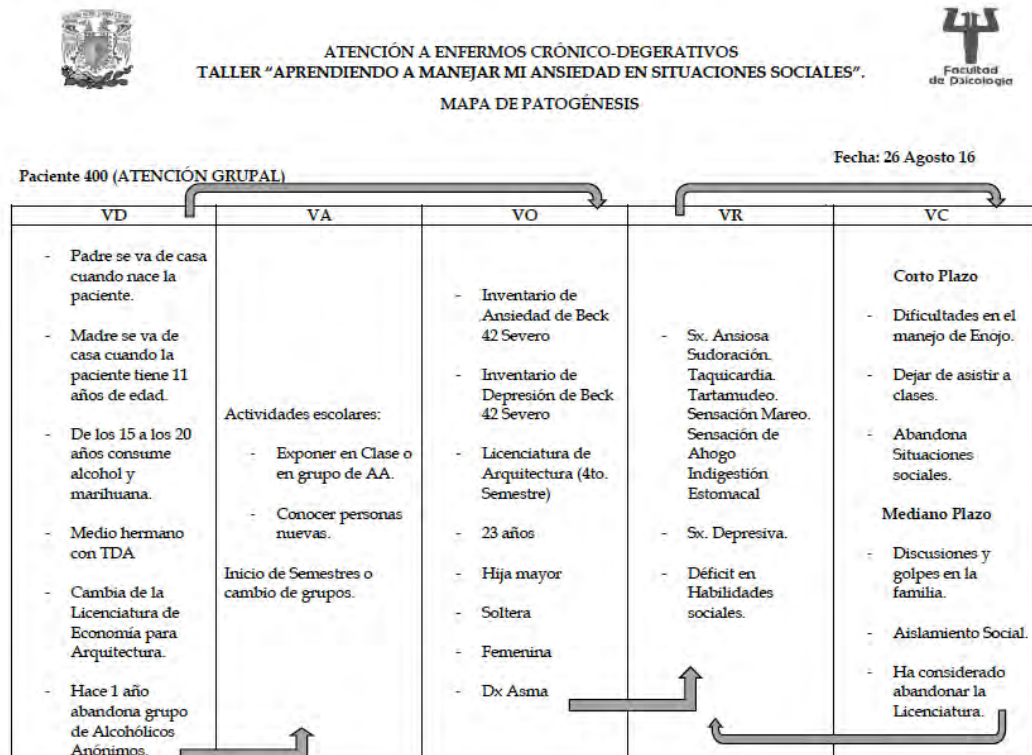
Lo anterior, le genera dificultades en el manejo del enojo, deja de asistir a clases en las que se presentan esas demandas académicas y abandona situaciones sociales. Describe discusiones y golpes en la familia nuclear, aislamiento social y contempla la opción de abandonar la licenciatura.

Lo anterior está mediado por un nivel de sintomatología ansiosa grave y de sintomatología depresiva grave.

La paciente es la hija mayor de su familia, con un diagnóstico de Asma en donde su padre se va de casa cuando nace la paciente y su madre cuando tiene once años de edad, se va con otra pareja con quien procrea a su hermano quien tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de Atención.

Se encontraron antecedentes relevantes en la historia de vida de la paciente; fue cuidada por sus abuelos maternos, consumo de alcohol y marihuana de los quince años a los veinte, cambio de licenciatura de economía a Arquitectura y el abandono de su grupo en alcohólicos anónimos dado su temor a tomar la palabra frente a grupos.

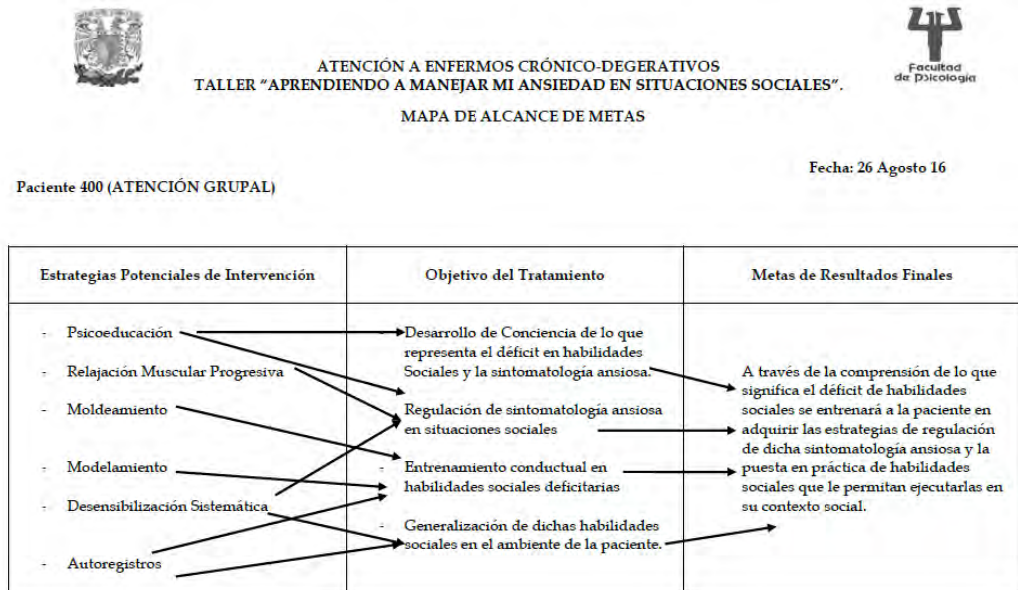
Figura 29. Mapa de Patogénesis diseñado para la paciente 400



Por ello, se planteó el mapa de alcance de metas que permitiera el tratamiento del caso de manera grupal tal como se muestra en la figura 30.

Se incluyen estrategias como Psicoeducación, Relajación Muscular Progresiva, Moldeamiento, Modelamiento, Desensibilización Sistemática y Auto registros. Se busca que el entrenamiento de la regulación de la sintomatología ansiosa ante dichas situaciones resulte un facilitador para el entrenamiento en Habilidades Sociales. Se busca también que la paciente comprenda cómo el déficit en Habilidades Sociales se relaciona con la activación fisiológica que conlleva a la práctica de dichas conductas en su contexto.

Figura 30. Mapa de Alcance de Metas diseñado para la paciente 400



Jerarquización realizada por la paciente

Para la realización de la Desensibilización Sistemática la paciente realizó la Jerarquización de las situaciones sociales que le generan ansiedad (Figura 31), durante la sesión uno, con las que se trabajó en la Intervención.

Figura 31. Jerarquización de situaciones sociales generadoras de sintomatología ansiosa (paciente 400)

¿Qué me pone Ansioso?
Nombre: Diana

No. expediente 160400
Fecha: 14-09-16

SITUACIÓN	NÚMERO
Las miradas y críticas de los demás, desaprobar	1
Entrega de un proyecto	4
Cuando algo no sale como yo quisiera	2
Impuntualidad	5
Entrar en contacto con otras personas	3

Nota: Redactado por la paciente durante la primera sesión de Intervención grupal para la realización de la Desensibilización Sistemática.

Temperatura distal periférica

Durante la primera sesión, la paciente presentó una primera lectura de 32.5 grados centígrados, al pedir que se visualizaran en la situación que evaluaron con el número cinco (la que mayor ansiedad generaba, “Impuntualidad”), se observó que la temperatura disminuyó a 32 grados centígrados y una vez que se concluyó el entrenamiento en Respiración Diafrágica y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a 32.5 grados centígrados.

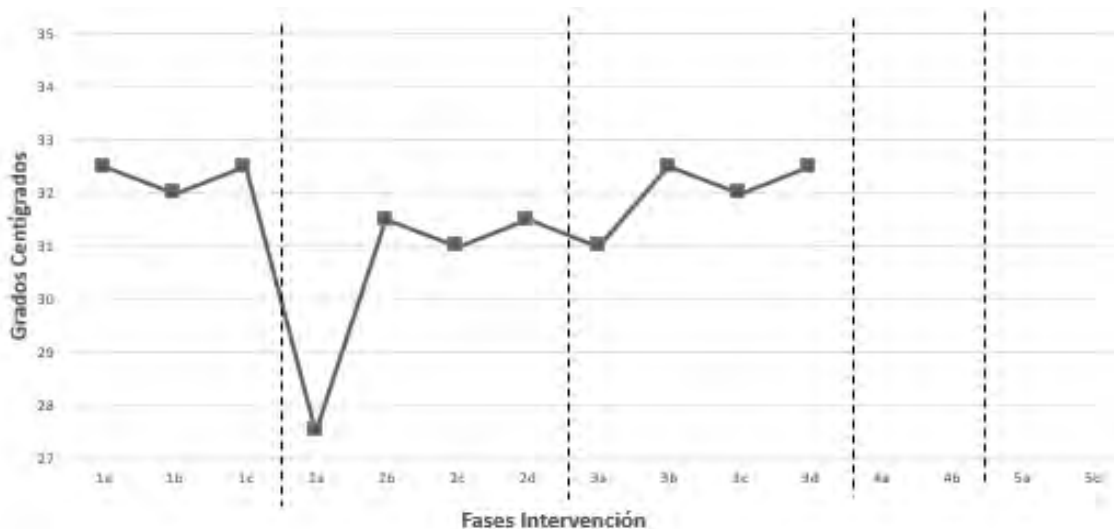
En la segunda sesión, se tomó una primera lectura de temperatura tras 10 minutos de que llegó la paciente a sesión, que resultó en 27.5 grados centígrados, posteriormente se concluyó el entrenamiento en Respiración Diafrágica y Relajación Muscular Progresiva, la

temperatura subió a los 31.5 grados. Tras pedirle que se visualizara de nuevo en la situación con un puntaje de cinco, la temperatura disminuyó a 31 grados nuevamente. Al realizar el entrenamiento de desensibilización sistemática entre la visualización de la imagen junto a la respuesta de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó a 31.5 grados.

En la tercera sesión, al igual que en la sesión previa tras 10 minutos de iniciada la sesión se tomó la temperatura que fue de 31 grados centígrados. Después del entrenamiento en Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva, la temperatura subió a los 32.5 grados. Tras pedirles que se visualizaran de nuevo en la situación que colocaron con el número cuatro (Entrega de un proyecto), la temperatura disminuyó a 32 grados. Al realizar el entrenamiento de desensibilización sistemática entre la visualización de la imagen junto a la respuesta de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva la temperatura incremento a 32.5 grados.

La paciente no completó la cuarta y quinta sesión por lo que se llevó a cabo el interrogatorio para indagar las razones, que se muestran en la figura 32.

Figura 32. Temperatura distal periférica (grados Centígrados) a lo largo de las Fases de Estudio (paciente 400)



Nota: Las fases de Estudio se describen con el número de sesión: 1, 2, 3, 4, y 5. Así como una letra minúscula que indica las veces en que se tomó la temperatura durante cada una de las sesiones. Así, por ejemplo, 1a es la toma de la temperatura de línea base en la primera sesión; 1b la segunda toma en la primera sesión, después de visualizarse en la situación evaluada como la que mayor ansiedad causaba; y 1c después del entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, etcétera. Para mayor detalle, remitirse a la descripción de las sesiones.

Auto registro de tarea de ejecución de la tarea semanal de relajación muscular

Se dejó de tarea con la paciente para la segunda sesión, la entrega del formato diseñado para ello y se muestra en la imagen 33.

Figura 33. Tarea entregada en la segunda sesión del entrenamiento en relajación muscular Progresiva llevada a cabo en casa por la paciente 400.

MÉRCOLES _____ DE _____ 2016			JUEVES _____ DE _____ 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
VIERNES <u>17</u> DE AGOSTO <u>SEPTIEMBRE</u> 2016			SÁBADO <u>18</u> DE AGOSTO <u>SEPTIEMBRE</u> 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
11:40 P.M.	REALIZANDO TAREA	31.5 - 33.5	10:15 pm	Discusion	31.5 - 32 - 33.5
			10:15 Pm	Discusion	31.5 - 33.5
DOMINGO <u>19</u> DE <u>septiembre</u> 2016			LUNES <u>20</u> DE <u>SEPTIEMBRE</u> 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Situación	Temperatura
1:50 pm	A punto de salir de casa	29 - 33	8:03 am	Escuela	32.5 - 33
MARTES <u>21</u> DE <u>SEPTIEMBRE</u> 2016					
Hora	Situación	Temperatura			
08:15 pm	CLASE	31 - 33.5			

Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte Cognitiva)

Factores que mejoraron a lo largo del estudio.

La paciente presentó una disminución en el factor Temor a la expresión en público y al enfrentarse con superiores (marcada con indicadores de cuadrados en el gráfico 34), que hace referencia a la presencia de pensamientos negativos asociados a situaciones en que no mostraba conductas instrumentales (no verbales).

Esta participante sólo acudió a tres sesiones de Intervención en las que obtuvo el entrenamiento en iniciar y mantener conversaciones, respiración diafragmática y relajación muscular progresiva y no se expuso al componente de expresión en público y con superiores, ilustrado con reactivos tales como “temo a hablar en público por miedo a hacer el ridículo”. La paciente anticipaba que la opinión de los demás la juzgaría negativamente. Para su evaluación inicial obtuvo cuarenta y un puntos de cuarenta y cuatro posibles, posterior a las tres sesiones de intervención, presentó un puntaje de cuarenta y tres.

Tras el primer seguimiento puntuó en veintiséis, tras el segundo y el tercero dieciocho puntos lo cual se encontró relacionado con la mayor demanda de esta habilidad en el contexto de la paciente, aunado a que refirió una constante práctica de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva.

El segundo factor que disminuyó a lo largo de las evaluaciones fue el temor a expresar sentimientos positivos, que se evaluó con reactivos como “me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco”, en que la persona evalúa una reacción negativa en el otro al momento de ejecutar una conducta o habilidad social, que tiene indicadores de círculos.

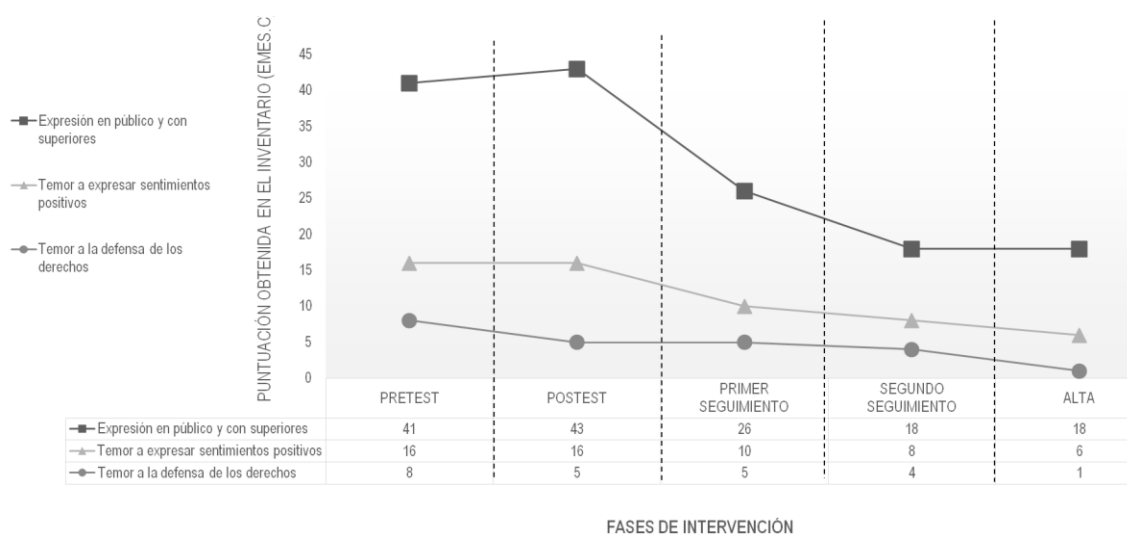
En la evaluación inicial la paciente mostró una puntuación de dieciséis que es el máximo para esta escala. La cual se mantuvo en la evaluación

posterior a las tres sesiones de intervención, para el primer seguimiento presentó una puntuación de diez puntos, para el segundo obtuvo una puntuación de ocho y para el tercero de seis puntos.

El tercer factor fue Temor en la defensa de los derechos, que se representa con ítems como “Soy extremadamente cuidadoso/a en evitar herir los sentimientos de los demás” incluye pensamientos negativos sobre los efectos dañinos que en otros, que puede tener el llevar a cabo una conducta social como la defensa de los derechos. Éste se encuentra con indicadores de triángulos en el gráfico

En esta escala la paciente puntuó con ocho puntos, de nuevo el máximo, en la segunda evaluación tras las tres sesiones de intervención puntuó con cinco, que se mantuvo hasta el primer seguimiento, para el segundo disminuyó el puntaje a cuatro y para el tercero puntuó con uno en el que reportó una mejoría en el manejo de estas destrezas.

Figura 34. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte cognitiva) que mejoraron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Otros factores que empeoraron a lo largo del estudio.

En esta paciente, a lo largo tanto de la evaluación posterior a las tres sesiones de Intervención y en los seguimientos, ninguno de los factores mostró un empeoramiento. Se observó con la paciente lo encontrado en la literatura de investigación para este instrumento que a medida que se incrementa la ejecución y la destreza en las Habilidades Sociales hay un decremento en las preocupaciones y temores cognitivos que ejercen un impacto negativo en la persona.

Factores que se mantuvieron a lo largo del Estudio

En esta paciente, a lo largo tanto de la evaluación posterior a las tres sesiones de Intervención como de los seguimientos, ninguno de los factores mostró un mantenimiento en las puntuaciones iniciales. A medida que se incrementó la ejecución y la destreza en las Habilidades Sociales se decrementaron las preocupaciones y temores cognitivos que ejercen un impacto negativo en la persona.

Factores de la escala multidimensional de expresión social (parte Motora)

Factores que disminuyeron a lo largo del estudio.

En estos puntajes se evalúa la habilidad para llevar a cabo conductas relacionadas a las diferentes habilidades sociales, que es esperado conforme se da el entrenamiento y la práctica se vean incrementados y que, a su vez, como se mencionó, los factores relacionados a las dificultades cognitivas mediante pensamientos negativos o anticipados de las situaciones sociales se vea disminuido. La paciente no presentó ningún factor en que se disminuyera la ejecución de conductas pertenecientes a las habilidades sociales a lo largo de las tres sesiones de tratamiento, así como de los nueve meses de seguimiento.

Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio

Mostró un incremento en tres factores primordialmente: la Iniciación de interacciones, (entrenado en el Estudio) evaluado mediante reactivos tales como “Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño” en que se evalúa la frecuencia con que realiza dichas conductas.

La puntuación que obtuvo antes de la intervención constaba de cuatro puntos de cuarenta posibles, para la evaluación posterior a las tres sesiones de intervención que recibió, presentó un puntaje de cero puntos. Tras el primer seguimiento puntuó en quince, para el segundo seguimiento obtuvo dieciocho puntos, en que refirió que estaba resultando cada vez menos difícil llevar a cabo dicha interacción, aunque se encontraba expuesta cada vez a más situaciones.

En el último seguimiento la paciente obtuvo veintitrés puntos nuevamente, lo cual muestra que el llevar a cabo el entrenamiento de esta habilidad resulta en la mejora de la aplicación de estas conductas. Este se muestra con indicadores de cuadrados en el gráfico 35.

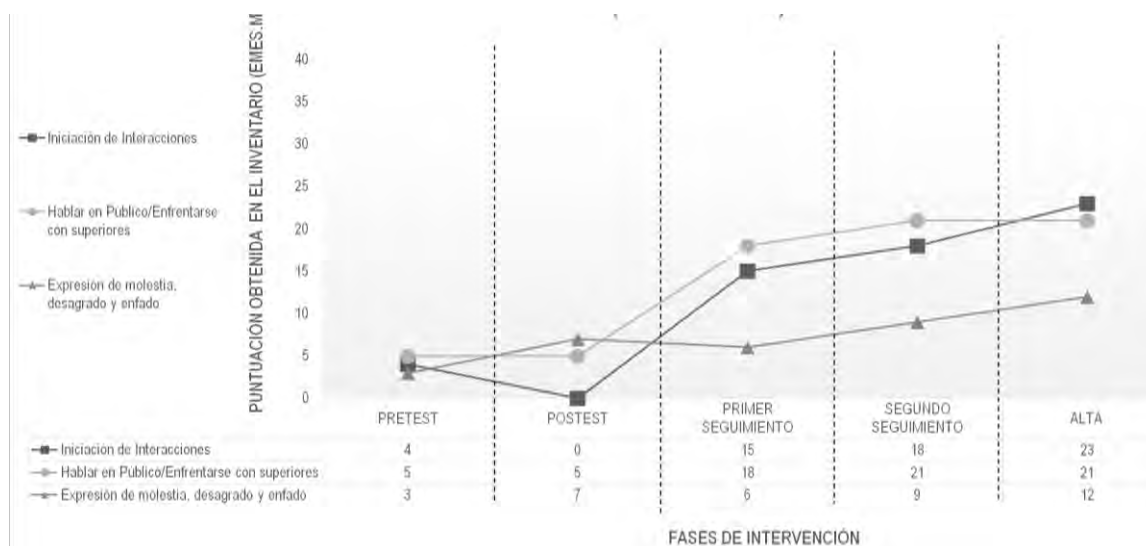
El segundo factor que se mantuvo fue Hablar en público y Enfrentarse con superiores, que se relaciona con la disminución del temor en esta habilidad que se obtuvo del inventario EMES-C sobre la preocupación en este rubro. Este factor se evalúa mediante reactivos tales como “Me resulta difícil hablar en público”. Que tiene indicadores de círculos.

En la evaluación inicial la paciente mostró una puntuación de cinco puntos de cuarenta, que se mantuvo en la evaluación posterior a las tres sesiones de intervención. En el primer seguimiento obtuvo una puntuación de dieciocho, para el segundo fue de veintiún puntos y se mantuvo para el tercero. Esto fue consistente con su autoinforme destacando la importancia de la estrategia de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva para la regulación de la sintomatología ansiosa al exponer frente a su equipo de trabajo.

El último factor que se modificó fue la expresión de molestia, desagrado y enfado, en relación a conductas que conllevan a la expresión de emociones. De la entrevista se obtuvo, que lo realizaba de manera asertiva, este factor contiene reactivos tales como “Pienso que si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta”.

En la primera evaluación obtuvo un puntaje de tres de dieciséis posibles, para la segunda evaluación después de las tres sesiones de intervención recibidas fue de siete puntos, que disminuyó a seis puntos para el primer seguimiento, para el segundo seguimiento fue de nueve puntos y para el tercero resultó en doce puntos. Es un aspecto que se modificó conforme se incrementaron otras habilidades requeridas como el entrenamiento en asertividad, así como la relación que existe entre esta y la expresión de emociones negativas.

Figura 35. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte motora) que mejoraron a lo largo de las Fases de Estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Postest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Factores que se mantuvieron a lo largo del Estudio

La paciente mostró tres factores en que las puntuaciones del inventario y con ello, las habilidades y destrezas referentes a esas habilidades se mantuvieron a lo largo del estudio, que se muestran en el gráfico 36.

La primera fue la referente a la Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto, evaluados con reactivos tales como “Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo”. En la primera evaluación obtuvo cero puntos de doce posibles, para la segunda evaluación tras las tres sesiones de intervención puntuó en uno y para el primer seguimiento fue de siete puntos en que reportó tener interés en llevar a cabo estas conductas para entablar una relación de pareja.

Para el segundo seguimiento obtuvo tres puntos y para el tercer seguimiento obtuvo una puntuación de uno y reportó no estar interesada en validar o realizar estas conductas con alguien del sexo opuesto, por lo que había dejado de realizarlas.

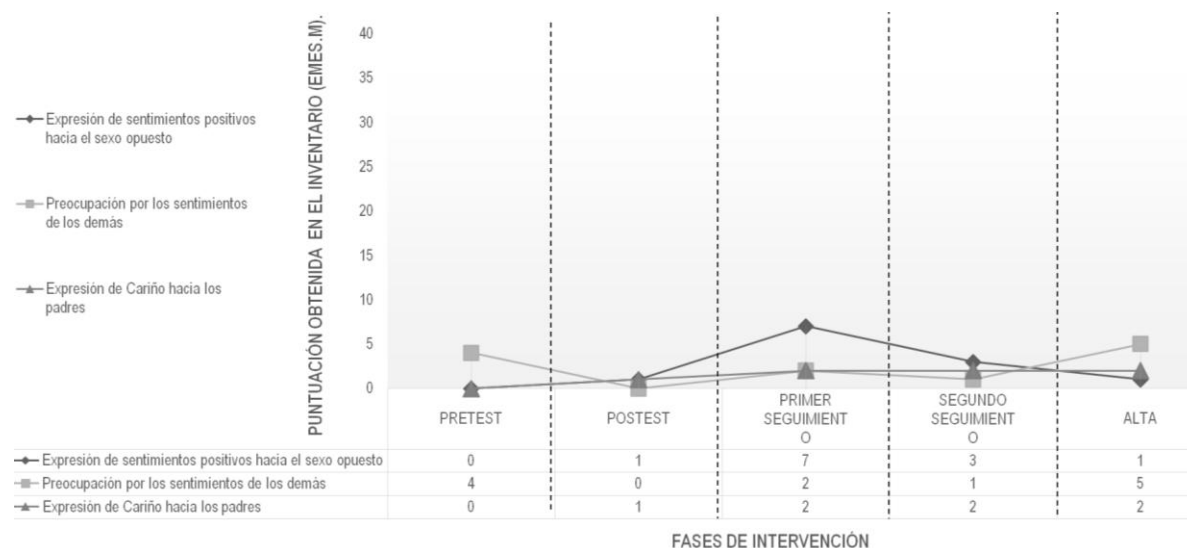
El segundo factor que se mantuvo a lo largo del estudio se relacionó con Preocupación por los sentimientos de los demás mediante reactivos tales como “He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo hayan pedido” que establece las habilidades respecto a la consideración de las otras personas como factor para ejecutar conductas sociales.

En la primera evaluación obtuvo cuatro puntos de ocho posibles, en la segunda evaluación posterior a las tres sesiones de intervención fue de cero puntos, tras el primer seguimiento fue de dos puntos, en el segundo fue de un punto y para el tercero reportó un puntaje de cinco puntos. Que coincide con el auto informe de “antes de expresar mi opinión considera que tan adecuado o como lo pueden tomar otros y eso me ayuda a saber si es adecuado expresarlo o no” (sic).

El tercer factor que permaneció a lo largo del estudio, fue la “expresión de cariño hacia los padres, evaluado con reactivos tales como “Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres” en el que se evaluó la frecuencia en que se lleva a cabo la conducta. En la primera evaluación obtuvo un puntaje de cero de cuatro puntos posibles, y tras las tres sesiones de intervención mantuvo un punto.

Tras el primer, segundo y tercer seguimiento reportó un puntaje de dos puntos. Que coincide con las dificultades expresadas por la paciente con la expresión de afecto o de comentarios positivos para con su familia dada la distancia que percibe para con ellos.

Figura 36. Factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social (parte motora) que se mantuvieron a lo largo de las Fases de Estudio




Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Auto registro de Tarea de iniciación de conversación


Este se dejó como tarea para la tercera sesión de Intervención en la cual se pidió a la paciente registrar el número de veces que inició una conversación durante la semana (Figura 37).

Figura 37. Tarea entregada en la tercera sesión del entrenamiento en iniciar y mantener una conversación llevada a cabo en casa




CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TALLER "MEJORANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y LA ANSIEDAD"
AUTORREGISTRO INICIO/MANTENIMIENTO CONVERSACIONES. PRE



MIÉRCOLES _____ DE _____ 2016				JUEVES _____ DE _____ 2016			
Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
VIERNES <u>23</u> DE <u>Sept.</u> 2016				SÁBADO <u>24</u> DE <u>Sept.</u> 2016			
Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
06:00	TRABAJO			02:00 pm	pasé por mi hermano a su casa		
DOMINGO _____ DE _____ 2016				LUNES _____ DE _____ 2016			
Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
MARTES - <u>28</u> DE <u>Oct.</u> 2016							
Hora	Situación - Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.				
08:00	CLASE						



Resultados grupales

Sintomatología Depresiva

A lo largo del estudio se tomaron medidas por sesión de la sintomatología depresiva reportada por las pacientes durante la semana. Las pacientes que mayor reducción de esta sintomatología tuvieron fueron la participante 292 y la 400.

La participante 292, en una primera evaluación presentó un nivel grave de treinta y siete puntos, para la evaluación posterior a las tres sesiones de intervención la sintomatología se redujo a un nivel moderado con veintidós puntos a pesar de que reportaba que resultaba más incapacitante que la sintomatología ansiosa.

Para el primer seguimiento su sintomatología presentaba un nivel moderado aunque la puntuación bajó a diecisiete puntos, y para el segundo y tercer seguimiento la sintomatología disminuyó a un nivel mínimo con cuatro puntos.

En cuanto a la participante 400, presentaba inicialmente un nivel moderado de ésta sintomatología con un puntaje de 25 puntos, para la evaluación posterior a las tres sesiones fue de catorce puntos en un nivel leve, que se mantuvo hasta el primer seguimiento en que aumento a quince puntos que aún es considerado leve.

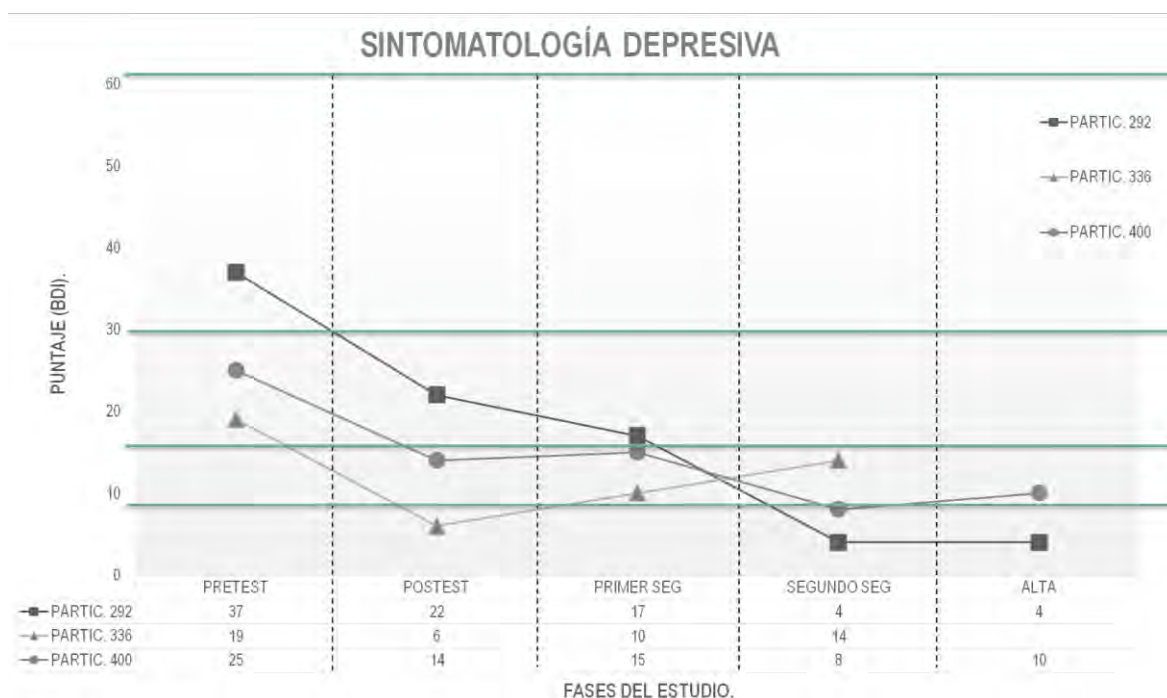
Para el segundo seguimiento bajó a un nivel mínimo con ocho puntos y para el último tuvo un nivel leve con diez puntos que parece haberse asociado con falta de estrategias de activación conductual que la paciente reportaba, mediante la organización de sus actividades.

En cuanto a la paciente que recibió el tratamiento de las cinco sesiones del taller grupal, reportó un nivel moderado de sintomatología con diecinueve puntos previo a la intervención, y para el momento de la conclusión de las cinco sesiones, reportaba un nivel mínimo con seis puntos, sin embargo, para el primer seguimiento (en que aún

continuaba en tratamiento) mostró un nivel leve de diez puntos, y para el segundo seguimiento (en que había abandonado el tratamiento individual) mostró un nivel leve con catorce puntos.

Con ello, se puede observar cómo probablemente la adherencia a las instrucciones y procedimientos entrenados resultó en una disminución de la sintomatología depresiva en las pacientes en comparación con la que no realizó de manera continua dichas estrategias (gráfico 38).

Figura 38. Puntuaciones de sintomatología depresiva grupal obtenidas a lo largo del estudio.



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Sintomatología Ansiosa

A lo largo del estudio se tomaron medidas por sesión de la sintomatología ansiosa mediante la aplicación de los instrumentos descritos al principio del método. La paciente que mayor reducción de esta sintomatología tuvo fuera la participante 400, quien presentó una disminución gradual pero constante a lo largo del estudio.

En una primera evaluación presentó un nivel grave de treinta y tres puntos, para la evaluación posterior a las tres sesiones de intervención la sintomatología ansiosa se redujo a un nivel moderado con dieciséis puntos, en esa ocasión refirió: “puedo controlar más la ansiedad y creo que ahora la depresión es lo que me afecta” (sic).

Para el primer seguimiento su sintomatología presentaba un nivel leve con puntuación de once puntos, para el segundo disminuyó a un nivel leve de siete puntos y para el tercero la sintomatología se mantuvo a un nivel leve con ocho puntos.

En cuanto a las participantes 292 y 336 se observaron fluctuaciones de ésta sintomatología a lo largo del estudio. La primera de ellas (292) presentó un nivel moderado de sintomatología ansiosa, previa a la intervención, una vez concluidas las tres sesiones que tomó se reflejó a un nivel leve con once puntos.

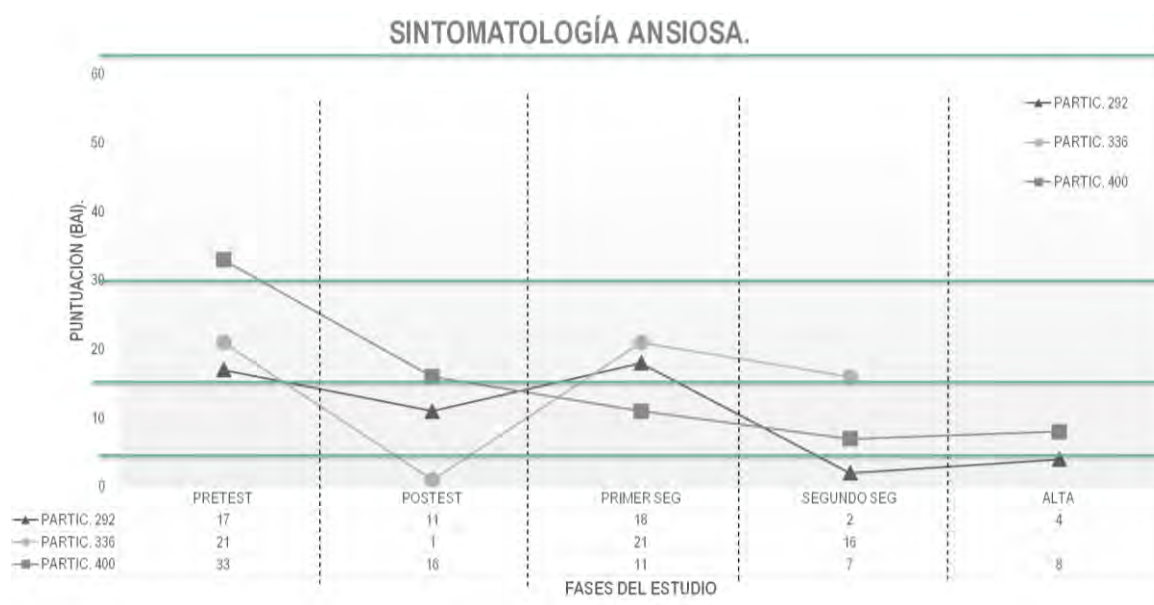
Sin embargo, para el primer seguimiento, que coincidió con su ingreso a una institución como prestadora de servicio social, repuntó este nivel de sintomatología a “moderado” con dieciocho puntos. Para el segundo seguimiento mostró un nivel mínimo de ocho puntos y refirió mejoría en la adquisición y puesta en práctica de habilidades profesionales y personales. Para el tercer seguimiento mostró un nivel de sintomatología mínimo con cuatro puntos.

En cuanto a la paciente que recibió el tratamiento de las cinco sesiones del taller grupal (336) mostró un nivel moderado de sintomatología con veintiún puntos previo a la intervención. Para el momento de la

conclusión de las cinco sesiones, mostraba un nivel leve con once puntos, sin embargo, para el primer seguimiento en que aún continuaba en tratamiento reportó un nivel moderado con veintiún puntos, y para el segundo seguimiento en que había abandonado el tratamiento individual reportó un nivel moderado con dieciséis puntos. En el seguimiento, sobre dicha situación mencionó que “no he practicado las estrategias dado que no me ha dado tiempo” (sic) ante lo cual se repasaron con ella las estrategias sin resultados en cuanto al seguimiento del cumplimiento de las tareas.

Con ello, se puede observar cómo la adherencia a las instrucciones y procedimientos entrenados suele resultar en una disminución de síntomas ansiosos. Una visualización esquemática de este efecto clínico, se muestra en el gráfico 39.

Figura 39. Puntuaciones de sintomatología ansiosa grupal obtenidas a lo largo del estudio.



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Postest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Orientación Positiva ante los Problemas

De acuerdo a lo planteado por Nezu, Nezu y D' Zurilla (2014) se observa que la orientación positiva a los problemas, es decir, su concepción de ellos como retos, (más que sólo como amenazas) situaciones que dejarán aprendizajes y la posible existencia de una alternativa de solución a implementarla por sí mismos, dados sus recursos constituyen cogniciones que proveen un fuerte apoyo a la recuperación de estados funcionales y adaptativos.

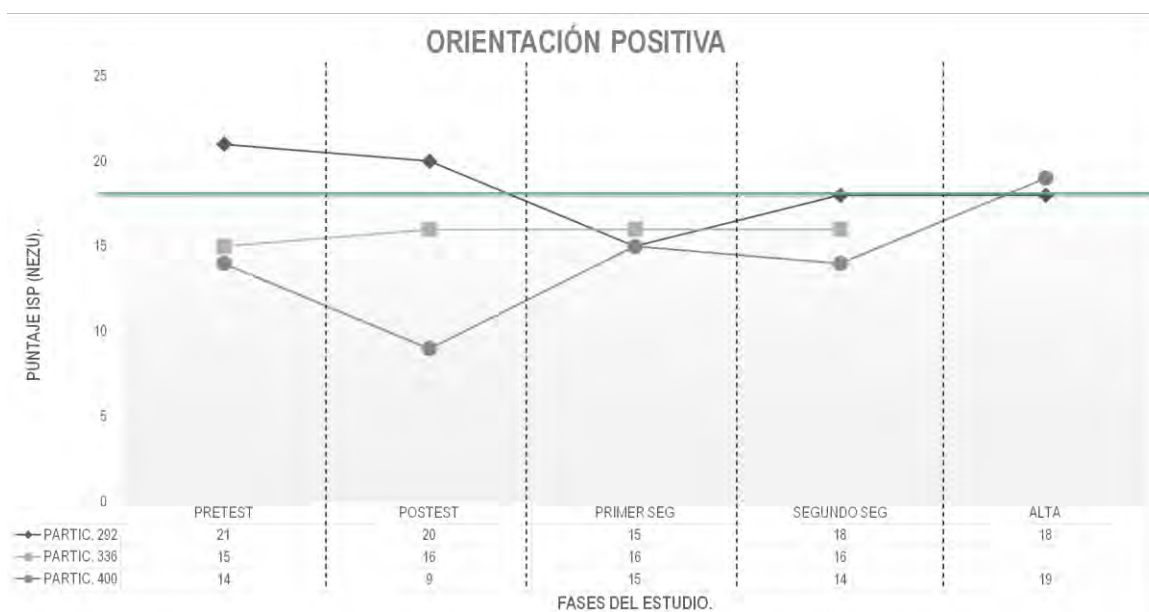
Como ejemplo, se puede visualizar la adquisición de ésta orientación cognitiva a los problemas en la participante 400 quien inició con un puntaje en orientación negativa de catorce de veinticinco puntos posibles. Para la segunda evaluación, posterior a las tres sesiones de intervención mostró un decremento al obtener nueve puntos, para el primer seguimiento presentó una puntuación de quince puntos y para el segundo seguimiento de catorce puntos, concluyendo así en el último seguimiento con 19 puntos. De acuerdo a la literatura de investigación clínica la paciente cuenta con un conjunto de habilidades para llevar a cabo la evaluación de sus problemas con una orientación más útil y adaptativa.

La participante 336, quien recibió la intervención de cinco sesiones presentó un mantenimiento en orientación positiva a sus problemas a lo largo del estudio. En la primera evaluación, previa a la intervención presentaba una puntuación de 15 de 25 puntos posibles y a lo largo de la segunda evaluación, después de las sesiones de intervención, en el primer y segundo seguimiento mantuvo la puntuación de dieciséis puntos. Aparentemente aunque poseía las características de esta orientación, en algunas situaciones éstas se podrían ver beneficiadas de entrenamiento adicional.

Por último, la paciente 292 mostró una orientación positiva aunque fluctuante ante sus problemas a lo largo de la intervención. Inició la primera aplicación con un puntaje de veintiuno de veinticinco puntos

posibles. Hacia la finalización de las tres sesiones de tratamiento obtuvo un puntaje de veinte, para su primer seguimiento fecha en que ingresó a la realización del servicio Social mostraba una puntuación de quince. Finalmente, para el segundo y tercer seguimiento mostró una puntuación de 18 que indica que la participante cuenta con la habilidad para llevar a cabo la evaluación de los problemas bajo ésta orientación (Figura 40).

Figura 40. Puntuaciones grupales obtenidas en el instrumento respecto a la orientación positiva a los problemas obtenida a lo largo del estudio.



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Postest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Solución Planificada al Problema.

De acuerdo a lo propuesto por Nezu et al. (2014) la solución planificada de los problemas, definida como la instrumentación de los cinco pasos para la solución de un problema de forma sistemática: 1. orientación al problema, 2. definición operacional, 3. generación de alternativas, 4. balance decisional, y 5. implementación y seguimiento reducen el impacto emocional negativo y fomentan el autocontrol en la toma de decisiones

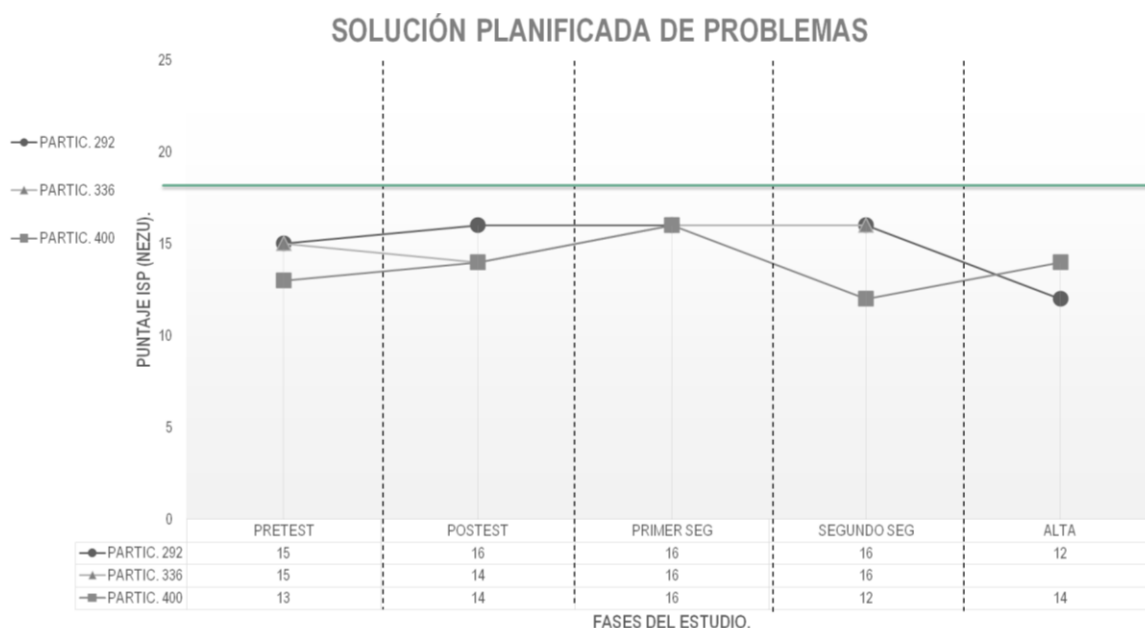
La adquisición de esta ejecución de la solución de los problemas se mantuvo en el mismo nivel en que las participantes lo llevaban a cabo o bien disminuyó a lo largo del tratamiento, lo cual muestra que no es suficiente con mostrar a las participantes cómo llevarla a cabo mediante el modelamiento.

La participante 292, mostró una puntuación de quince puntos de veinticinco máximos, tras la primera evaluación. Después del primer y segundo seguimiento se mantuvo una puntuación de dieciséis que indica que a pesar de que la participante parece contar con los recursos podría verse mejorada ésta habilidad si contara con más entrenamiento. Para el tercer seguimiento se observó una puntuación de doce puntos en que la paciente parece estar implementando pocas estrategias de planificación para la resolución de problemas sociales.

La participante 336 quien recibió la intervención de cinco sesiones mostró un mantenimiento en ésta manera de solución de problemas, presentando una puntuación de quince de veinticinco. Para la evaluación posterior a la intervención puntuó en catorce y, tras el primer y segundo seguimiento se mantuvo un ligero incremento en las puntuaciones con un total de dieciséis. Clínicamente esto la coloca en un rango que indica que ésta estrategia podría mejorarse con entrenamiento más específico o adicional.

Por último, la paciente 400 mostró oscilaciones en sus puntuaciones, inició la primera aplicación con un puntaje de trece de veinticinco puntos posibles. Para la finalización de las tres sesiones de tratamiento obtuvo un puntaje de nueve, que indicó una carencia de tales estrategias. Para su primer seguimiento mostraba una puntuación de dieciséis y para el segundo fue de doce puntos. Al tercer seguimiento mostró una puntuación de catorce que clínicamente indica que si bien cuenta con los recursos, no parece aplicarlos sistemáticamente (además de haberse dado claras fluctuaciones en lo demandante de sus problemas) por lo que podrían potenciarse con entrenamiento adicional o más focalizado en éste grupo de destrezas cognitivas (Figura 41).

Figura 41. Puntuaciones grupales obtenidas en el instrumento respecto a la solución planificada a los problemas obtenidas a lo largo del estudio.



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Postest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Orientación Negativa al Problema

De acuerdo a lo planteado por Nezu et al. (2014), ésta se define como la orientación ante un problema de que impide la visualización de estrategias externas o internas para su solución, pues el individuo las considera especialmente difíciles o imposibles de superar. También es posible que evalúe sus propias carencias como condición insuperable de su problemática. Normalmente esto lleva al mantenimiento de una emoción negativa por mucho más tiempo y a la anulación de sus estrategias de afrontamiento.

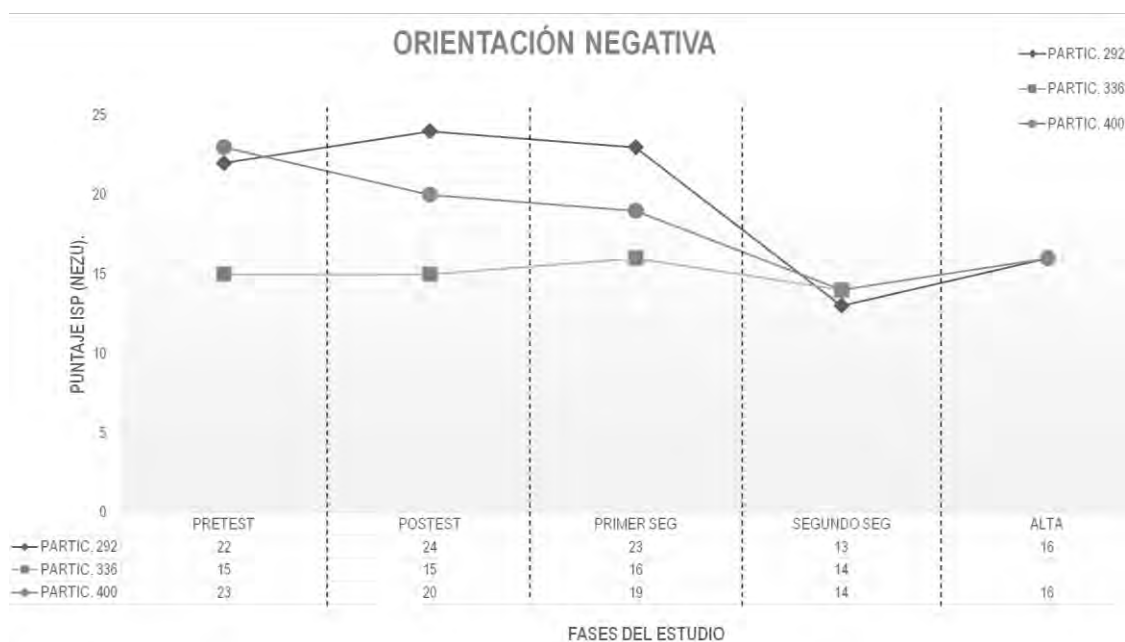
En este contexto, la participante 292, inició con una puntuación de veintidós puntos de veinticinco máximos, tras la primera evaluación después de recibir las tres sesiones de intervención, este puntaje incrementó a veinticuatro puntos. Después del primer seguimiento obtuvo un puntaje de veintitrés y en el segundo se observó un decremento que llegó a los trece puntos. Sin embargo, para el último seguimiento incrementó a dieciséis puntos lo que indica que, a pesar de no llegar a ser incapacitante, su orientación negativa se encuentra en niveles que oscilan hasta tocar valores de positividad y, por ende, más impredecible de la manera en que leerá una problemática a futuro.

La participante 336 presentó puntuaciones estables, con poca variación en cuanto a ésta perspectiva negativa de los problemas. Inició con una puntuación de quince de veinticinco y para la evaluación posterior a la intervención se mantuvo en quince. Tras el primer seguimiento ésta incrementó a dieciséis puntos y después de la segunda evaluación quedó en catorce.

Por último, la paciente 400 mostró una disminución ligera en las puntuaciones, inició la primera aplicación con un puntaje de veintitrés de veinticinco puntos posibles. Para la finalización de las tres sesiones de tratamiento recibidas obtuvo un puntaje de veinte, que aún representaría un estilo poco saludable de leer los problemas. Para su primer seguimiento mostraba una puntuación de diecinueve y para el

segundo fue de quince puntos y para el tercer seguimiento, dieciséis que indica que aún presenta dificultades para afrontar los problemas bajo ésta visión negativa (Figura 42).

Figura 42. Puntuaciones grupales obtenidas en el instrumento respecto a la orientación negativa a los problemas obtenidas a lo largo del estudio.



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Estilo de solución Impulsivo/ Descuidado

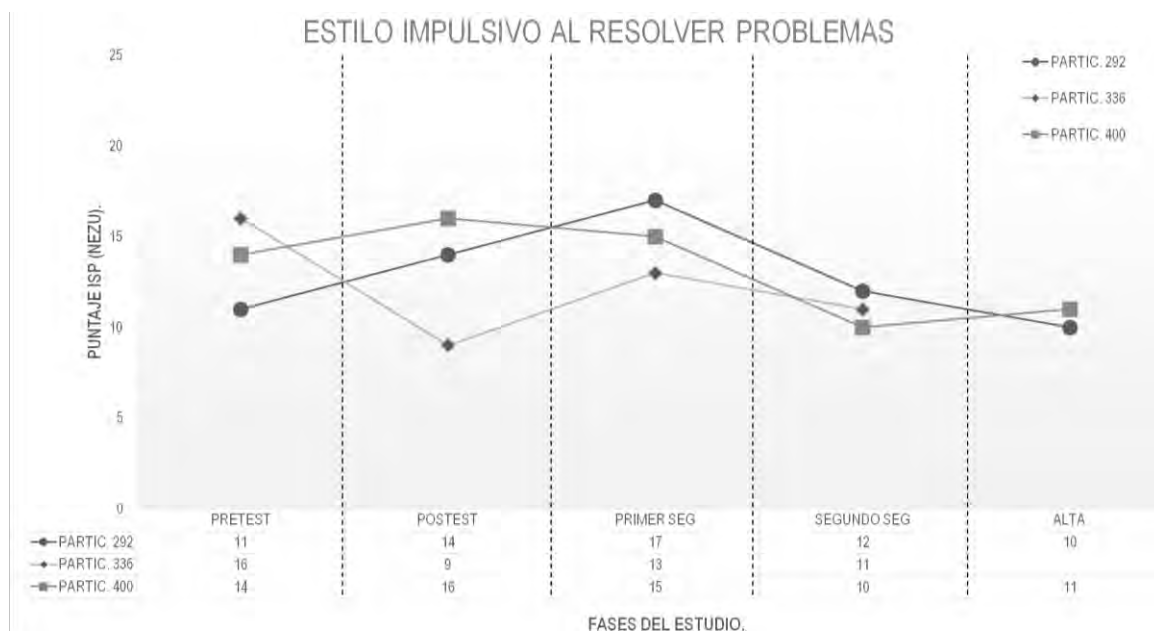
Nezu et al. (2014) explican que este estilo de solución de problemas implica intentos apresurados, limitados e incompletos al resolverlos. Se consideran pocas alternativas de solución y se opta por la primera que surge, es un estilo poco sistemático, el cual se observó que se mantuvo, en lo general, a lo largo del estudio (Figura 43).

La participante 292, mostró una puntuación de diecisiete puntos de veinticinco máximos, tras la primera evaluación ésta puntuación incrementó a dieciocho y para el primer seguimiento incrementó a diecinueve, que de acuerdo a la literatura al tener esta puntuación mejora levemente su estilo de solución. Para el segundo seguimiento decrementó a una puntuación de diecisiete y para el tercer seguimiento se observó una puntuación de catorce puntos en que la paciente concluye con una menor probabilidad al momento de la evaluación de emplear este estilo resolutivo sin embargo, sigue siendo relativamente predominante.

La participante 336 quien recibió la intervención de cinco sesiones también presentó variabilidad en este rubro. Inicialmente presentó una puntuación de dieciséis de veinticinco puntos, para la evaluación posterior a la intervención puntuó en once. Sin embargo, considerando el contexto de haber abandonado el tratamiento, para el primer seguimiento este estilo incrementó a quince puntos y para el segundo seguimiento a trece puntos que indica que a pesar de no ser el estilo predominante en la paciente sí se encuentra presente en la solución de algunos de sus problemas.

Por último, la paciente 400 mostró reducciones graduales en éste estilo de solución, inició con un puntaje de veintitrés puntos de veinticinco, que indicaba la predominancia del estilo impulsivo-descuidado. Para la finalización de las tres sesiones de tratamiento obtuvo un puntaje de quince, para su primer seguimiento mostraba una puntuación de dieciséis y para el segundo fue de doce puntos. Es así que al tercer seguimiento se encontró una puntuación de trece que indica que la participante no utiliza este estilo descuidado como predominante.

Figura 43. Puntuaciones grupales obtenidas en el instrumento respecto a estilo impulsivo/ descuidado de los problemas obtenidas a lo largo del estudio



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Postest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Estilo de solución Evitativo.

Nezu et al. (2014) plantean que el estilo de solución de problemas se define como conductas de procrastinar (postergar decisiones y soluciones), pasividad, inacción y dependencia a los demás. Este estilo disminuyó ligeramente en las participantes del estudio (Figura 44).

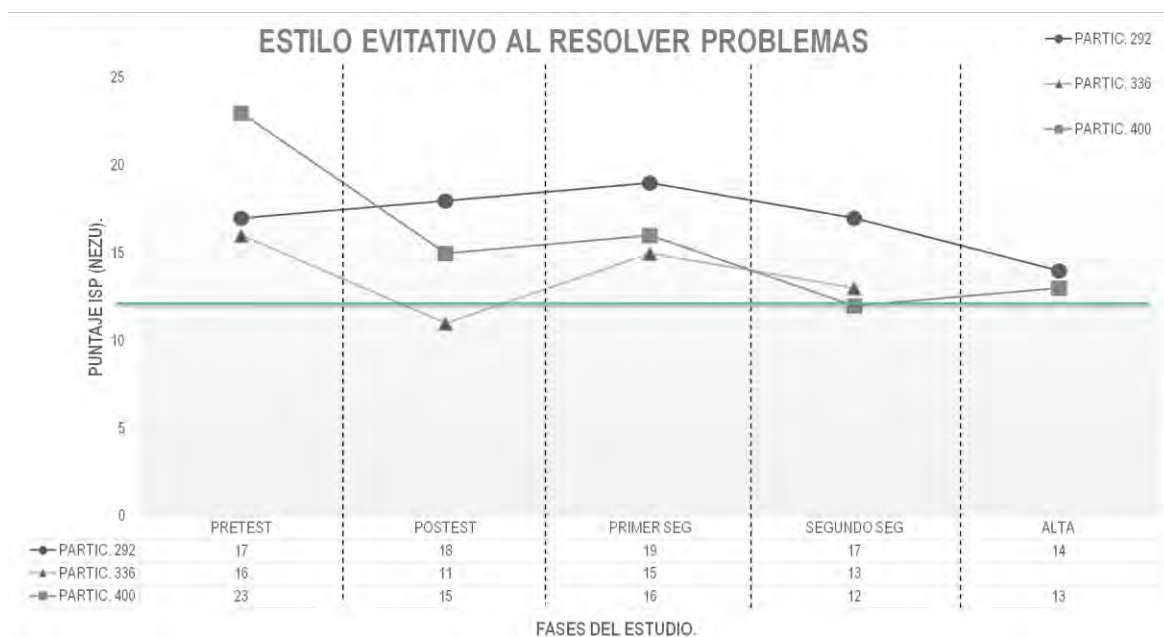
La participante 292, mostró una puntuación de once puntos de veinticinco máximos, tras la primera evaluación ésta puntuación incrementó a catorce y para el primer seguimiento incrementó a diecisiete. Acorde a la literatura de investigación clínica, esta puntuación representa este estilo de resolución como predominante en la persona, se incrementó cuando la paciente ingresa a la realización de su servicio social (con sus probables demandas inmediatas).

Para el segundo seguimiento decrementó a una puntuación de doce y para el tercer seguimiento se observó una puntuación de diez puntos. La paciente concluye con una menor probabilidad al momento de la evaluación de emplear este estilo resolutivo sin embargo, sigue siendo relativamente notoria.

La participante 336 quien recibió la intervención de cinco sesiones presentó más variabilidad en este rubro, inicialmente presentó una puntuación de dieciséis de veinticinco puntos, para la evaluación posterior a la intervención puntuó en nueve, una reducción considerable. Después del tratamiento, de hecho, al abandonarlo, para el primer seguimiento este estilo incrementó a trece puntos y para el segundo seguimiento disminuyó de nuevo a once. Lo cual clínicamente indica que a pesar de no ser el estilo predominante en la paciente sí se encuentra presente en la solución de algunos de sus problemas.

Por último, la paciente 400 mostró reducciones paulatinas en éste estilo de solución, inició con un puntaje de catorce de veinticinco puntos, que indica predominancia de este estilo. Para la finalización de las tres sesiones de tratamiento obtuvo un puntaje de dieciséis, para su primer seguimiento mostró una reducción a quince puntos y para el segundo, diez puntos. Así, al tercer seguimiento se encontró una puntuación de once que indica que la participante prácticamente no utiliza el estilo evitativo como predominante.

Figura 44. Puntuaciones grupales obtenidas en el instrumento respecto al estilo evitativo a los problemas obtenidas a lo largo del estudio.



Nota: Las fases de Estudio se describen con los títulos *Pretest* (evaluación previa a la intervención), *Posttest* (evaluación al momento de finalizar las tres sesiones de intervención en esta paciente), *Primer Seguimiento* (tras 3 meses), *segundo seguimiento* (tras 6 meses) y *Alta* (a los 9 meses posteriores a la intervención).

Discusión

A lo largo del presente estudio se logra observar la importancia que tienen las habilidades sociales para la ejecución de las tareas interpersonales que probablemente repercutan en su funcionamiento académico, lo cual concuerda con buena parte de la literatura existente al respecto.

En lo general se puede concluir que las pacientes mejoraron (aunque en diversas medidas y respecto a diferentes variables clínicas) tanto en la adquisición de destrezas interactivas (sociales) como en la reorientación cognitiva de algunas creencias disfuncionales (distorsionadas) y en su capacidad de autorregularse emocionalmente.

Como se vio, en los posibles efectos de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva profunda, se resalta la relevancia que tiene el hecho de que los pacientes lleven a cabo las tareas que se les asignan, así como la práctica constante de las habilidades, a fin de facilitar que estas se conviertan en habituales.

Se propone, dadas las puntuaciones y resultados referidos, la necesidad de incluir en las intervenciones clínicas para esta población las estrategias clínicas del modelo de solución de problemas para favorecer el afrontamiento de las demandas, no sólo en cuanto a las habilidades sociales sino a muy diversas situaciones vitales a las que se enfrenta el ser humano.

Esto permitió observar la complejidad de las habilidades sociales a lo largo de los momentos y demandas a los que se enfrentan los estudiantes universitarios, dado el momento de su vida, el tipo de decisiones que requieren tomar, agregando las presiones familiares y económicas. Además de que el ambiente que demanda a estas habilidades sociales (las específicamente académicas) en sentido interpersonal hace énfasis en el rendimiento y perfeccionamiento de las mismas, como preparación para su eventual vida laboral.

En términos de precauciones y precisión metodológica respecto de la obtención de datos “duros” asociados a las reacciones emocionales, para estudios futuros en esta línea de trabajo clínico se sugiere incluir instrumentos más precisos de temperatura distal periférica, probablemente con termómetros de lectura de “rebote” láser, durante los entrenamientos de exposición. Lo anterior permitirá corroborar la variación de esta activación fisiológica y con ello retroalimentar las estrategias de intervención y entrenamiento en la regulación de la sintomatología ansiosa durante la ejecución de las habilidades sociales.

Es de destacarse la concordancia observada entre el auto informe respecto a las situaciones vividas por las pacientes con los componentes conductuales y cognitivos de las habilidades sociales, ya que permitió cotejar la adquisición de las habilidades a partir de la instrumentación de las estrategias clínicas.

Se lograron establecer algunos seguimientos a nueve meses lo que permitió identificar la permanencia relativa de estas habilidades sociales y compararla con quienes no terminaron el entrenamiento o no se expusieron a él con mayor profundidad. A su vez las entrevistas de cada seguimiento permitieron identificar algunas razones de los resultados así como el progreso general de las pacientes.

El manejo clínico que se hizo con las pacientes a lo largo del estudio fue acorde a los procedimientos establecidos para la obtención de datos que permitan la evaluación objetiva y no transgredan las normas éticas establecidas por el código ético del psicólogo.

El procedimiento seguido para la recolección y transcripción de los datos fue mediante audio y video grabación; posteriormente el análisis por expertos y el registro de uno de los más confiables indicadores psicofisiológicos de las reacciones emocionales (la toma de temperatura) permitió obtener datos consistentes de bajo costo, que resulta fundamental para contribuir a la confiabilidad y credibilidad de los referentes clínicos.

Finalmente, la variabilidad de los resultados clínicos y su permanencia merece un comentario. Las intervenciones clínicas instrumentadas en el presente estudio se realizaron en modalidad grupal, aunque algunos aspectos de la recolección de datos se hicieron individualmente. Es probable que algunos colegas, clínicos cognitivo-conductuales argumenten que la probabilidad de mejoría clínica se lograría de manera más aceptable en intervenciones individuales.

Si bien esta posibilidad merece atención, y seguramente se ha documentado en otras experiencias, es de destacarse que el enfoque inicial del presente estudio, aunque con variables clínicas, fue de naturaleza educativa al tratarse de una intervención tipo taller. Es claro, sin embargo, que esta comparación aún requiere estudios adicionales, sobre todo en instituciones públicas de atención a la salud, dadas las características sociodemográficas y culturales de los usuarios habituales de esos servicios y las serias restricciones de recursos en ellas.

Referencias

- Agudelo, D. M., Casadiegos, C. P. & Sánchez, D. L. (2008). Características de Ansiedad en Estudiantes Universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023503006>
- Alcaraz, V. M. (2001). *Estructura y función del sistema nervioso: recepción sensorial y estados del organismo*. México: Manual Moderno.
- Alden, L. E. & Bieling, P. (1997). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behavior Research and Therapy*, 36(1), 53-64. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00072-7
- Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J. & Taylor, C. T. (2008). The effect of a single-session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal Abnormal Psychology*, 117(4), 860-868. doi: 10.1037/a0013445
- Antona, C. J. & García-López, L. J. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 281- 292. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80500206>
- Artazcoz, L., Escriba-Agüir, V. & Cortés, I. (2006). El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 71-78. doi: 10.1157/13086029
- Balanza, S., Morales, I. & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200006&Ing=es&tIng=es.

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. doi: 10.1176/ps.37.4.405
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beech, H. R., Burns, L. E. & Sheffield, B. F. (1982). *A behavioural approach to the management of stress*. Londres: John Wiley and Sons.
- Benson, H., & Klipper, M. (1976). *The relaxation response*. Nueva York: Avon Books.
- Boschen, M. J. & Oei, T. P. (2008). A cognitive behavioral case formulation framework for treatment planning in anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 25(10), 811-823. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/17385728/>
- Butcher, J. N., Mineka, S. & Hooley, J. M. (2007). *Psicología clínica*. Madrid: Pearson Educación.
- Caballo, V. E. & Buela, G. (1988). Molar/molecular assessment in an analogue situation: relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and motors skills*, 67(2), 591-602. doi: 10.2466/pms.1988.67.2.591
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

- Caballo, V. & Anguiano, S. (2002). Estrés, estilos de personalidad y contratiempos cotidianos. En L. Reynoso e I. Seligson (Coords.), *Psicología y Salud*. (pp. 71-103). México: UNAM/CONACYT.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P. & Olivares, J. O. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(3), 401-422. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4916443>
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 91-120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79880106>
- Cano-Vindel, A. (2011a). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 157-184. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3750748>
- Cano-Vindel, A. (2011b). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 75-95. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/230580870>
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González, H. & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf
- Cardona-Arias, J. A., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J. & Reyes, A. (2015). Prevalencia de Ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas- Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89. doi: 10.15332/s1794-9998.2015.0001.05

- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-251. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/58932>
- Chaves, E. M., Gomes, N., Russel, R. & Werner, S. R. (2005). Psicología da Saúde Hospitalar: Da formacao a realidade. *Universitas Psychologica*, 4(1), 49-54. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttextt&pid=S1657-92672005000100007&Ing=pt&tIng=.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Decleé de Brouwer.
- Contreras-Torres, F. V., Espinosa-Méndez, J. C. & Esguerra-Pérez, G. A. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universtarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n2/v8n2a02.pdf>
- D´Zurilla, T. J. & Sheedy, C. F. (1992). Relation between social problem-solving ability and subsequent level of psychological stress in college students. *Journal of personality y Social psychology*, 61(5), 841-846. doi: 10.1007/BF01175144
- Dell’Osso, L., Rucci, P., Ducci, F., Ciapparelli, A., Vivarelli, L., Carlini, M., Ramacciotti, C. & Cassano, G. B. (2003). Espectro de ansiedad social. *Social Anxiety Spectrum*, 253, 286-291. doi: 10.1007/s00406-003-0442-5
- Díaz-Facio, M. V. (2010). La Psicología de la Salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 2(3), 57-71. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005

- Espinosa, J. C., Contreras, F. V. & Esguerra, G. A. (2009) Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5 (1), 87-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916259008>
- Gálvez, J. F. (2005). Trastornos por estrés y sus repercusiones neuroendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (1), 77-100. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- García, L. J. (2013). *Tratando el Trastorno de Ansiedad Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García, C. R. (2005). Habilidades sociales, clima familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11, 63-74. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100008
- Genoveva, R., Navarro- Segura, L. & López, P. (2014). El aprendizaje de las habilidades sociales en la universidad. Análisis de una experiencia formativa en los grados de educación social y trabajo social. *Formación Universitaria*, 7(4), 25-38. doi: 10.4067/S0718-50062014000400004
- Greene, A. M., Bailey, C. R. & Neumeister, A. (2013). A biopsychosocial approach to anxiety. En Stahl, S. M. & Moore, B. A. (Eds.), *Anxiety disorders: a guide for integrating psychopharmacology and psychotherapy* (pp. 25-51). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271

- Hamberger, L. K. & Lohr, J. M. (1984). *Stress and stress management: research and applications*. New York: Springer.
- Hartley, C. A. & Phelps, E. A. (2010). Changing Fear: the neurocircuitry of emotion regulation. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 35 (1), 136–146. doi: 10.1038/npp.2009.121
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1995). La Psicología preventiva: su validez y eficacia en el contexto de la Psicología conductual. *Psicología Conductual*, 3(2), 173- 182. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1995/art03.2.03.pdf>
- Hernández- Santillán, G. A. (2013). Trastornos de ansiedad en consulta externa de Medicina del centro de atención primaria. *Revista cuerpo Médico HNAAA*, 6(1), 14-18. Recuperado de <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/220/202>
- Herrera-Covarrubias, D., Coria-Ávila, G. A., Muñoz-Zavaleta, D. A., Grailet-Mora, O., Aranda-Abreu, G. E., Rojas-Durán, F., Hernández, M. E. & Ismail, N. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Neurobiología*, 8 (17), 2-23. Recuperado de <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/HTML.html>
- Hidalgo, C. G. & Abarca, N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana en Psicología*, 22 (2), 265-282. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80522205>
- Holas, P. & Suszek, H. (2016). Group Process and Therapeutic Protocol of Intensive Transdiagnostic Group Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Personality Disorders in a Day Clinic. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66 (3), 422-430. doi: 10.1080/00207284.2016.1156405

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706
- Jimenez-Cruz, B. & Riveros, A. (2016). Confianza para hablar en público y autoeficacia en estudiantes de contaduría, administración e informática. *Memoria XXI Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática*, 5-7 de octubre, CDMX, ISSN: 2395-8960, 1-18.
- Kariuki, C. M. & Stein, D. J. (2013). Social Anxiety Disorders. En Stahl, S. M. & Moore, B. A. (Eds.) *Anxiety disorders: a guide for integrating psychopharmacology and psychotherapy* (pp. 221-239). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Kelly, J. A. (2002) *Entrenamiento en Habilidades Sociales: Un guía práctica para las intervenciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kessler, R. (1994). The National Comorbidity Survey. *International Review in Psychiatry*, 6, 365-376. doi: 10.3109/0954026940902327
- Landa, R. E., Martínez, B. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Medicina basada en evidencia y su importancia en la Medicina Conductual. *Psicología y Salud*, 23(2), 273-282. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/508>
- Latorre, J. M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J. M., Mae, C. & Cano-Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37-45. doi: 10.4321/S1699-695X2012000100007

- Lazarus, R. S. & Cohen, J. B. (1977) Environmental Stress. En Altman, I., Wohlwill, J. F. (eds.). *Comportamiento Humano y Medio Ambiente*. (pp. 89- 127). doi: 10.1007/978-1-4684-0808-9_3
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lewis, B. & O'Neill, K. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 25 (2), 295-299. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00063-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00063-5)
- Libertad, M. A. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso de salud-enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275- 281. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&Ing=es&tIng=es.
- Mahoney, M. J. (1983). *Cognición y Modificación de Conducta*. México: Trillas
- Martín, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 87-99. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11441/12812>
- Martínez-Otero, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la facultad de Educación. *Revista de la facultad de Albacete*, 29(2), 63-78. doi: 10.1016/j.riem.2016.03.001
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. doi: 10.1037/0003-066X.35.9.807
- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J., & D'Zurilla, T. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the revised Social Problem-Solving Inventory-

Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, 29(4), 699-708. doi: 10.1016/S0191-8869(99)002

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M.C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/articulos/encuesta_%20patologia_mental.pdf

Merino, C. (2012). Forma breve del SPSI-R: Análisis preliminar de su validez interna y confiabilidad. *Terapia psicológica*, 30 (2), 85-90. doi: 10.4067/S0718-4808e2012000200009

Morris, L. W., Davis, M. A., & Hutchings, C. H. (1981). Componentes cognitivos y emocionales de la ansiedad: revisión de la literatura y una escala revisada de preocupación-emocionalidad. *Journal of Educational Psychology*, 73(4), 541-555. doi: 10.1037/0022-0663.73.4.541

Navas, O. W. & Vargas, B. M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69 (604), 497-507. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38298>

Nerez, D. R. & Leventhal, H. (1983). *Coping with chronic disease: Research and applications*. New York: Academic Press.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. Mexico: Manual Moderno.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & D'Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de Solución de Problemas. Manual de Tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology. A Textbook*. New York: Mc Graw Hill.
- O'Hare, T. (1990). Drinking in college: Consumption patterns, problem, sex differences, and drinking age. *Journal of Studies on Alcohol*, 51 (6), 536-541. doi: 10.15288/jsa.1990.51.536
- Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas de informe compendiado. *Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud*, 1-67. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Orlandini, A. (2012). *El estrés. Qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ortega, J. (2014). Estrés y Evaluación psicológica: un acercamiento teórico relacionado al concepto de resiliencia. *Anuario de Investigaciones*, 21, 297-303. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994030>
- Oyarzún, G., Estrada, C., Pino, E. & Oryazún, M. (2012). Habilidades sociales y rendimiento académico: una mirada desde el género. *Acta colombiana de Psicología*, 15(2), 21- 28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79825836011>
- Owen, D. (1996). Study of college student drinking pattern's and the mediating effects of gender identify and social anxiety. *Dissertation Abstracts International*, 56, 3513-A.
- Papalia, D. E., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México: Mc GrawHill.

- Pérez, M. Á. & Redondo, M. M. (2002). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia. *Edupsykhe*, 1(1), 115-138. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617822004>
- Peurifoy, R. Z. (2005). *Anxiety, phobias, and panic*. New York: First Warner Books Printing.
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universidad Psicológica de Bogotá*, 5(3), 669-679. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672006000300019&lng=es&nrm=is
- Prette del, A. & Prette del, Z. A. P. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7(1), 27-47. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1999-13782-001>
- Repa, J. C., Muller, J., Apergis, J., Desrochers, T. M., Zhou, Y. & Le Doux, J. E. (2001). Two different lateral amygdala cell populations contribute to the initiation and storage of memory. *Nature Neuroscience*. 4, 724-731. doi: 10.1038/89512
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología de la Salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Río del, I. Y. (2006). Estrés y Sueño. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1), 15-20. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=13984>
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M., & Páez, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54-62. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328008>

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Paéz, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista mexicana de Psicología*, 18, 211-218. Recuperado de <http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia/articulo/version-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas>
<http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia/articulo/version-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas>
- Rosas-Santiago, F. J. Siliceo-Murrieta, J. I., Tello-Bello, M. A., Temores-Alcántara, M. G. & Martínez-Castillo, A. A. (2016). Ansiedad, depresión y modos de afrontamientos en estudiantes pre universitarios. *Salud y Administración*, 3(7), 3-9. Recuperado de http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol3num7/A1_Ansiedad.pdf
- Salazar, D. A., Castillo, T., Pastor, M. P., Tejada-Tabayas, L. M. & Palos, A. G. (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/ obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia la promoción de la Salud*, 21 (2), 99-113. doi: 10.75151/hpsal.2016.21.2.8
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A. & González-Cabrera, M. (2015). Competencias sociales en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. *Educación Médica*. 16 (2), 126-130. doi: 10.1016/j.edumed.2015.09.005
- Sanders, S. K. & Shekhar, A. (1995) Regulation of anxiety by GABA_A receptors in the rat amygdale. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 52, 701-706. doi: 10.1016/0091-3057(95)00153-N
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

- Selye, H. (1950). The physiology and pathology of exposure to stress. A treatise based on the concepts of the general- adaptation- syndrome and the Diseases of Adaptation. *Journal of the American Medical Association*, 144(16), 1414. doi: 10.1126/science.113.2938.462-a
- Selye, H. (1956). *El estrés de la vida*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115, 53-56. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878603/>
- Serrano, C., Rojas, A. & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 15, 47- 60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>
- Sierra, J. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividad*, 3(1), 10-59. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Skinner, B. F. (1982). *Contingencias de Reforzamiento. Un análisis teórico*. México: Editorial Trillas.
- Souza, M. (2008). Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(3), 215-226. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn083i.pdf>
- Szádóczy, E., Rózsa, S., Zambori, J. & Füredi, J. (2004). Anxiety and mood disorders in Primary Care practice. *Internacional Journal of*

Psychiatry in Clinical Practice, 8, 77-84. doi:
10.1080/13651500310004966

Torre de la, M. T., Morera O. F., & Wood, J. M. (2010). Measuring social problem solving using the Spanish Version for Hispanics of the Social Problem Solving Inventory-Revised. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16, 501-506. doi: 10.1037/a0021372

Valdes, M. (2016). *El estrés. Desde la biología hasta la clínica*. Madrid: Editorial Ilusbook.

Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. España: Editorial Síntesis.

Verano-Tacoronte, D. & Bolívar-Cruz, A. (2015). La confianza para hablar en público entre los estudiantes universitarios. *Donostia*, 29, 1-15. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/278678140_La_confianza_para_hablar_en_publico_entre_los_estudiantes_universitarios

Virgen, R., Lara, A. C., Morales, G. & Villaseñor, S. J. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-11, Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf

Voncken, M. J., Alden, L. E., Bögels, S. M. & Roelofs, J. (2008). Social rejection in social anxiety disorder: the role of performance deficits, evoked negative emotions and dissimilarity. *British Journal of Clinical Psychology*. 47(4), 439-450. doi: 10.1348/014466508X334745

Wells, A. & Clark, D. M. (1997). Social phobia: A cognitive approach. En W. R., Crozier & L. I., Alden (Eds.), *Phobias: A handbook of*

description, treatment and theory (pp. 3-26). Inglaterra: British Library.



Wilcox, M. R. (2011). Factores de riesgo y protección para el rendimiento académico: un estudio descriptivo en estudiantes de Psicología de una universidad privada. *Revista Iberoamericana de Educación*, 55(1), 1-9. Recuperado de rieoei.org/deloslectores/3878Wilcox.pdf

Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.

Zárate, S., Acevedo-Triana, C., Sarmiento-Bolaños, M. J. & León, L. A. (2014). Efectos del estrés sobre los procesos de plasticidad y neurogénesis: una revisión. *Universitas Psychologica*, 13(3), 15-47. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-3.eepp

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado proporcionado a los pacientes.

 <p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL</p>	<p>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR GUILLERMO DAVILA" CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	 <p>Facultad de Psicología</p>
--	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de iniciar el proceso de admisión para recibir terapia en este Centro es importante que lea y esté de acuerdo con los siguientes puntos:

1. El proceso de admisión consta de 2 pasos (1.- Entrevista Inicial, 2.- Evaluación), que se llevan a cabo en días y horarios establecidos por este Centro.
2. Si usted no concluye el proceso de admisión su solicitud causará baja.
3. Si después de la baja usted desea aún recibir el servicio, durante los próximos seis meses deberá solicitar su reingreso, siendo atendido de acuerdo a la disponibilidad del Centro. Si lleva usted más de seis meses de haberse dado de baja, deberá iniciar el proceso de admisión solicitando una cita de primera vez en las fechas programadas para este fin.
4. Es necesario que usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación, de lo contrario cubrirá la cuota de la sesión que no haya asistido (el teléfono del Centro es 56222309). Es importante que tome en cuenta que dos inasistencias sin avisar, o dos inasistencias seguidas pueden ocasionar la cancelación del servicio, sin posibilidad de reingreso inmediato.
5. Al concluir el proceso de admisión, su expediente puede ser asignado al área de prevención o de tratamiento, en ésta última puede ser en la modalidad de grupo o individual. No obstante que haya realizado el proceso de admisión, esto no obliga al Centro a proporcionar atención psicológica requerida.
6. El personal del Centro se comunicará vía telefónica con usted para informarle del día y la hora en que iniciará tratamiento. Esta llamada puede realizarse entre 15 y 90 días después de concluir el proceso de admisión, lo cual dependerá de la disponibilidad de nuestros programas.
7. Los horarios de asignación para los diferentes servicios terapéuticos se asignan de acuerdo a los horarios de los psicólogos en formación, así como los espacios físicos disponibles en este Centro.
8. **UNA VEZ ASIGNADO SU HORARIO DE TRATAMIENTO Y MODALIDAD, NO ES POSIBLE HACER AJUSTES O CAMBIOS**, ya que esta alternativa de servicio es la opción que el Centro puede ofrecerle.
9. Una vez asignado el servicio correspondiente con el terapeuta responsable, es a criterio de éste la frecuencia y el número total de sesiones que usted debe acudir.
10. Dado que este Centro es una institución de formación de educación superior y posgrado, es importante considerar lo siguiente:
 - a) La atención que se brinda en el Centro, es realizada por estudiantes de los últimos semestres de la Licenciatura, así como de estudiantes de especialidades, maestría y doctorado. En todos los casos están supervisados.
 - b) La duración de los servicios corresponde a la modalidad de terapia breve (no más de 20 sesiones).
 - c) En algunas ocasiones las sesiones de terapia pueden ser observadas en Cámara de Gesell, transmitidas de forma directa o diferida dentro de la



- Facultad y fuera de ella o ser grabadas en audio y/o video con fines educativos y de investigación.
- d) Las actividades del Centro de Servicios Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias, pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
11. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta o negarse a participar en procedimientos específicos que se le soliciten o incluso dejar la terapia. Sin embargo, es importante que considere que la información recopilada favorece su tratamiento.
 12. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial. Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del "Expediente Clínico del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Le solicitamos leer el aviso de "Protección de datos personales" que se encuentra en la recepción de este Centro.
 13. El personal del Centro **NO** está autorizado para ofrecerle ningún tipo de apoyo psicológico fuera de nuestras instalaciones y bajo ninguna circunstancia recibe algún pago directo del usuario por los servicios que ofrece.
 14. Los pagos de los servicios psicológicos recibidos en este Centro se realizan en la caja de la caja de la Facultad de Psicología, por lo que el usuario deberá presentar su recibo de pago y carnet de citas para el registro de dicha cuota.
 15. Al finalizar su tratamiento, usted podrá evaluar la atención recibida por medio de un cuestionario de "Satisfacción de Usuarios", el cual se entregará directamente a la Jefatura del Centro. Asimismo, podrá hacer uso del buzón de quejas y sugerencias en cualquier momento.
 16. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del Centro se comuniquen con usted. Esto tiene como propósito hacer seguimiento de la misma.

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____

FECHA _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

ANEXO 2. Inventario de Ansiedad de Beck.

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO FACULTAD DE PSICOLOGIA CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"	PROGRAMA: "ATENCIÓN A ENFERMOS CRONICO-DEGENERATIVOS" Taller "Aprendiendo a manejar mi ansiedad en situaciones sociales"	
---	---	---	---

INVENTARIO ANSIEDAD DE BECK

NOMBRE:	FECHA:
	EXPEDIENTE:

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma **durante la última semana, inclusive hoy** marcando con una "X" según la intensidad de la molestia.

SINTOMAS	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de pierna				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

PUNTUACION: _____

ANEXO 3. Inventario de Depresión de Beck.

 <p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"</p>	<p>PROGRAMA: "ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICO- DEGENERATIVOS"</p> <p>Taller "Aprendiendo a manejar mi ansiedad en situaciones sociales"</p>	 <p>Facultad de Psicología</p>
---	---	---

INVENTARIO DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:	FECHA:
	EXPEDIENTE:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

<p>0 Yo no me siento triste</p> <p>1 Me siento triste</p> <p>2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</p> <p>3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p>
--

<p>como solía hacerlo</p> <p>2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada</p> <p>3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p>

<p>0 Yo no me siento como un fracasado</p> <p>1 Siento que he fracasado más que las personas en general.</p> <p>2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos</p> <p>3 Siento que soy un completo fracaso como persona</p>

<p>0 En realidad yo no me siento culpable</p> <p>1 Me siento culpable una gran parte del tiempo</p> <p>2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo</p>
--

<p>0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo</p> <p>1 Estoy desilusionado de mí mismo</p> <p>2 Estoy disgustado conmigo mismo</p> <p>3 Me odio</p>
--

<p>0 Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <p>1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</p> <p>2 Me gustaría suicidarme</p> <p>3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad</p>
--

<p>0 Yo no me siento que esté siendo castigado</p> <p>1 Siento que podría ser castigado</p> <p>2 Espero ser castigado</p> <p>3 Siento que he sido castigado</p>

<p>0 Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <p>1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores</p> <p>2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que sucede</p>

<p>0 En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p>1 Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p>2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p>3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p>

<p>0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar</p> <p>1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes</p> <p>2 Me siento irritado todo el tiempo</p> <p>3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo</p>

<p>0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <p>1 Yo no disfruto de las cosas de la manera</p>

<p>0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</p> <p>1 Pospongo tomar decisiones más que antes</p> <p>2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes</p> <p>3 Ya no puedo tomar decisiones</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

PROGRAMA: "ATENCIÓN A
ENFERMOS CRÓNICO-
DEGENERATIVOS"



Taller "Aprendiendo a
manejar mi ansiedad en situaciones
sociales"

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
- 3 Creo que me veo feo(a)

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
 - 1 He perdido más de dos kilogramos
 - 2 He perdido más de cinco kilogramos
 - 3 He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI__ NO__

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

PUNTUACIÓN:

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente

- 0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
- 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en

ANEXO 4. Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisado.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
 "ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICO-DEGENERATIVOS"
 TALLER "APRENDIENDO A MANEJAR MI ANSIEDAD EN SITUACIONES
 SOCIALES"



Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisada ISRS-R.

(D. Zurilla y Nezu, 1990).

NOMBRE:	FECHA:
NUMERO DE EXPEDIENTE:	

Instrucciones: A continuación aparece una serie de frases que describen formas en que la gente puede pensar, sentir o comportarse cuando se enfrenta con los problemas de la vida cotidiana que puedan tener un efecto significativo sobre su bienestar o sobre el bienestar de las personas que ama, como problemas relacionados con la salud, disputas familiares o problemas de rendimiento en el trabajo o en los estudios. Por favor, lea cada frase y puntúe en qué medida la frase es cierta para usted siguiendo las pautas que a continuación se indican. Puntúese considerando cómo piensa, siente o se comporta generalmente cuando se enfrenta con sus problemas en los lugares y momentos que se indican. Escriba en la casilla el número que mejor califique su respuesta.

1 = <i>En modo alguno.</i>	2 = <i>En algunos momentos.</i>	3 = <i>Moderadamente cierto</i>
4 = <i>Cierto</i>	5 = <i>Muy cierto en mi caso.</i>	

PREGUNTAS	CALIFICACION
1. Siento miedo cuando tengo un problema importante de resolver	
2. Al tomar decisiones "pienso cuidadosamente" acerca de mis muchas opciones	
3. Me pone nervioso e inseguro de mí mismo cuando, tengo que tomar una decisión importante	
4. Cuando mis primeros esfuerzos encaminados a resolver los problemas fallan, renuncio con rapidez	
5. A veces, incluso problemas difíciles puede tener una forma de mover mi vida hacia delante de manera positiva	
6. Si evito los problemas por lo general ellos tendrán que solucionarse por sí solos	
7. Cuando me encuentro sin éxito en la solución de un problema me siento muy frustrado	
8. Si trabajo en ello, puedo aprender a resolver problemas difíciles con eficacia	
9. Cuando me enfrento a un problema, antes de decidir qué hacer, intento entender cuidadosamente por qué es un problema, clasificarlos, descomponerlo y definirlo	
10. Trato de hacer todo lo que pueda con el fin de evitar problemas en mi vida	
11. Me pongo muy sensible con los problemas difíciles	
12. Cuando tengo que tomar una decisión, tomo el tiempo para tratar de predecir las consecuencias positivas y negativas de cada opción posible antes de actuar	
13. Cuando he intentado solucionar los problemas a menudo confío en mi instinto con la primera idea que viene a la mente	
14. Cuando estoy enojado, sólo quiero huir y que me dejen solo	
15. Soy capaz de tomar decisiones importantes por mí propia cuenta	
16. Con frecuencia reacciono antes de que tenga todos los hechos acerca de un problema	
17. Después de dar con una idea de cómo resolver el problema. Yo trabajo un plan para llevarlo a cabo con éxito	
18. Soy muy creativo con las ideas para resolver problemas	
19. Paso más tiempo preocupándome por los problemas que en realidad dar la solución de ellos	
20. Mi objetivo para la solución de problemas es detener el sentimiento negativo tan pronto como pueda	
21. Trato de evitar problemas con otros con el fin de evitar problemas al mínimo	
22. Tan pronto como alguien me molesta o hiere mis sentimientos siempre reacciono de la misma manera	
23. Cuando estoy tratando de entender un problema, me ayuda apegarme a los hechos de la situación	
24. En mi opinión, siendo sistemático y planificado con los problemas personales parece demasiado frío o "como de negocios"	
25. Entiendo que las emociones, incluso las malas, en realidad puede ser útiles a mis esfuerzos en la solución de problemas	

ANEXO 5. Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C).



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “Dr. GUILLERMO DAVILA”
ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS.



ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL. PARTE
COGNITIVA (EMES-C)

NOMBRE:	FECHA:
---------	--------

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre algunos pensamientos que en ocasiones tenemos. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una cruz en la casilla de manera que tu respuesta debe reflejar la frecuencia con que realizas el tipo de situación que se describe en cada pregunta, según tu propia elección:

	Nunca o muy raramente (0-9% de las veces).	Raramente (10-34% de las veces).	De vez en cuando (35-65% de las veces).	Habitualmente o a menudo (66- 90% de las veces).	Siempre o muy a menudo (91-100% de las veces).
1. Temo “dar la nota” en una reunión de grupo aunque con ello exprese mis opiniones personales.					
2. Si un superior me molesta, me preocupa el tener que decirselo directa y claramente.					
3. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos/as por miedo a parecer incompetente.					
4. Pienso que si no estoy seguro/a de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría “meter la pata”.					
5. Me preocupa que al expresar mis sentimientos negativos justificados hacia los demás pueda con ello causarles una mala impresión.					
6. Temo la desaprobación de mis amigos/as si me enfrento con ellos/as cuando se encuentran de humor.					
7. Me preocupa al empezar una conversación con mis amigos/as cuando sé que no se encuentran de humor.					
8. Pienso que es preferible ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos/as que aceptarlos y poder causar una impresión negativa.					

	Nunca o muy raramente (0-9% de las veces).	Raramente (10-34% de las veces).	De vez en cuando (35-65% de las veces).	Habitualmente o a menudo (66- 90% de las veces).	Siempre o muy a menudo (91-100% de las veces).
9. El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser					
10. Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que él/ella					
11. Temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo.					
12. Me importa bastante la impresión que cause a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos.					
13. Me preocupa "hacer una escena" cuando defiendo mis derechos personales ante mis padres.					
14. He pensado que los demás tenían de mí una opinión desfavorable cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos/as.					
15. Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación.					
16. He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco simplemente porque me lo hayan pedido.					
17. Temo expresar cariño hacia mis padres.					
18. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí.					
19. Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo.					
20. He estado preocupado/a sobre qué pensarían las otras personas de mí si defiendo mis derechos frente a ellos.					
21. Cuando expreso mi enfado por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación					

	Nunca o muy raramente (0-9% de las veces).	Raramente (10-34% de las veces).	De vez en cuando (35-65% de las veces).	Habitualmente o a menudo (66- 90% de las veces).	Siempre o muy a menudo (91-100% de las veces).
22. Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería prodigarlos tan a menudo.					
23. He pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a <u>mi</u> como persona.					
24. Me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados.					
25. Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta.					
26. Me preocupa el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí.					
27. Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente.					
28. Temo rechazar las peticiones que provienen de mis padres.					
29. Me importa bastante el expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ello podría suponer una opinión desfavorable.					
30. Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos/as cuando expreso mi afecto hacia ellos/as.					
31. Me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho.					
32. He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer.					

	Nunca o muy raramente (0-9% de las veces).	Raramente (10-34% de las veces).	De vez en cuando (35-65% de las veces).	Habitualmente o a menudo (66- 90% de las veces).	Siempre o muy a menudo (91-100% de las veces).
33. Si hago peticiones a personas con autoridad temo a la desaprobación de esas personas.					
34. He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables solo puede esperar malas contestaciones.					
35. Pienso que el alabar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser nunca una manera de empezar a conocer a esa persona.					
36. Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso mi cariño.					
37. He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos/as probablemente lleve a situaciones violentas.					
38. Me importa notablemente que al alabar a los demás piensen que soy un/a adulatora.					
39. El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable.					
40. Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal.					
41. Temo que la gente me critique.					
42. Me preocupa notablemente que al expresar negativos al sexo opuesto pueda causarles una mala impresión.					
43. Si pido favores a personas que no conozco o que apenas conozco poco temo causarles una mala impresión.					
44. Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto.					

ANEXO 6. Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M).



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "Dr. GUILLERMO DAVILA"
 ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS.
 ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL. PARTE MOTORA
 (EMES-M)



NOMBRE:	FECHA:
EXPEDIENTE:	

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como actúas normalmente. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una cruz en la casilla de manera que tu respuesta debe reflejar la frecuencia con que realizas el tipo de situación que se describe en cada pregunta, según tu propia elección:

	Nunca o muy raramente (0-9% de las veces).	Raramente (10-34% de las veces).	De vez en cuando (35-65% de las veces).	Habitualmente o a menudo (66- 90% de las veces).	Siempre o muy a menudo (91-100% de las veces).
1. Cuando personas que apenas conozco me alaban, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por el que soy alabado.					
2. Cuando un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarme un producto que no me acaba de satisfacer, soy incapaz de decirle que "no".					
3. Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que "no".					
4. Evito hacer preguntas a personas que no conozco.					
5. Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo.					
6. Si un amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que halla acabado.					
7. Cuando mi superior o jefe me irrita soy capaz de decirselo.					
8. Si un amigo/a a quien le he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.					
9. Me resulta fácil hacer que mi pareja se sienta bien, alabándola.					
10. Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas.					
11. Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.					
12. Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen.					
13. Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz de decirle que no.					
14. Cuando me siento enojado con alguien lo oculto.					

	Nunca o muy raramente (0-9% de las veces).	Raramente (10-34% de las veces).	De vez en cuando (35-65% de las veces).	Habitualmente o a menudo (66- 90% de las veces).	Siempre o muy a menudo (91-100% de las veces).
15. Me reservo mis propias opiniones.					
16. Soy extremadamente cuidadoso/a en evitar herir los sentimientos de los demás.					
17. Cuando me atrae una persona a la que no he sido presentado/a, intento de manera activa conocerla.					
18. Me resulta difícil hablar en público.					
19. Soy incapaz de expresa desacuerdo a mi pareja.					
20. Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez.					
21. Me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco.					
22. Cuando alguno de mis superiores me llama para que haga cosas que no tengo obligación de hacer, soy incapaz de decir que no.					
23. Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as.					
24. Si un/a amigo/a traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona.					
25. Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres.					
26. Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior.					
27. Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y el profesor o la persona que lo dirige hiciera una afirmación que yo considero incorrecta, expondría mi propio punto de vista.					
28. Si ya no quiero seguir saliendo con alguien del sexo opuesto, se lo hago saber claramente.					
29. Soy capaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido/a.					
30. Si en un restaurante me sirven comida que no está a mi gusto, me quejo de ello al camarero.					
31. Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto a quien conozco sólo ligeramente.					

	Nunca o muy raramente (0-9% de las veces).	Raramente (10-34% de las veces).	De vez en cuando (35-65% de las veces).	Habitualmente o a menudo (66- 90% de las veces).	Siempre o muy a menudo (91-100% de las veces).
32. Cuando he conocido a una persona que me agrada le pido el teléfono para un posible encuentro posterior.					
33. Si estoy enfadado con mis padres se lo hago saber claramente.					
34. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular.					
35. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco enseguida para poner los puntos sobre las íes.					
36. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño.					
37. Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores.					
38. Si una figura con autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente.					
39. Si un miembro del sexo opuesto me critica injustamente, le pido claramente explicaciones.					
40. Dudo en solicitar citas por timidez.					
41. Me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior.					
42. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente quería hacer.					
43. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir.					
44. Hago la vista gorda cuando alguien se cuela delante de mí en una fila.					
45. Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta.					
46. Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado.					
47. No se que decir a personas atractivas del sexo opuesto.					
48. Si me doy cuenta de que estoy enamorado de alguien con quien salgo, expreso estos sentimientos a esa persona.					
49. Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontáneay fácilmente.					
50. Me resulta fácil aceptar cumplidos provenientes de otras personas.					

	Nunca o muy raramente (0-9% de las veces).	Raramente (10-34% de las veces).	De vez en cuando (35-65% de las veces).	Habitualmente o a menudo (66- 90% de las veces).	Siempre o muy a menudo (91-100% de las veces).
51. Me río de las bromas que realmente me ofenden en vez de protestar o hablar claramente.					
52. Cuando me alaban no sé qué responder.					
53. Soy incapaz de hablar en público.					
54. Soy incapaz de mostrar afecto hacia un miembro del sexo opuesto.					
55. En las relaciones con mi pareja es ella/él quien lleva el peso de las conversaciones.					
56. Evito pedir algo a una persona cuando ésta se trata de un superior.					
57. Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.					
58. Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.					
59. Me resulta difícil hacer cumplidos o alabar a un miembro del sexo opuesto.					
60. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.					
61. Me resulta difícil mostrar afecto hacia otras personas.					
62. Si un vecino del sexo opuesto, a quien he estado queriendo conocer, me para al salir de casa y me pregunta la hora, tomaría la iniciativa en empezar una conversación con otra persona.					
63. Soy una persona tímida.					
64. Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.					

ANEXO 7. Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS).



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR.
GUILLERMO DÁVILA"

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TALLER "MEJORANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y
LA ANSIEDAD"



Sistema de Evaluación Conductual de las Habilidades Sociales SECHS
Caballo, V. & Buela, G. (1988)

NOMBRE:	FECHA:
	EXPEDIENTE:

Expresión facial

- 1- Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes.
- 2- Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.
- 3- Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
- 4- Cara agradable. Algunas expresiones positivas.
- 5- Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

Sonrisas

- 1- Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa.
- 2- Sonrisas continuas. Muy desagradable.
- 2- Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable.
- 3- Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.
- 3- Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
- 4- Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradables.
- 5- Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.

Mirada

- 1- Mira muy poco. Impresión negativa. Mira continuamente. Muy Desagradable.
- 2- Mira poco. Impresión algo negativa. Mira en exceso. Desagradable.
- 3- Frecuencia y patrón de mirada normales.
- 4- Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.
- 5- Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy Agradable.

Postura

- 1- Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.
- 2- Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
- 3- Postura normal. No produce impresión de rechazo.
- 4- Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
- 5- Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación

Orientación

- 1- Orientado completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa.
- 2- Orientado parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
- 3- Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
- 4- Buena orientación. Impresión agradable.
- 5- Muy buena orientación. Impresión agradable.

Distancia.

- 1- Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total. Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.
- 2- Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento. Distancia demasiado próxima para una interacción casual. Desagradable.
- 3- Distancia normal. Ni agradable no desagradable.
- 4- Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.
- 5- Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

Gestos

- 1- No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
- 2- Algunos gestos pero escasos. Impresión negativa.
- 3- Frecuencia y patrón de gestos normales.
- 4- Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
- 5- Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

Volumen de la voz.

- 1- No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa. Volumen exageradamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.
- 2- Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa.
- 3- Voz normal, pasable.
- 4- Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.
- 5- Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.

Entonación.

- 1- Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.
- 2- Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable.
- 3- Entonación normal, pasable.
- 4- Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable.
- 5- Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable.

Fluidez

- 1- Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.
- 2- Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.
- 3- Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.
- 4- Sin apenas perturbaciones y pausas embarazosas. Agradable.
- 5- Sin perturbaciones ni pausas embarazosas. Muy agradable.

Velocidad.

- 1- Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada.
Habla extremadamente despacio.
Muy desagradable.
- 2- Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende.
Habla bastante espacio.
Desagradable.
- 3- Interés normal por la otra persona.
- 4- Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.
- 5- Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuado de preguntas. Impresión muy positiva.

Preguntas.

- 1- Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa.
Hace preguntas continuamente.
Muy desagradable.
- 2- Hace pocas preguntas. Impresión negativa.
Hace preguntas en exceso.
Desagradable.
- 3- Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.
- 4- Preguntas variadas y adecuadas.
Agradable.
- 5- Preguntas variadas y muy adecuadas. Impresión muy agradable.

Respuestas a preguntas.

- 1- Respuestas monosilábicas o muy poco adecuada. Impresión muy desagradable.
- 2- Respuestas breves o poco adecuadas.
- 3- Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.
- 4- Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.
- 5- Respuestas muy adecuadas y de duración correcta. Impresión muy positiva.

ANEXO 8. Forma de Retroalimentación para Exposiciones Orales (CAD BREVE).

FORMA DE RETROALIMENTACIÓN PARA EXPOSICIONES ORALES (CAD BREVE).

Juan José Sánchez Sosa.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Instrucciones: Después de observar con atención la exposición, lee cuidadosamente cada reactivo y encierra en un círculo la letra del inciso de la opción que mejor refleje tu opinión. Los reactivos con escala de porcentaje reflejan *el tiempo o las veces* (por ejemplo: “del 50 al 70% *del tiempo o las veces*).

Tema: _____

Presentador (a): _____ Fecha: _____

1. Los conocimientos del (la) presentador(a) en el tema abordado son:
 - a) Excelentes
 - b) Muy buenos
 - c) Buenos
 - d) Un poco deficientes
 - e) Deficientes
 - f) Muy deficientes
2. En general la exposición fue clara y entendible:
 - a) Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - b) Poco (10 al 30%)
 - c) Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - d) Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - e) Mucho (del 70% al 90%)
 - f) Siempre o casi siempre (más del 90%)
3. En cuanto a ilación o continuidad de ideas, cada idea se seguía de la anterior, esa de la anterior, y así sucesivamente:
 - a) Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - b) Poco (10 al 30%)
 - c) Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - d) Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - e) Mucho (del 70% al 90%)
 - f) Siempre o casi siempre (más del 90%)

4. Cuando el (la) presentador(a) mencionaba un concepto clave, lo definía o explicaba:
- Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - Poco (10 al 30%)
 - Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - Mucho (del 70% al 90%)
 - Siempre o casi siempre (más del 90%)
5. El(la) presentador(a) subrayaba los puntos o ideas importantes haciendo énfasis en los conceptos o ideas principales:
- Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - Poco (10 al 30%)
 - Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - Mucho (del 70% al 90%)
 - Siempre o casi siempre (más del 90%)
6. Cuando el (la) presentador (a) definía un concepto ponía un ejemplo para ilustrarlo claramente:
- Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - Poco (10 al 30%)
 - Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - Mucho (del 70% al 90%)
 - Siempre o casi siempre (más del 90%)
7. Cuando era necesario, el (la) presentador(a) describía fuentes de información o daba referencias bibliográficas:
- Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - Poco (10 al 30%)
 - Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - Mucho (del 70% al 90%)
 - Siempre o casi siempre (más del 90%)

8. Se notaba que el contenido de la exposición está basado en investigación científica:
- a) Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - b) Poco (10 al 30%)
 - c) Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - d) Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - e) Mucho (del 70% al 90%)
 - f) Siempre o casi siempre (más del 90%)
9. Si alguien hacía una pregunta o comentario la respuesta era clara:
- a) Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - b) Poco (10 al 30%)
 - c) Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - d) Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - e) Mucho (del 70% al 90%)
 - f) Siempre o casi siempre (más del 90%)
10. Al exponer, el (la) presentador (a) tuvo un tono de voz claro y entendible:
- a) Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - b) Poco (10 al 30%)
 - c) Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - d) Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - e) Mucho (del 70% al 90%)
 - f) Siempre o casi siempre (más del 90%)
11. El (la) presentador (a) mostraba disposición al exponer:
- a) Nunca o casi nunca (menos del 10%)
 - b) Poco (10 al 30%)
 - c) Poco menos de la mitad (del 30 al 50%)
 - d) Poco más de la mitad (del 50% al 70%)
 - e) Mucho (del 70% al 90%)
 - f) Siempre o casi siempre (más del 90%)

12. El (la) presentador (a) usaba
“muletillas” verbales (“estee”,
“¿sí?”, “eeh”, etc.)
- a) Nunca o casi nunca
(menos del 10%)
 - b) Poco (10 al 30%)
 - c) Poco menos de la mitad
(del 30 al 50%)
 - d) Poco más de la mitad
(del 50% al 70%)
 - e) Mucho (del 70% al 90%)
 - f) Siempre o casi siempre
(más del 90%)

ANEXO 9. Termómetro para la toma de Temperatura distal periférica.



ANEXO 10. Guía de la Entrevista Clínica realizada con las pacientes para Focalizar el Motivo de Consulta.

¿Cuál es el semestre que actualmente cursa?

¿Qué Licenciatura es la que cursa actualmente?

¿Qué promedio académico actualmente tiene?

¿Adeuda materias? ¿Cuántas y de que semestre son?

¿Cuántas licenciaturas previas has cursado?

¿Qué demandas académicas son las que consideras que te son más difícil es de realizar?

¿Cómo te sientes ante tales demandas?

¿Qué te pasa corporalmente cuando estás en esas situaciones?

¿Qué ideas tienes en ese momento en que estás llevando a cabo dicha tarea?

¿Te ocurre en otro ámbito que no sea la escuela?

¿Qué haces para tranquilizarte?

¿Has tenido previamente algún tratamiento psiquiátrico?

¿Has recibido algún diagnóstico previo?

¿Has consumido drogas o consumes actualmente? En caso afirmativo ¿Cuáles y cuánto ha sido?

¿Existe alguna persona en y familia que presenta un problema similar al tuyo?

¿Cuál ha sido el impacto de ésta problemática en las otras áreas de tu vida?

ANEXO 11. Formato de Jerarquización de Situaciones Sociales Ansiógenas para la Desensibilización Sistemática.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
 TALLER DE "MANEJANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y MI ANSIEDAD"



NOMBRE:	FECHA:
	EXPEDIENTE:

¿Qué me pone Ansioso?

SITUACION	NUMERO

ANEXO 12. Ejercicio de Imaginación Guiada practicado en la Sesión 1.

Se les indicó que era fundamental que sintieran cómodas, recargadas en el respaldo del asiento y que nada les incomodara o apretara para imaginarse en la siguiente escena:

Está cada una de ustedes paradas en la puerta de su cocina, viendo hacia adentro de la cocina, volteamos lentamente la cara a la izquierda y realizamos una especie de paneo, de scanning de izquierda a derecha, muy despacito hasta que identificamos los objetos que vemos cada día en nuestra cocina, y vemos dónde se cortan las verduras, dónde hay una mesa, un mostrador, un refrigerador, dónde está la estufa quizá un microondas, una silla, Etcétera.

Entonces vean su cocina 1 minuto, recuérdenla y familiarícense con ella, de modo que sientan que esa es su cocina (se esperaron 5 segundos), eso es, ahora caminan hacia el refrigerador, abren el refrigerador, allí están unos limones, sacan un limón, cierran el refrigerador y van a donde están los cuchillos, sacan un cuchillo, cierran el cajón y van al mostrador o mesa donde hay una tabla donde se cortan las verduras.

Colocan el limón sobre la tabla y lo parten a la mitad, dejamos el cuchillo a un lado, separamos las dos mitades del limón. Tomamos el limón con una mano, nos lo acercamos a la cara, levantamos un poco la cara y abrimos un poquito la boca y sacamos tantito la lengua, acercamos el limón a nuestra cara y exprimimos sobre nuestra lengua 2 o 3 gotitas de jugo de limón.

Vemos la imagen con mucha claridad y sentimos en la lengua con mucha claridad como caen las gotitas de limón. Ahora lentamente vamos abriendo los ojos y regresando a la sala, pueden dejar su vista fija en un punto que deseen.

Ahora, cuéntenme ¿qué cambios lograron percibir en su lengua? ¿Tuvieron dificultades para visualizar alguna parte de la escena? ¿Se dan cuenta cómo no necesitaron el limón o estar en su cocina para experimentar un cambio en su cuerpo?

ANEXO 13. Formato de Registro de Toma de Temperatura distal Periférica utilizado por el terapeuta, por sesión.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
 FACULTAD DE PSICOLOGIA
 TALLER "MEJORANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y MI ANSIEDAD"
 TEMPERATURA PERIFERICA CORPORAL.



Número de Sesión:

NOMBRE:	FECHA:
	EXPEDIENTE:

PACIENTE	RESULTADOS GRADOS	Medida Inicial	ESTÍMULO				
			#1	#2	#3	#4	#5

ANEXO 14. Material de Psicoeducación sobre la sintomatología de Ansiedad y la importancia de la Respiración Diafrágica.



¿Cómo nos referimos a la ansiedad?

- "tensión"
- "miedo"
- "susto"
- "nervios"
- "preocupación"
- "angustia"

¿En que nos ayuda la Ansiedad?

• SEÑAL DE ALERTA:

ANTICIPACIÓN de un daño o peligro inminente.

Permite adoptar medidas necesarias para ENFRENTARSE a una amenaza.

Cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el MANEJO normal de las exigencias del día a día.



¿QUÉ PASA SI HAY UN NIVEL DE ANSIEDAD MAYOR?

Aspectos Físicos.

- Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones, taquicardia.
 - Respiración entrecortada o acelerada.
 - Dolor o presión en el pecho.
 - Sensación de asfixia.
 - Náusea, dolor de estómago, diarrea, mareos.
 - Sudor, sofocos, escalofríos, sequedad de boca.
- Temblor, adormecimiento/ hormigueo, debilidad, tensión y dolor cabeza.
 - Micción frecuente, problemas sexuales.

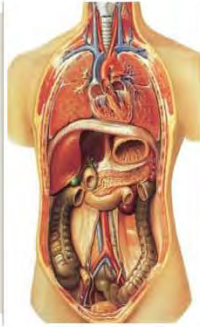
Aspectos Psicológicos.

- Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo.
 - Miedo a la evaluación negativa de los demás.
- Pensamientos, imágenes o recuerdos aterradoras.
- Escasa concentración, atención, memoria, centrados en el evento temido.
 - Dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.
- Nervioso, asustado, tensión, temor, impaciencia, frustración.
 - Dificultad para tomar decisiones.

Aspectos Conductuales.

- Evitar o escapar de la situación.
- Inquietud, agitación, hiperventilación.
- Quedarse paralizado o "bloqueado".
- Dificultad para hablar: tartamudear o hablar de forma atropellada.
 - Arrancarse el cabello / Morderse las uñas.
 - Fumar y beber más de lo habitual.
 - Desórdenes alimentarios.
 - Vulnerabilidad ante las críticas.
 - Risa nerviosa.





ANEXO 15. Instrucciones a las pacientes para la realización del Entrenamiento en Respiración Diafragmática.

La regulación emocional depende casi 100% de nuestro Sistema Nervioso, por lo cual les pedimos pónganse cómodas y vamos a comenzar a ensayar la Respiración Diafragmática:

1. Lo que se inflama es la barriga no el pecho, para que el musculo del diafragma se este distendiendo bien, en cambio si tenemos la barriga apachurrada el aire nos sirve menos.
2. Vamos a cerrar los ojos, colocando ambas manos colgando o sobre los muslos, vamos a ir respirando con el ritmo que se les va marcando.
3. Lo hacemos de manera profunda (primera vez) dejen que se llene su barriga no se preocupen por la barriga (segunda vez) y suéltelo despacio por la nariz (tercera vez), vamos otra vez (cuarta vez).
4. Abran los ojos y siéntanse respirando como lo lograron ahorita, es decir, detecten y noten esa respiración tan especial que deja que se nos infle la barriga y dejen que la barriga se infle, siéntanlo porque necesito que se acostumbren a ver como están respirando. Pongan atención a su respiración y nótenla.
5. Hacemos otras respiraciones ya con los ojos abiertos.
6. Recordemos que la respiración tiene 4 características: lenta, profunda, empujando la barriga y sin esfuerzo, no debemos sentir que estamos trabajando con la respiración sino que ésta es muy calmada, lenta y profunda.

ANEXO 16. Instrucciones brindadas a las pacientes para la realización de la Relajación Muscular Progresiva.

Vamos a hacer el ejercicio que más ayuda al humano cuando está angustiado, tal como vimos en el ejercicio donde la imagen de una gota de limón produce una reacción como si el limón estuviera allí, así los ejercicios de relajación muscular progresiva profunda nos ayudan a lidiar mucho con la angustia y la ansiedad.

Practicar el ejercicio es lo recomendable para que lo puedan dominar, se va a empezar a practicar y después vamos a estar con los ojos cerrados e ir grupo muscular por grupo muscular, de arriba hacia abajo, pero primero mírenme e inténtenlo con los ojos abiertos para que ahorita que lo hagamos completo sepan cómo se debe realizar cada tensión y distensión.

- Fruncir el ceño como si estuviéramos enojados y quisiéramos juntar una ceja con la otra (solo en esa zona del rostro no en todo, mediante modelamiento). Nada más aquí, no en el resto de la cara. Mantenerlo fruncido hasta que cuente a 5 y vamos 1, 2, 3, y van a memorizar como se siente un ceño fruncido, una frente tensa, 4 y cuando diga 5 soltamos, 5.
- Ahora como si una luz muy intensa nos lastimara los ojos, aprieten los párpados y los mantenemos tensos como lo estoy haciendo (se modeló la conducta) y cuando yo llegue a 5 y diga 5 entonces aflojamos los párpados y de nuevo están flojitos y suaves.
- Luego con los labios y mejillas como si tuviera un gesto de enfado y sostenemos hasta que cuente hasta 5 y cuando diga 5 sueltan.
- Ahora la mandíbula, aprieten como si estuvieran mordiendo algo sin que lleguen a lastimarse, no los labios sino, con los músculos, mientras cuento hasta 5.
- Luego vamos a decir cuello, y se fijan que vamos de arriba hacia abajo ¿para qué? Para que no se nos olvide el orden y entonces lo tensamos, no los hombros sino el cuello.
- Luego cierran los puños y suben los hombros como si quisieran tocarse las orejas hasta arriba y sostienen y cuando diga 5 lo sueltan.
- Cierren sus puños y peguen sus codos a sus costillas y vamos a apretarlas, como si quisiéramos apachurrarlas con los codos, solo mientras se cuenta hasta 5 y después aflojamos.

- Barriga: como si quisieran ponerse un pantalón que les quedara chiquito y aprieten la panza hasta que se cuente hasta 5 y al decir 5 aflojan la panza.
- Ahora poniendo los pies en el piso vamos a contraer el trasero mientras contamos hasta 5 y va a estar contraído y luego soltamos.
- Luego como si tuvieran una hoja de papel entre las rodillas y no quisieran que se cayera vamos a apretar una rodilla con la otra mientras yo cuento hasta 5, y vamos contando 1, 2, 3, 4, y 5, soltamos.
- Finalmente vamos a subir las puntas de los pies, de modo que todo se pone tenso y vamos a sostener mientras cuento hasta 5.
- Cerramos los ojos y entonces vamos a comenzar con la respiración vamos a tomar aire profundo y lento (4ta vez) lo soltamos por la nariz y dejen que se infle la barriga.
- Vamos a fruncir el ceño, juntando las cejas y noten como se siente esa frente tensa y memorícenlo, 1, 2, 3, 4 y 5, aflojamos la frente y sentimos cuando la tocamos con los dedos en oposición a como se sentía fruncida hace rato.
- Como si nos hubieran encendido una lámpara enfrente apretamos los parpado, fíjense que ya no es la frente solo son los parpados, los apachurramos, 1, 2, 3, fíjense y memoricen esa sensación de parpados duros, 4, 5 y aflojamos los parpados y caen naturalmente con su propio peso sobre los ojos.
- Haciendo un gesto de enfado apretamos los labios, 1, 2, memoricen como se sienten los labios tensos y como se siente esa sensación, 3, 4 y 5 ahora se quedan flojos y nos grabamos esa sensación de cómo estaban los labios hace rato tensos y cómo están ahora flojitos.
- Ahora vamos con la mandíbula no con los labios sino con los dientes de modo que se nos ponen duros los músculos de la cara, solamente esa parte y noten como la frente, los párpados y los labios están flojitos 1, 2, 3, 4 y memorícense una mandíbula apachurrada y dejen que caiga con el peso natural del hueso, hasta que quede flojita.
- Vamos a pasar lista, de manera que cada que los menciono cada grupo muscular respondiera presente ustedes se aseguran de que ese pedacito esté

flojo: frente, párpados, mejillas y labios, mandíbula como si se nos alargara la cara.

- Cuello tieso y nos memorizamos como se siente un cuello tenso pero la cara floja, 1, 2, 3 sólo el cuello 4, 5 aflojamos el cuello, ha quedado tan flojito que se nos sostienen la cabeza apenas en equilibrio.
- Cerramos los puños, y subimos los hombros como si quisiéramos tocarnos las orejas, hasta arriba mientras se cuenta hasta 5. 1, 2, 3, grabándose como se sienten los hombros tensos, 4 y 5 cuelgan nuestros hombros y se siente clarísima la diferencia entre hombros tensos y relajados.
- Ahora pegamos los codos a los costados hacia el centro como si quisiéramos apachurrarnos las costillas, y al mismo tiempo apretamos la panza, nos cuesta un poco de trabajo respirar, pero sólo mientras cuento hasta 5. 1, aprieten con los codos las costillas, 2, metan la barriga 3, duro el abdomen y floja la cara, 4 y 5 y aflojamos los hombros, los brazos, y sentimos más relajado el abdomen y está reaccionando a nuestra respiración natural sentimos la diferencia de cómo se siente ese estado relajado.
- Y nos grabamos y memorizamos esta sensación de barriga floja, tórax flojo y brazos y manos flojos.
- Segunda lista desde arriba se va mencionando cada parte del cuerpo y como si esa parte respondiera presente verificamos que está relajada y floja: frente, párpados, mejillas y labios, mandíbula, cuello, hombros, brazos y manos flojas, pesadas y calientitas y la respiración es lenta y profunda, rica, por la barriga muy satisfactoria.
- Váyanse grabando como va quedando nuestro cuerpo relajadito, descansado, y como cada vez menos cosas nos molestan.
- Continuamos apretamos el trasero, las pompas tensas mientras cuento hasta 5. 1, 2, 3, fíjense cómo se sienten, flojito la cara, el cuello y hombros sólo el trasero está contraído 4 y 5 y recuperamos nuestra posición sobre la silla y notamos la diferencia entre cómo se sentía el trasero antes y ahorita.
- Ahora vamos con las piernas como si quisiéramos sostener una hoja con las rodillas y apretamos, 1, 2, no queremos que se caiga esa hoja, empujando

una rodilla contra otra, pero el resto del cuerpo de la cintura para arriba está flojito, 3 sientan como se empuja una rodilla contra la otra, 4. Memoricen esta tensión en las piernas y 5 recuperamos ésta posición de las rodillas y las piernas sobre la silla y noten la diferencia en cuanto a cómo estaban tensas y cómo están ahora.

- Levantamos los pies y nuestras pantorrillas están tensas sólo mientras cuento hasta 5 y 1, 2 recuerden esa tensión, 3, 4 y 5, y descansamos los pies sobre el piso y recuperamos esa sensación de pesadez y comodidad en las piernas.
- Pasamos la última lista desde arriba y como si cada parte va respondiendo: frente, párpados, mejillas, labios, mandíbula, cuello (apenas sostenemos la cabeza en su lugar), hombros, manos y brazos (cómo se van poniendo más tibias), trasero, piernas y rodillas (más tibias y cómodas), pantorrillas y finalmente pies.
- Fíjense como se sienten, es una sensación de relajación, de comodidad, de tranquilidad, de paz, de una profunda calma, no nos estorba nada, no nos molesta nada, no nos incomoda absolutamente nada, solo sentimos nuestro cuerpo flojo desde la cabeza hasta la punta de los pies, nuestro cuerpo se ha hecho tan tibio que apenas si sentimos la silla como si flotáramos en el aire, y revisamos nuestra respiración es lenta, profunda, por la nariz y dejamos que se infle la barriga, muy agradable y llenadora y nos invade desde arriba hasta los dedos de los pies una profunda calma, sientan y disfruten ésta profunda calma.
- Nuestro cuerpo ha quedado como un muñeco de trapo, muy a gusto, muy tranquilo, muy en paz y ahora para terminar repetimos la lista final pero con ojos abiertos y dejamos que nuestra vista se pasee por todos lados y vamos a ir revisando solo me voy a brincar los párpados porque si no los vuelven a cerrar y empezamos: frente, mejillas y labios, mandíbula, cuello, hombros hasta abajo y descansando, brazos y manos, respiración, barriga, trasero, piernas, rodillas, pantorrillas, pies. Noten como estamos perfectamente alertas pero nuestro cuerpo ha quedado flojito, tranquilo, relajado, descansado, cómodo y continúa esta sensación de paz que nos invade, un descanso y una profunda calma. Esta sensación va a durar un buen rato, aprovéchenla y disfrútenla.

ANEXO 17. Tarea para las pacientes: Auto registro de toma de Temperatura ante la práctica de Relajación Muscular Progresiva.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 TALLER "MEJORANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y LA ANSIEDAD"
 REGISTRO DE TEMPERATURA CORPORAL PERIFERICA



MIÉRCOLES _____ DE _____ 2016			JUEVES _____ DE _____ 2016		
Hora	Situación	Temperatura	Hora	Tema	Temperatura
VIERNES _____ DE _____ 2016			SÁBADO _____ DE _____ 2016		
Hora	Tema	Temperatura	Hora	Tema	Temperatura

DOMINGO _____ DE _____ 2016			LUNES _____ DE _____ 2016		
Hora	Tema	Temperatura	Hora	Tema	Temperatura
MARTES _____ DE _____ 2016					
Hora	Tema	Temperatura			



ANEXO 18. Tarea para las pacientes: Auto registro de Inicio y Mantenimiento de Conversaciones.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 TALLER "MEJORANDO MIS HABILIDADES SOCIALES Y LA ANSIEDAD"
 AUTORREGISTRO INICIO/MANTENIMIENTO CONVERSACIONES. PRE



MIÉRCOLES _____ DE _____ 2016				JUEVES _____ DE _____ 2016			
Hora	Situación- Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación- Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
VIERNES _____ DE _____ 2016				SÁBADO _____ DE _____ 2016			
Hora	Situación- Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación- Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.

DOMINGO _____ DE _____ 2016				LUNES _____ DE _____ 2016			
Hora	Situación- Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.	Hora	Situación- Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.
MARTES _____ DE _____ 2016							
Hora	Situación- Tema	Inicié una conversación	Mantuve una conversación 10 mins.				



ANEXO 19. Material de Psicoeducación de "Qué son las habilidades sociales".

¿Qué son las Habilidades Sociales?



Título: "¿Qué son las Habilidades Sociales y la Asertividad?"

- Conjunto de acciones que realizamos en un medio ambiente.
- Expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de acuerdo a la situación.
- Respetar esas acciones en los demás.
- Resuelve los problemas inmediatos de la situación y minimiza la posibilidad de futuros problemas.

Título: "¿Qué son las Habilidades Sociales y la Asertividad?"

- Requiere un entrenamiento sistemático y permanente para su desarrollo.
- Dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones sociales.
- Adquiridas y mantenidas por un proceso de aprendizaje.
- Considerando los pensamientos e interpretaciones erróneas que contribuyen a la problemática.

Título: "¿Qué son las Habilidades Sociales y la Asertividad?"

Iniciar y mantener conversaciones	Hablar en público	Expresión de amor, afecto y agrado	Defensa de los propios derechos
Petición de favores	Rechazar peticiones	Hacer cumplidos	Aceptar cumplidos
Expresión de opiniones personales incluido el desacuerdo	Expresión justificada de molestia, desacuerdo o enfado	Disculparse o admitir ignorancia	Petición de cambios en la conducta del otro

Afrontamiento de las críticas

Título: "¿Qué son las Habilidades Sociales y la Asertividad?"

Importancia que tiene en universitarios

Permite afrontar demandas escolares y del momento de vida.

Terminan por mermar en problemas de salud: ansiedad, gastritis, dolores de cabeza, nerviosismo.

La licenciatura y áreas de diferentes universidades no garantiza un ambiente propicio para el fortalecimiento y entrenamiento de las habilidades sociales por sí solo.

Dada la necesidad para comunicarse y estar mejor preparados para estudios posteriores.

¿Qué aspectos están implicados en las Habilidades Sociales?

No verbales <ul style="list-style-type: none"> - Mirada - Sonrisa - Expresión facial - Distancia - Postura - Movimientos de piernas y manos - Apariencia personal - Asentir - Latencia de responder 	Paralingüísticos <ul style="list-style-type: none"> - Voz (volumen, tono, velocidad, timbre, claridad). - Tiempo de habla (duración, número de palabras). - Perturbaciones del habla (pausas, muletillas) - Fluidez del habla.
---	---

Título: "¿Qué son las Habilidades Sociales y la Asertividad?"

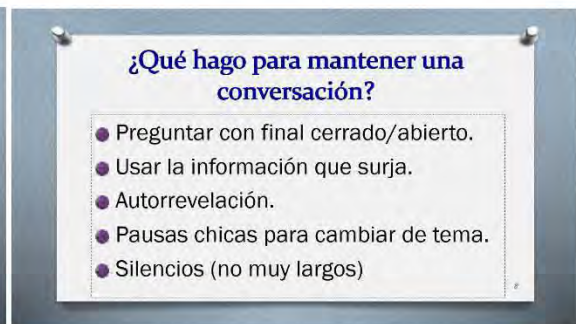
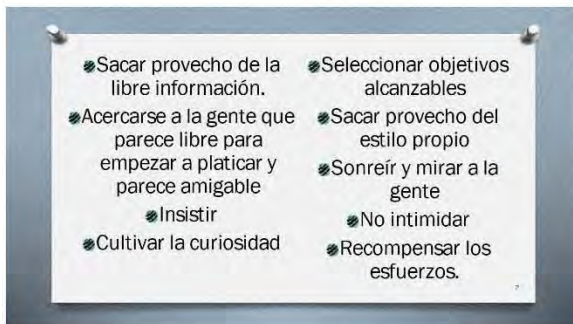
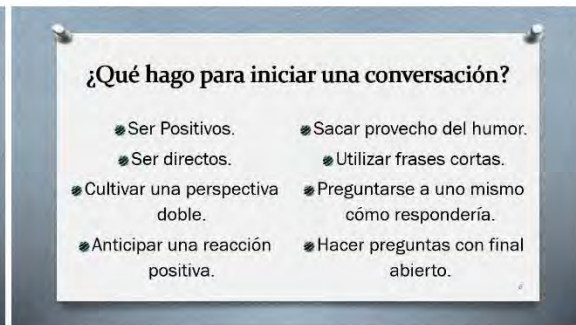
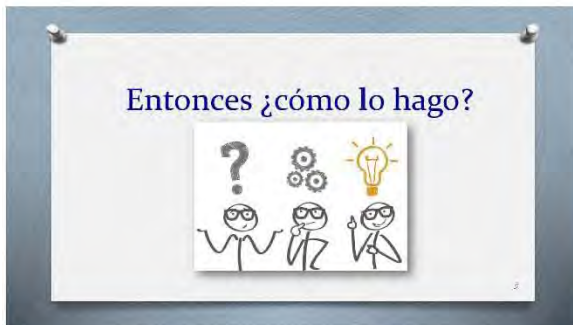
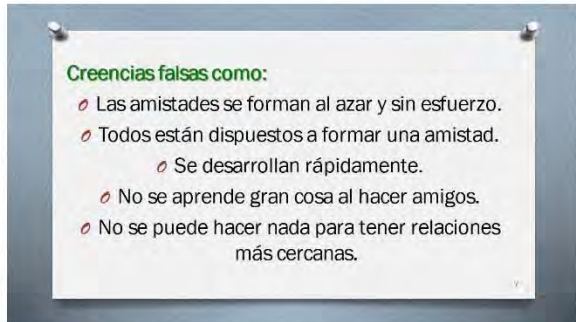
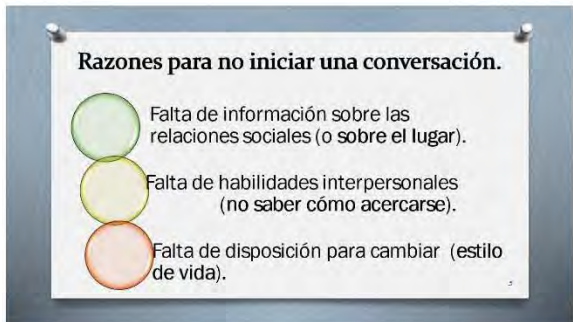
Componentes mixtos <ul style="list-style-type: none"> - Afecto - Conducta positiva espontánea - Escoger el momento apropiado - Tomar la palabra - Ceder la palabra - Conversación general - Saber escuchar 	Verbales <ul style="list-style-type: none"> - Contenido de alabanzas - Preguntas - Autorevelación - Humor - Variedad de temas - Ofrecer alternativas - Expresión en primera persona - Razones, explicaciones
--	---

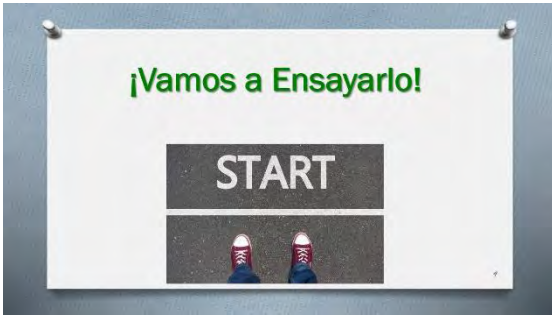
Título: "¿Qué son las Habilidades Sociales y la Asertividad?"

¿Ventajas y desventajas de un entrenamiento en éstas habilidades sociales?

Título: "¿Qué son las Habilidades Sociales y la Asertividad?"

ANEXO 20. Material de Psicoeducación sobre cómo iniciar y mantener conversaciones.





ANEXO 21. Guía entregada al paciente sobre cómo hablar en Público y lo que espera la audiencia en una ponencia oral.

¿QUÉ ESPERA UN AUDITORIO DE UN PONENTE?

- 1.- Conocimiento del tema por parte del presentador.
- 2.- Claridad en la exposición (que sea entendible).
- 3.- Ilación o continuidad de las ideas.
- 4.- Ante un concepto clave, definirlo brevemente.
- 5.- Énfasis en los puntos importantes e ideas principales.
- 6.- Dar un ejemplo si el concepto no es muy conocido.
- 7.- Si es el caso, decir de dónde se obtuvo alguna información.
- 8.- Tono de voz claro y entendible.
- 9.- Jovialidad, entusiasmo poca monotonía.
- 10.- No usar "muletillas" verbales como "estee", "¿sí?", "eeh", etc.

RECOMENDACIONES PARA HABLAR EN PÚBLICO.

Hay tres métodos principales para hablar en público:

- a) Sin notas (no muy útil cuando somos "novatos"). Ya como expertos ocurre casi natural.
- b) Leer un texto preparado
- c) Usar notas para guiarnos en lo que diremos, sin detalles (como "acordeón")

b) Discursos leídos

Si vas a usar un texto preparado cuida que tenga: párrafos cortos, tal y como los dirás, con una línea en blanco entre párrafos, y que cada párrafo tenga una sola idea.

Lee el discurso, tantas veces como para casi aprendértelo, que su contenido te sea muy familiar.

Las palabras en cursivas, mayúsculas, exclamaciones y círculos alrededor de alguna que otra palabra te ayudarán a darle ritmo.

Levantar la vista hacia el público es esencial, por ejemplo al final de cada oración o idea, no "entierres la cara" en el texto escrito.

Trata de familiarizarte con la sala o sitio donde vas a hablar sus características su arreglo, su atmósfera, y la gente ante quien vas a hablar.

Practica el tiempo que tienes para hablar, trata de no "colgarte".

La credibilidad es la mayor cualidad que puede proyectar un orador, da la impresión de pensar por ti misma(o) y no sólo de repetir las palabras.

Al repasar el texto, hazlo por párrafos: primero un párrafo, cuando esté listo pasa al segundo, luego al tercero y así sucesivamente.

Memoriza la última oración de tu discurso de modo que puedas decirla viendo al público

b) Discursos con notas

Conoce tu tema, esto te permitirá pronunciar más fácilmente su discurso.

Planea cuál es tu objetivo al hablar ante ese grupo.

Repasa varias veces las notas de tu "acordeón". Si usas tarjetas o papelitos escribe una nota por idea en cada tarjeta y numéralas. Trata de no escribir en ambas caras de la tarjeta porque suele confundirnos.

Si te alejas del punto, no te asustes, sigue adelante y pasa al otro punto de la manera más elegante posible.

Trata de aprenderte de memoria las tres últimas frases de su discurso. La conclusión es un elemento importante que resume elegantemente lo que has querido comunicar y así puedes hacerlo levantando la vista al público.

Mira al público cada vez que puedas, a los ojos y a la cara de quienes te escuchan y mira tus notas cuando necesites refrescar la memoria.

Decide de antemano dónde puedes hacer pequeñas pausas. El uso hábil de las pausas en el discurso lo hace fluir mejor.

Si es el caso del tema, lleva contigo algunas frases, comentarios, anécdotas o réplicas para usarlas cuando te parezca adecuado. Esto te permite usarlas como si surgieran en el momento]

Trata de decir las cosas con la mayor sencillez posible.

Antes de pasar a exponer, asegúrate de haber practicado tu discurso.