



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para adolescentes con ansiedad social

TESIS PRESENTADA POR

Eréndira Yunuén Fajardo Espinoza

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Roberto Oropeza Tena (Tutor)

Doctor en Psicología

Blanca Edith Pintor Sánchez

Maestra en Terapia Familiar

Alfonso Arellano Echanove

Maestro en Prevención Integral del Consumo de Drogas

REVISORES

Mónica Fulgencio Juárez

Doctora en Psicología

Juan Arturo Honold Espinosa

Maestro en Sexología Clínica

MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2019





UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Eficacia de un tratamiento cognitivo
conductual para adolescentes con
ansiedad social**

TESIS PRESENTADA POR

Eréndira Yunuén Fajardo Espinoza

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Roberto Oropeza Tena (Tutor)
Doctor en Psicología

Blanca Edith Pintor Sánchez
Maestra en Terapia Familiar

Alfonso Arellano Echanove
Maestro en Prevención Integral del Consumo de Drogas

REVISORES

Mónica Fulgencio Juárez
Doctora en Psicología

Juan Arturo Honold Espinosa
Maestro en Sexología Clínica

MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2019



Agradecimientos:

A Dios, la vida, o lo que sea que me permite existir.

A mis padres, sin los cuales simplemente no habría podido llegar hasta aquí; por su apoyo incondicional, su paciencia, sus enseñanzas, sus palabras de aliento y sobre todo su amor. Por ser simplemente los mejores padres que pude pedir.

A mis hermanos, por estar siempre a mi lado apoyándome y brindándome su cariño cuando más lo he necesitado.

Al Dr. Roberto Oropeza por su apoyo, su paciencia, dedicación y enseñanzas, así como a la Dra. Mónica Fulgencio, por toda su sabiduría y confianza depositada en mí. No me queda más que decirles que les admiro y respeto profundamente, tanto por su enorme calidad profesional como humana.

A la Mtra. Blanca Píntor por su entera disposición, enseñanzas y calidez a lo largo de este proyecto, así como al Mtro. Alfonso Arellano, por sus aportaciones y apoyo para la realización de este trabajo.

Al Mtro. Arturo Honold por formar parte de este proyecto como lector.

A todos los profesores que tuve durante esta maravillosa experiencia, gracias por todos sus conocimientos y entrega.

A mis compañeros de generación, las mejores personas con las que pude haber compartido este tiempo de aprendizaje tanto profesional como personal.

A todo el personal de posgrado, Bere, Juan, Ernesto, Tania, gracias por su entera amabilidad y ayuda siempre que se requería.

A la psicóloga Claudia Tello por las facilidades para poder realizar la intervención en cuestión.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la oportunidad de que me brindó de seguir capacitándome en esta honorable universidad.

CONTENIDO

Abreviaturas.....	8
Resumen.....	10
Abstract.....	11
Introducción	12
Capítulo 1.....	15
1.1 Breve historia acerca del estudio de la Ansiedad.....	15
1.2 Ansiedad y Miedo, emociones normales y necesarias.	16
1.3 El miedo y sus características	16
1.4 La ansiedad y sus características.....	18
1.5 Diferencias entre el Miedo y la Ansiedad	18
1.6 Miedo y ansiedad anormales	19
1.6.1 Criterios para determinar cuando el miedo y/o la ansiedad son anormales	19
1.7 Trastornos de Ansiedad.....	20
1.7.1 Subclasificación de los trastornos de ansiedad de acuerdo al DSM-V.	20
1.7.2 Trastornos de Ansiedad más comunes en la adolescencia.	21
1.7.3 Prevalencia de los Trastornos de Ansiedad.....	23
1.7.4 Etiología de los Trastornos de Ansiedad.....	24
1.7.5 Persistencia y Curso.	26
Capítulo 2.....	28
Trastorno de Ansiedad Social	28
2.1 Evolución Nosológica del TAS.....	28
2.2 Trastorno de Ansiedad Social	30
2.2.1 Criterios Diagnósticos del DSM-5 para el TAS.....	30
2.2.2 Criterios diagnósticos del CIE-10 para el TAS.....	31
2.3 Síntomas del TAS.....	32
2.4 Etiología del TAS.....	33
2.6 Edad de aparición y curso.	37
2.7 Trastornos Asociados.....	38
2.7.1 Diagnóstico diferencial.....	38
<i>Trastorno de Pánico (TP) y Agorafobia (AG).</i>	39
<i>Trastorno de Ansiedad por separación.</i>	40

<i>Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)</i>	40
<i>Esquizofrenia</i>	40
<i>Trastornos de Personalidad</i>	41
<i>Trastorno Evitativo de la Personalidad (TEP)</i>	41
<i>Timidez</i>	42
<i>Trastorno Depresivo Mayor</i>	43
<i>Síndrome de Solomon</i>	44
Capítulo 3.....	45
3.1 Entrevista diagnóstica y valoraciones clínicas.....	45
3.2 Cuestionarios de síntomas y autoinformes.....	46
3.2.1 Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (<i>Fear of Negative Evaluation Scale, FNES</i>).	46
3.2.2 Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (<i>Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS</i>)...46	
3.2.3 Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (<i>Brief Fear of Negative Evaluation, BFNE</i>).....	46
3.2.4 Escala de Ansiedad y Evitación Social (<i>Social Avoidance and Distress, SAD</i>).....47	
3.2.5 Escala de Fobia Social (<i>Social Phobia Scale, SPS</i>).	47
3.2.6 Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (<i>Social Interaction Anxiety Scale, SIAS</i>)	48
3.2.7 Inventario de Ansiedad y Fobia Social (<i>Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI</i>).....	48
3.2.8 Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (<i>Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAIC</i>).	49
3.2.9 Escala de Ansiedad Social para Niños (<i>SAS-C</i>) y Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (<i>SAS-A</i>).....	49
3.2.10 Índice de Cambio de la Ansiedad Social Sesión por Sesión (<i>Social Anxiety Session Change Index, SASCI</i>).	49
3.2.11 Escala de Conductas de Seguridad en la Fobia Social (<i>Social Phobia Safety Behaviours Scale; SPSS</i>).....	49
3.2.12 Escala de Creencias y Pensamientos Sociales (<i>STABS</i>).....	50
3.3 Cuestionarios centrados en situaciones sociales determinadas y medidas individualizadas	50
3.3.1 Cuestionario de Confianza para Hablar en Público.....	50
3.3.2 Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público.....	50
3.3.3 Inventario de Aserción.....	50

3.3.4 Escala de Asertividad	50
3.3.5 Informe Personal de Confianza como orador.....	50
3.4 Cuestionario de Conductas Objetivo.....	51
3.3.6 Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas.....	51
3.5 Autorregistros.....	51
3.6 Observación.....	51
Capítulo 4.....	52
Tratamientos para el TAS	52
4.1 Tratamientos farmacológicos	52
4.1.1 Antidepresivos.....	52
4.1.2 Benzodiacepinas de alta potencia.....	54
4.1.3 Bloqueadores β -Adrenérgicos (Beta bloqueadores).....	54
4.1.4 Otros medicamentos.....	54
4.2 Tratamientos psicoterapéuticos	55
4.2.1 Psicoterapia interpersonal.....	55
4.2.2 Terapia psicodinámica.....	56
4.2.3 Terapia conductual (técnicas conductuales).....	56
4.2.4 Terapia cognitiva (técnicas cognitivas).....	57
4.2.5 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).....	57
4.2.6 Terapia basada en Modelo Cognitivo Social.....	59
4.2.7 Terapias Cognitivo - Conductuales de Tercera Generación.....	59
Capítulo 5.....	61
Modelos explicativos de la AS y TCC, así como técnicas basadas en la teoría Cog. Soc.....	61
5.1 Fundamentos Teóricos de los TCC para el TAS (modelos explicativos)	61
5.1.1 Modelo Cognitivo de Beck para la ansiedad.....	61
5.1.2 Modelo Cognitivo de David Clark y Adrian Wells (MCW).....	63
5.1.3 Modelo Conductual de Barlow y Durand.....	64
5.1.4 Modelo de Rapee y Heimberg (1997).	66
5.2 Técnicas cognitivo conductuales para el TAS	68
5.2.1 Técnicas conductuales.....	68
5.2.4 Técnicas basadas en la teoría del aprendizaje social	77
5.2.5 Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación.....	79

Capítulo 6.....	81
Planteamiento del Problema	81
6.1 Planteamiento del Problema.....	81
6.2 Justificación.....	82
6.4 Pregunta de investigación.....	86
5.5 Objetivo General	86
6.6 Objetivos específicos.....	86
6.7 Variables.....	87
6.8 Hipótesis.....	87
Capítulo 7.....	88
Método	88
7.1 Participantes	88
7.1.1 Criterios de inclusión.....	88
6.1.2 Criterios de exclusión	88
7.1.3 Criterios de eliminación	88
7.2 Diseño.....	88
7.3 Instrumentos	92
7.4 Procedimiento.....	95
7.5 Análisis de Datos.....	96
7.6 Consideraciones Éticas.....	96
Capítulo 8.....	97
Resultados	97
8.1 Piloteo.....	98
8.2 Resultados por participante	102
Participante 1	102
Participante 2	110
Participante 3	117
Participante 4	124
Discusión.....	132
Limitaciones y Sugerencias.....	135
Conclusiones	138
Referencias.....	140

Anexos.....	153
-------------	-----

Índice de Tablas

No. de Tabla	Pág.
Tabla 1. Trastornos de Ansiedad.....	15
Tabla 2. Trastornos de Ansiedad más frecuentes en la Adolescencia.....	16
Tabla 3. Rasgos distintivos entre la Timidez y el TAS.....	36
Tabla 4. Características de los participantes en la fase de piloteo.....	81
Tabla 5. Cambios realizados a la primera propuesta de tratamientos.....	82
Tabla 6. Puntuaciones del participante 1 de la fase piloto.....	88
Tabla 7. Puntuaciones del participante 2 de la fase piloto.....	89
Tabla 8. Participantes excluidos.....	90
Tabla 9. Puntuaciones generales de los participantes.....	90
Tabla 10. Puntos de corte de los instrumentos utilizados.....	92
Tabla 11. Puntuaciones del PP1-I.....	93
Tabla 12. Puntuaciones del PP2-C.....	100
Tabla 13. Puntuaciones del PP3-S.....	107
Tabla 14. Puntuaciones del PP4-O.....	114

Índice de Figuras

No. de Figura	Pág.
Figura 1. Esquema de Stein y Stein.....	37
Figura 2. Modelo Cognitivo de Beck para la Ansiedad.....	55
Figura 3. Modelo Explicativo de Clark y Wells para la FS.....	57
Figura 4. Modelo Explicativo de Barlow y Durand para la FS.....	59
Figura 5. Modelo Explicativo de Rapee y Heimberg.....	60
Figura 6. Puntuaciones del PP1-I.....	94
Figura 7. Puntuación del LSAS-A/PP1-I.....	95
Figura 8. Puntuación del SPIN (subescalas) PP1-I.....	95

Figura 9. Puntuación del EHS (subescalas) PP1-I.....	96
Figura 10. Niveles de AS del PP1-I, durante la <i>ICCAS-A</i>	97
Figura 11. Puntuaciones del PP2-C.....	101
Figura 12. Puntuación del LSAS-A/PP2-C.....	101
Figura 13. Puntuación del SPIN (subescalas) PP2-C.....	102
Figura 14. Puntuación del EHS (subescalas) PP2-C.....	103
Figura 15. Niveles de AS del PP2-C, durante la <i>ICCAS-A</i>	103
Figura 16. Puntuaciones generales del PP3-S.....	108
Figura 17. Puntuación del LSAS-A/PP3-S.....	109
Figura 18. Puntuación de SPIN (subescalas) PP3-S.....	109
Figura 19. Puntuación del EHS (subescalas) PP3-S.....	110
Figura 20. Niveles de AS del PP3-S, durante la <i>ICCAS-A</i>	111
Figura. 21 Puntuaciones generales del PP4-O.....	115
Figura 22. Puntuación del LSAS-A/PP4-O.....	116
Figura 23. Puntuación de SPIN (subescalas) PP4-O.....	116
Figura 24. Puntuación del EHS (subescalas) PP4-O.....	117
Figura 25. Niveles de AS del PP4-O, durante el <i>ICCAS-A</i>	118

Glosario de Abreviaturas

Concepto	Abreviatura
Acceptance and Commitment Therapy	ACT
Ácido Gama Amino Butírico	GABA
Agorafobia	AG
Ansiedad Social	AS
Brief Fear of Negative Evaluation	BFNE
Clasificación Internacional de las Enfermedades	CIE
Cognitivo Conductual	CC
Depresión Mayor	DM
Desensibilización Sistemática	DS
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM
Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica	ENEP
Entrenamiento en Habilidades Sociales	EHS
Exposición	EXP
Fear of Negative Evaluation Scale	FNES
Fobia Específica	FE
Fobia Social	FS
Habilidades Sociales	HS
Intervención Cognitivo Conductual para Ansiedad Social en Adolescentes	ICCAS-A
Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa	IMAO's
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina	ISRS's
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina	IRSN's
Liebowitz Social Anxiety Scale,	LSAS
Miedo a la Evaluación Negativa	MEN
Modelo Cognitivo de Beck	MCB
Modelo de Clark y Wells	MCW
Mutismo Selectivo	MS
National Institute for Health and Care Excellence	NICE

Pensamientos Automáticos	PA
Punto de Corte	PC
Reestructuración Cognitiva	RC
Sistema Nervioso Autónomo	SNA
Social Anxiety Scale for Adolescents	SAS-A
Social Anxiety Scale for Children	SAS-C
Social Avoidance and Distress	SAD
Social Interaction Anxiety Scale	SIAS
Social Phobia and Anxiety Inventory for Children	SPAIC
Social Phobia Inventory	SPIN
Social Phobia Safety Behaviours Scale	SPSS
Social Phobia Scale	SPS
Social Thoughts and Beliefs Scales	STABS
Taijin Kiofusho	TKS
Terapia de Activación Conductual	TAC
Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness	TCBM
Terapia Cognitivo Conductual	TCC
Terapia Interpersonal	TIP
Terapia Racional Emotiva Conductual	TREC
Trastorno de Ansiedad Generalizada	TAG
Trastorno de Ansiedad Social	TAS
Trastorno Depresivo Mayor	TDM
Trastorno Dismórfico Corporal	TDC
Trastorno Evitativo de la Personalidad	TEP
Trastorno Obsesivo Compulsivo	TOC
Trastorno de Pánico	TP
Trastorno por Uso de Sustancias	TUS
Terapias de Tercera Generación	TTG
Trastorno Evitativo de la Personalidad	TEP
Tratamiento Cognitivo Conductual	TCC
Unidades Subjetiva de Medida	USD

Resumen

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS), se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población a nivel mundial y es debido a la naturaleza de tal trastorno que es difícil realizar el correcto y oportuno diagnóstico de éste, por lo cual tiende a cronificarse, generando una pobre calidad de vida en quienes lo padecen. Debido a lo anterior, es que resulta necesario la creación e implementación de tratamientos efectivos para disminuir y/o eliminar los síntomas causados por el TAS, razón por la que el objetivo de este trabajo fue aplicar y evaluar la eficacia de un tratamiento de corte cognitivo conductual en cuatro adolescentes con niveles moderados a altos de ansiedad social (AS).

La intervención en cuestión, constó de nueve sesiones semanales de 60 min., a excepción de la primera y la última, cuya duración fue de 90 min; cabe señalar, que dentro de las técnicas utilizadas estuvieron la exposición, la relajación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. Por otra parte, debido a las características de la muestra se utilizó un diseño de estudios de caso N=1.

Dentro de los resultados obtenidos, se pudo observar una notable disminución en los síntomas relacionados con la AS (tanto físicos como cognitivos) en tres de los cuatro participantes, por lo que se puede inferir que la intervención utilizada (*ICCAS-A*: Intervención cognitivo conductual para adolescentes con ansiedad social), puede ser eficaz para tratar el TAS.

Palabras clave: trastorno de ansiedad social, terapia cognitivo conductual, adolescentes, estudio de casos, síntomas físicos y cognitivos.

Abstract

Social Anxiety Disorder (SAD), is among the most frequent anxiety disorders in the population worldwide and is due to the nature of such disorder that it is difficult to make the correct and timely diagnosis of it, so it tends to become chronic, generating a poor quality of life in those who suffer from it. Due to the above, it is necessary to create and implement effective treatments to reduce and / or eliminate the symptoms caused by the SAD, reason why the objective of this work was to apply and evaluate the effectiveness of a cognitive treatment behavior in four adolescents with moderate to high levels of social anxiety (SA).

The intervention in question consisted of nine weekly sessions of 60 min., With the exception of the first and last, whose duration was 90 min; It should be noted that within the techniques used were exposure, relaxation, cognitive restructuring and training in social skills. On the other hand, due to the characteristics of the sample, a design of case studies $N = 1$ was used.

Among the results obtained, we observed a remarkable decrease in symptoms related to AS (both physical and cognitive) in three of the four participants, so it can be inferred that the intervention used (ICCAS-A: Cognitive behavioral intervention for adolescents with social anxiety), it can be effective to treat SAD.

Key words: social anxiety disorder, cognitive behavioral therapy, adolescents, case studies, physical and cognitive symptoms.

Introducción

El DSM V (APA, 2013), define el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) como el miedo o ansiedad intensa que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. Hofmann y Barlow (2002) definen he dicho trastorno como el miedo intenso a mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores (Hofmann y Barlow, 2002).

Aunque la denominación “Trastorno de Ansiedad Social” como tal, es reciente, pues no fue sino hasta el DSM IV (APA, 2000) que se acuña este término como nombre alternativo a la Fobia Social. Este trastorno de ansiedad es probablemente tan antiguo como lo es el hombre viviendo en sociedad, ya que síntomas como timidez, evitación de situaciones sociales, o la misma ansiedad ante dichas situaciones, son descritos desde la época de Hipócrates (460-370 a. C.), citado por Schneier (1991) de la siguiente manera:

“A través de la timidez, suspicacia y vergüenza; Él no será visto en el extranjero... Él se atreve a andar sin compañía, por miedo el suele ser deshonrado, utilizado, se excede en sus discursos... Él piensa que cada hombre lo observa...” (pp. 349).

Como podemos percatarnos con la aseveración anterior, dicho trastorno llega a tener graves consecuencias en la vida de quienes lo padecen. Asimismo, es bien conocida la alta comorbilidad del TAS con otros trastornos psicológicos, tanto en adultos como en niños y adolescentes, entre los que destacan los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y trastornos por abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias tóxicas (Beesdo et al., 2007; Essai et al., 1999; Faravelli et al., 2000; Olivares, Rosa et al., 2002; Stein et al., 2001).

A pesar de todas las consecuencias negativas que tiene este trastorno, incluyendo su alta prevalencia, ha sido uno de los trastornos más infravalorados, de tal forma que la mayoría de los individuos que lo padecen no buscan tratamiento, a menos que desarrollen un trastorno adicional (Clark y Beck, 2012).

No obstante, se considera que es el segundo trastorno de ansiedad más frecuente en la población mexicana (Asociación de Psiquiatría Mexicana, 2015), seguido del Trastorno de Ansiedad Generalizada, lo cual como se verá a continuación causa serios problemas en quienes lo padecen, generando una merma significativa en estas personas.

Por tales causas, el presente proyecto de investigación pretende desarrollar un tratamiento cognitivo conductual que ayude a disminuir o eliminar los síntomas del TAS, o bien, de la ansiedad social (AS), en cualquier grado que se considere mayor al de una persona sin problemas de AS. Cabe aclarar, que es debido a lo anterior, que la presente intervención lleva por nombre Intervención Cognitivo Conductual para Adolescentes con Ansiedad Social (*ICCAS-A*). La razón de que esta intervención esté enfocada en adolescentes, es debido a que la mayoría de los autores concuerdan en que la etapa en la que se instaura el TAS es en la adolescencia (ver. cap. 2). Cabe mencionar, que este trabajo constó de distintas etapas, las cuales se describirán a continuación de manera general, para orientar al lector.

En el primer capítulo se expondrá la temática del miedo y la ansiedad emociones necesarias para la subsistencia de la mayoría de las especies, debido a que nos previenen del peligro, y que cómo se describe, aunque muy parecidas y comúnmente abordadas como si se tratara de emociones distintas, poseen ciertas diferencias. Por otra parte, y como se describe en dicho capítulo existen ciertos criterios para determinar en qué punto tanto la ansiedad como el miedo son consideradas como “anormales”, o bien disfuncionales, originando distintos problemas en quienes la padecen. En este capítulo se hará mención de la clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5, y se describirán de manera general los trastornos de ansiedad más frecuentes en la infancia y en la adolescencia.

En lo que respecta al capítulo dos, se detallará todo lo referente al TAS, tal como los criterios que especifican tanto el DSM-5 como el CIE-10, además de la etiología, su curso y prevalencia. Otro aspecto importante que se aborda en este capítulo, son los trastornos comórbidos, ya que como la mayoría de los trastornos psicológicos, estos no se encuentran de manera aislada, sino que por lo general comparten criterios, síntomas y signos entre sí.

En lo que respecta al capítulo tres se mencionarán y describirán de manera breve los instrumentos y técnicas más utilizadas para evaluar y/o diagnosticar la AS, incluyedo los inventarios, los autoinformes y las entrevistas.

Por otra parte, el capítulo cuatro expone de manera general los tratamientos más utilizados para tratar el trastorno en cuestión, los cuales pueden ser psicoterapéuticos o farmacológicos. Dentro de los tratamientos farmacológicos se nombrarán los más usados hasta el momento, tales como los antidepresivos, las benzodiacepinas o los beta-bloqueadores. En lo que respecta a los tratamientos psicoterapéuticos, se explicarán los enfoques que se han utilizado para tratar el TAS, sin ahondar en

éstos, incluyendo las técnicas cognitivo conductuales, mismas que se detallarán una a una en el capítulo cinco.

En el capítulo seis, se indicarán los modelos explicativos para la AS, incluyendo un modelo explicativo para la ansiedad, además de las TCC más utilizadas en diversas investigaciones, para controlar el TAS. Cabe señalar, que los modelos explicativos son ampliamente utilizados en las primeras sesiones de varias de las investigaciones revisadas, en específico el Modelo de Clark y Wells (MCW); en lo que respecta a las TCC expuestas, se incluyen también aquellas que no se utilizaron en el ICCAS-A y que suelen ser utilizadas.

En el capítulo seis encontraremos lo referente al planteamiento del problema, así como la justificación correspondiente, los objetivos, las hipótesis y el diseño de la presente investigación. En lo referente a la justificación se mencionan las investigaciones más importantes en las que se hayan utilizado TCC para el TAS, incluyendo diversos meta-análisis.

En el capítulo siete se expondrán los resultados obtenidos en este trabajo, por participante, pues como se verá en el capítulo seis, el diseño utilizado $N=1$, lo que busca es medir el cambio clínicamente significativo de la persona, no tanto un cambio estadístico, razón por la cual se exponen los cambios de cada uno de los participantes, tanto en los instrumentos aplicados, como sesión tras sesión.

Por último, tenemos la discusión, en la cual se revisan los resultados obtenidos respecto a las investigaciones previas, además de las limitaciones encontradas, así como las sugerencias que se plantean tomando en cuenta lo anterior.

Capítulo 1

Miedo y Ansiedad

Debido a la naturaleza del trastorno que nos ocupa, es menester dedicar el presente capítulo a abordar las características tanto de la ansiedad como del miedo, así como las diferencias que existen entre éstas, ya que por lo general, y debido a que se solapan entre ellas, se manejan de forma indistinta (Barlow, 2002).

Por otro lado, se tratará de manera general la clasificación que hace el DSM-5 (APA, 2013), respecto a los trastornos de ansiedad, así como sus características, prevalencia y consecuencias.

Tomando en cuenta lo anterior, es importante ahondar en las características que tienen el miedo y la ansiedad cuando se consideran anormales, o bien, cuando causan algún tipo de disfuncionalidad en quiénes los padecen, tal y como se muestra a continuación.

Por otra parte y dado que, el estudio de la ansiedad comenzó en el siglo XVIII y como la mayoría de los trastornos, ha sufrido cambios en la manera de concebirse, estudiarse y entenderse, resulta importante hacer un breve paréntesis, para revisar de manera concisa, la evolución histórica de dicha emoción.

1.1 Breve historia acerca del estudio de la Ansiedad

El estudio de la ansiedad, término que tiene su origen del latín *anxietas*, que significa preocuparse, durante mucho tiempo se relacionó con la neurosis, de tal forma que autores como Conti y Stagnaro (2007) proponen a la neurosis como concepto clave para entender cómo ha cambiado la manera de entender, estudiar y tratar a la ansiedad, o mejor dicho los trastornos de ansiedad.

El término neurosis fue introducido oficialmente por el médico escocés William Cullen en 1796 (Sarudiansky, 2012); tal término cubrió un amplio terreno nosológico, pues abarcaba diversos cuadros que incluían la histeria, la hipocondría y la melancolía, además de incluir síntomas que actualmente se encuentran en las conceptualizaciones de la ansiedad, tales como la disnea, dispepsia o palpitaciones. Como ejemplo de lo anterior tenemos la definición que daba el médico francés Paul Briquet (1768-1881) acerca de la histeria, la cual era considerada por éste como una neurosis del encéfalo.

Otro ejemplo es el de Jean Marie Charcot (1825-1889), quien habla de la neurastenia histérica masculina, teoría que sin duda tienen una gran influencia en el trabajo de Freud en el cual vincula

estrechamente la sintomatología ansiosa con el concepto de neurosis, siendo la descripción del término “neurosis de ansiedad” o “neurosis de angustia” dado por Freud a finales del siglo XIX.

El diagnóstico por excelencia en lo que refiere a la ansiedad (Sarudiansky, 2012), y es debido a la generalidad y poca especificidad del término “neurosis”, que para la tercera edición del DSM (APA, 1980) es removido; no obstante, la amplia aceptación y difusión del psicoanálisis hizo de “la neurosis” uno de los conceptos más utilizados tanto en el campo específico de las disciplinas psicológicas como en el contexto cotidiano.

1.2 Ansiedad y Miedo, emociones normales y necesarias.

El trastorno de ansiedad social, tal y como su nombre lo indica, pertenece al grupo -nosológicamente hablando- de los trastornos de ansiedad (APA, 2013), los cuales se caracterizan ya sea por miedo o ansiedad anormales y/o desadaptativos (Clark y Beck, 2012).

Tanto el miedo como la ansiedad suponen una respuesta aversiva ante situaciones amenazantes o peligrosas, así como la activación de diversos mecanismos somáticos (Barlow, 2002), por lo que, hasta cierto punto, resulta evidente que haya una superposición entre estas emociones (Ohman, 2007). Si a esto le aunamos el hecho de que muchas expresiones lingüísticas distintas hacen referencia a la ansiedad con palabras tales como miedo, susto, pánico, horror, terror, entre otras (Barlow, 2002), no es de extrañar que haya cierta confusión e inexactitudes al hablar de los términos miedo y ansiedad.

Si bien, en cierta forma el miedo constituye el proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 20012), resulta necesario hacer la correcta distinción entre éstos, ya que de ello partiremos para exponer y profundizar en los distintos modelos explicativos del TAS.

1.3 El miedo y sus características

Clark y Beck (2012) definen el miedo como un estado neurofisiológico automático, primitivo, de alarma, que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza y peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo.

Barlow (2002) por su parte, define al miedo como una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción.

El miedo está controlado, en gran medida, por el sistema límbico del cerebro, el cual incluye algunas de las estructuras más primitivas de éste (Anthony y Swinson, 2008). Dichas estructuras son compartidas con la mayoría de los animales evolucionados, de tal forma que cuando se presenta una situación de peligro la mayoría de los organismos entran en un estado de alerta, que incluye ciertas

conductas ya sean de enfrentamiento o escape, lo que en inglés denominan “fight or flight” (Ohman, 2002).

A nivel neurofisiológico resulta indispensable mencionar el papel central que tiene la amígdala en el procesamiento del miedo (Clark y Beck, 2012), ya que dicha estructura cerebral está relacionada con las conexiones neuroanatómicas, las cuales presentan múltiples proyecciones externas a través del núcleo central con el hipotálamo y el hipocampo, y con varias estructuras del tronco cerebral implicadas en la activación autónoma y de respuestas neuroendocrinas asociadas con el estrés y la ansiedad (LeDoux, 1996; Clark y Beck, 2012).

Los individuos con lesiones en la amígdala o atrofia en ésta región cerebral, presentan dificultad para percibir el miedo, ya sea en las voces, cuerpos, ojos o rostros de terceros. En resumen, podemos concluir que la amígdala está implicada en la psicopatología relacionada con las experiencias que involucran el miedo y ansiedad (Damsa et al. 2009; Linnquist et al, 2012).

Por otro lado Damasio & Carvalho (2013), sugieren que emociones como el miedo son causadas tanto por estímulos interoceptivos (como el dolor cardíaco), o exteroceptivos, es decir estímulos externos que resultan amenazantes (un animal peligroso, un hombre armado, etc.). Tales situaciones provocan reacciones fisiológicas como:

1. Aumento del pulso cardíaco, con la finalidad de llevar un flujo mayor de sangre y oxígeno a los músculos esqueléticos (extremidades, específicamente).
2. Se secreta la hormona adrenalina, la cual genera contracción de músculos faciales específicos, los cuales darán como resultado expresiones faciales de miedo.
3. La respiración pulmonar se acelera para agilizar el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono.
4. Las pupilas de los ojos se dilatan para mejorar la percepción visual.
5. Los músculos se contraen preparándose para huir o pelear.

Si bien, para nuestros antepasados estas respuestas eran imprescindibles para escapar de los peligros a los que se enfrentaban (como los depredadores) (Ohman, 2002). En nuestros días los peligros a los que nos enfrentamos son mucho más sutiles (trabajo, deudas, tráfico, entre otros) y tales reacciones físicas lejos de resultar beneficiosas, llegan a ser incómodas y en muchas ocasiones acrecientan la sensación de o en su caso, de ansiedad.

1.4 La ansiedad y sus características

La ansiedad se define 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 aversivas, debido a que se perciben como acontecimientos imprevisibles e incontrolables, que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Clark y Beck, 2012). En otras palabras la ansiedad es un sentimiento de “amenaza” orientado hacia el futuro, o bien, la aprehensión asociada a la sensación de que eventos incontrolables e impredecibles pueden suceder (Ohman, 2002).

Según Clark y Beck (2012), la ansiedad se caracteriza por síntomas a nivel fisiológico, cognitivos, conductuales y afectivos:

1. Síntomas fisiológicos: aumento del ritmo cardiaco, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho, sensación de asfixia, aturdimiento, mareo, sudores, sofocos, náusea, dolor de estómago, diarrea, temblor en los brazos o piernas, entre otros.
2. Síntomas cognitivos: miedo a perder el control, al daño físico o a la muerte, a enloquecer, a la evaluación negativa, así como pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes.
3. Síntomas conductuales: evitación de las situaciones de amenaza, conductas de huida, alejamiento, quedarse helado o paralizado, dificultad para hablar.
4. Síntomas afectivos: nerviosismo, inquietud, impaciencia, frustración, tensión.

1.5 Diferencias entre el Miedo y la Ansiedad

Tomando en cuenta lo anterior, vale la pena recalcar la diferencia entre el miedo y la ansiedad de acuerdo con la perspectiva cognitiva de Clark y Beck (2012):

“El miedo se define como una valoración automática de una amenaza o peligro inminente, mientras que la ansiedad es la respuesta subjetiva permanentemente ante la activación del miedo, es decir, la ansiedad implica un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual más compleja que el miedo, el cual es un proceso cognitivo básico” (pp.63).

En otras palabras, aunque el miedo subyace a todos los trastornos de ansiedad, ésta última representa el estado más permanente asociado a las situaciones amenazantes.

Otro distintivo de la ansiedad con respecto del miedo, es que la ansiedad se distingue porque existen conductas de evitación en quienes la padecen, además de que la causa de esta emoción puede o no ser real (Rapee, 2016).

1.6 Miedo y ansiedad anormales

Tal como se mencionó anteriormente tanto el miedo como la ansiedad cumplen un papel en la función adaptativa que es crítica para la supervivencia de la especie humana (Clark & Beck, 2012), y si dichas emociones son inherentes al ser humano, entonces, ¿En qué momento se convierten el miedo y la ansiedad en estados disfuncionales y desadaptativos? Clark y Beck (2012), consideran cinco criterios para distinguir en qué momento, o bien, bajo qué circunstancias tanto el miedo como la ansiedad resultan ser anormales, y por lo tal, se les debe denominar como trastornos de ansiedad o fobias.

Por otra parte, y debido a que tanto el miedo como la ansiedad comparten en esencia las mismas características (con sus respectivas diferencias), es que los criterios para determinar su anormalidad son básicamente los mismos:

1.6.1 Criterios para determinar cuando el miedo y/o la ansiedad son anormales

Aunque, como se expuso anteriormente, existen diferencias conceptuales entre el miedo y la ansiedad, es importante señalar, que comparten criterios al momento de determinar su anormalidad o disfuncionalidad, tal y como se muestra a continuación:

1. Cognición disfuncional: asunciones y/o creencias falsas que implican una valoración errónea de peligro en una situación, la cual no es confirmada mediante la observación directa (Beck et al., 1985; Clark & Beck, 2012). Las creencias falsas se deben a errores en el procesamiento cognitivo asociados a un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de dicha situación.
2. Deterioro del funcionamiento: la ansiedad y el miedo clínicos interfieren directamente con el manejo efectivo adaptativo de la amenaza percibida, y de forma más general en la vida social cotidiana y en el funcionamiento de la persona.
3. Persistencia: en los estados clínicos, la ansiedad persiste mucho después de lo que podría esperarse en condiciones normales. Tal es así que con frecuencia, los individuos propensos a la ansiedad experimentan mucha ansiedad a diario y durante muchos años.
4. Falsas alarmas: Barlow (2002), define a las alarmas como “miedo o pánico visible que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido”.
5. Hipersensibilidad a los estímulos: en los estados clínicos el miedo por estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inocuas por los individuos “sanos”.

Es importante recalcar que el nombre que se le da al miedo cuando este es desmedido y/o desproporcionado, es el de fobia (Ohman, 2002), por esta razón, y como se verá a continuación, se utilizan términos como fobia específica, agorafobia, o bien, fobia social (como anteriormente se le llamaba al TAS), los cuales en el DSM-5 (APA, 2013) se engloban en el grupo de Trastornos de Ansiedad (mismo nombre, que recibe la ansiedad cuando es desproporcionada y disfuncional).

Cabe señalar que no es necesario que estén presentes todos los criterios en un caso particular para determinar que se trata de un trastorno de ansiedad (aquí entran también las fobias o miedos desmedidos); por otro lado, es necesario agregar que todos los trastornos de ansiedad implican la anticipación de una amenaza en forma de rumiación, expectación ansiosa y pensamientos negativos (Rapee, 2016).

1.7 Trastornos de Ansiedad

El DSM-V (APA, 2013) define a los trastornos de ansiedad como aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas tales como la evitación.

Por otra parte, Rapee (2016) agrega que dichas conductas de evitación pueden ser manifiestas hacia situaciones específicas tales como lugares o estímulos, o bien, pueden presentarse de forma más sutil a través de comportamientos o actitudes tales como la indecisión, la incertidumbre o el retraimiento.

Cabe recalcar que, como se mencionó con anterioridad, tanto el miedo como la ansiedad van acompañados de respuestas fisiológicas, razón por lo que no podemos hablar de trastornos de ansiedad sin mencionar el conjunto de síntomas físicos asociados, que reflejan un aumento en la activación (Clark y Beck, 2012).

1.7.1 Subclasificación de los trastornos de ansiedad de acuerdo al DSM-V.

Es importante señalar los trastornos que incluye el DSM-V (APA, 2013) en la clasificación de Trastornos de ansiedad, lo cual servirá para contextualizar de mejor manera el trastorno que nos ocupa.

A continuación se mencionan los trastornos de ansiedad de acuerdo a la clasificación que realiza el APA (2013).

Tabla 1

Trastornos de Ansiedad

Clasificación según el DSM-V (APA, 2013)
1. Trastorno de ansiedad por separación
2. Mutismo selectivo (MS)
3. Fobia específica (FS)
4. Trastorno de ansiedad social (fobia social)
5. Trastorno de pánico (TP)
6. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
7. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
9. Otro trastorno de ansiedad especificado
10. Otro trastorno de ansiedad no especificado

Trastornos de Ansiedad de acuerdo con el DSM-5

Por otro lado, se debe hacer hincapié, en que difícilmente se encontrará un trastorno de manera pura o aislada, no siendo los trastornos de ansiedad la excepción, pues como bien lo menciona el APA (2013), estos tienden a ser altamente comórbidos tanto entre sí, o bien con otros trastornos como los del estado de ánimo o los trastornos de la personalidad.

1.7.2 Trastornos de Ansiedad más comunes en la adolescencia.

Podemos definir a la adolescencia como una transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales importantes (Larson & Wilson, 2004; Papalia, Wendkos & Duskin, 2004). Dentro de los principales cambios cognitivos que sufre el adolescente, está el tener una mayor conciencia de sí mismo como objeto social, lo cual trae consigo nuevos miedos e inquietudes, entre los que destacan el miedo al rechazo por parte de los compañeros, el miedo al ridículo, a no gustar, al fracaso, entre otros.

Aunque los miedos mencionados con anterioridad son normales y propios de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el adolescente, pueden existir factores que provoquen que estos miedos y/o ansiedad sean desproporcionados e irracionales, de tal forma que se convierten en trastornos (tal como se ha mencionado anteriormente), que llegan a interferir con la funcionalidad de los individuos que los padecen.

A continuación se explican de manera breve los trastornos de ansiedad que se tienden a padecer más en la etapa de la adolescencia, o bien, en adultos jóvenes. Por otra parte, y en lo que respecta al trastorno de ansiedad social, se tratará a mayor profundidad en el capítulo 2, por lo que en la tabla 2 sólo se aborda de manera general.

Tabla 2

Trastornos de Ansiedad más frecuentes en la Adolescencia

Trastorno	Característica principal	Características asociadas
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	Una tendencia a preocuparse por una amplia gama de posibilidades negativas de que algo va a suceder.	• Preocupación repetida y excesiva en varias áreas, tales como las finanzas familiares, las amistades, las tareas escolares, el rendimiento deportivo, la salud propia y de la familia, así como cuestiones cotidianas y de menor importancia. • Tendencias a buscar repetidamente la protección de los padres u otras personas por sus temores. • Evitan la novedad, las noticias negativas, situaciones inciertas, y cometer errores. • Síntomas físicos, insomnio e irritabilidad cuando están preocupados.
Trastorno de Ansiedad Social (TAS)	Miedo y evitación de interacciones sociales, o desempeño social debido a la creencia de que los demás evaluarán negativamente al adolescente.	• Evitan una serie de actividades sociales o situación • es que incluyen hablar o actuar delante de otros, conocer nuevos pares, hablar con figuras de autoridad como profesores, ser el centro de atención de cualquier manera, y miedo a las citas. • Preocupaciones sobre la evaluación negativa de otros, incluyendo que otros piensen que son poco atractivos, estúpidos, desagradables, demasiado seguros de sí mismos, o raros. • Número limitado de amigos y dificultad para hacer amigos nuevos. • Altos niveles de timidez o centrados en sí mismos.

Fobias Específicas (FE)	La característica principal de las fobias específicas implica el miedo y la evitación en respuesta a una serie de señales específicas, situaciones u objetos.	Algunos miedos comunes en los adolescentes son: • Ser rechazados por sus pares • Hacer el ridículo • Ser evaluados negativamente
Trastorno de Pánico (TP)	Miedo a sufrir ataques de pánico inesperados, lo que implica comúnmente varios síntomas físicos (taquicardia, respiración entrecortada, mareos, vértigo, entre otros) así como un miedo súbito e intenso a morir, a perder el control y sensación de desrealización.	• Varios síntomas somáticos que alcanzan su pico máximo con relativa rapidez y se prolongan por un período específico. • Por lo menos algunos de los ataques ocurren inesperadamente o “de la nada”.
Agorafobia	Implica un temor adicional y evitación de varias situaciones “agorafóbicas”, comúnmente debido al miedo de sufrir un ataque de pánico en esas situaciones.	• Evitación de situaciones que puedan provocar los síntomas o sus consecuencias. • Las situaciones agorafóbicas comunes incluyen lugares de los que es difícil escapar rápidamente como el transporte público, espacios cerrados, cines, o tráfico intenso. • Existe una frecuente dependencia con señales específicas que dan seguridad, comúnmente una figura de apego segura.

Fuente: “Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Rapee, 2016).

1.7.3 Prevalencia de los Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad, son de los problemas psiquiátricos más frecuentes en el mundo occidental (Simpson et al., 2010, citado en Remes, Brayne, Linde y Lafortune, 2016) de tal forma que de todas las enfermedades mentales, son las que cuentan con mayor prevalencia, llegándose a estimar que entre el 13.6% a 28.8% de la población general padecerá un trastorno de esta índole (Heinze y Camacho, 2010; Kessler et al., 2005); llegando hasta una prevalencia del 18% en Estados Unidos (Kessler et al., 2005; Remes et al., 2016)-

Con relación a la prevalencia en México, la Asociación Psiquiátrica Mexicana reportara que el 6.6% de la población presentó algún tipo de trastorno de ansiedad (Chávez-León, 2015).

En cuanto a los trastornos de ansiedad en la adolescencia, estos son comunes, con índices de prevalencia de seis meses que oscilan entre el 6% y el 17% (Brenton et al., 1999; Clark y Beck, 2012; Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo y Pagani, 2001), siendo los más frecuentes las FE, el TAG y el TAS (Rapee, 2016).

Con respecto a las diferencias debidas al género, las mujeres muestran una incidencia significativamente mayor que los hombres en prácticamente todos los trastornos de ansiedad (a excepción del Trastorno Obsesivo Compulsivo), llegando a tener una proporción de 2:1, mujeres respecto a hombres (APA, 2013).

En lo que a diferencias culturales se refiere, podemos observar que el miedo y la ansiedad existen en todas las culturas, sin embargo, su experiencia subjetiva se ve modelada por factores específicos de cada cultura (Barlow, 2002; Ham y Hope, 2003). No obstante, lo que si varía de cultura a cultura es la incidencia del tipo de trastorno de ansiedad (APA, 2013). Además, existen pruebas que demuestran que la cultura desempeñan un Heinrichs, Rapee, Alden, Bögels, Hofmann., Ja Oh, y Sakano, 2006).

1.7.4 Etiología de los Trastornos de Ansiedad.

Dentro de las causas de los trastornos de ansiedad podemos distinguir dos grandes vertientes: los factores biológicos y los factores debidos a la propia experiencia.

Como en el siguiente capítulo se tratarán las causas de TAS (las cuales son prácticamente las mismas para todos los trastornos de ansiedad), sólo se mencionarán de manera breve los factores anteriormente mencionados:

- ***Factores biológicos.***

1. Genéticos: estudios de ansiedad en gemelos indican que alrededor del 30% al 40% de los síntomas y trastornos se puede atribuir a la heredabilidad (Gregory y Eley, 2007; Rapee, 2016); además este riesgo genético para los trastornos de ansiedad se asocia al neuroticismo general.
2. Factores psicofisiológicos: estudios refieren una hipersensibilidad de la amígdala ante situaciones ansiógenas en individuos con problemas de ansiedad, a diferencia de individuos que no presentan este tipo de trastornos y cuya amígdala no muestra dicha hipersensibilidad y sobreestimulación (Badós, 2009).
3. Neuroquímicos: pacientes diagnosticados con Parkinson, enfermedad que como es bien sabido se debe a una disminución en los niveles de dopamina, llegan a desarrollar trastornos de ansiedad. Se infiere que la deficiencia de dicho neurotransmisor podría ser un predisponente para desarrollar

trastornos de ansiedad (Rapee y Spence, 2006). Por otra parte, estudios recientes muestran que niveles bajos de serotonina pueden influir en el desarrollo de trastornos de ansiedad (Salín-Pascual, Arroyo-Guzmán y Pérez de León-Vázquez, 2015).

4. Temperamentales: diversas investigaciones han demostrado que los niños muy pequeños que son identificados como altamente inhibidos están en mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad a lo largo de su vida; dichos estados de inhibición ocurren en niños entre los 2 y 5 años de edad (Rapee, 2016).

- ***Factores debidos a la propia experiencia.***

1. Eventos vitales: entre estos podemos nombrar las experiencias traumáticas, sobre todo a edades tempranas, el bullying y las burlas; los cambios drásticos (muertes, cambios de escuela, de ciudad, etc.) (Badós, 2009).
2. Sesgos cognitivos: los niños ansiosos reportan un aumento de las creencias y expectativas de amenaza (Rapee, 2016). Por otro lado, investigaciones recientes se han enfocado en la manera en la que los niños ansiosos procesan la información y las amenazas, mostrando sesgos en la atención de la amenaza y en la información respecto a ésta (Hadwin et al., 2006; Rapee, 2016). Por su parte Beck et al., (1985, 2005; Clark y Beck, 2012), consideraron la auto-confianza disminuida y las dudas sobre uno mismo como un aspecto importante de la vulnerabilidad a la ansiedad. Todo lo anterior da como resultado lo que Clark y Beck (2012) denominan *vulnerabilidad cognitiva*.
3. Factores parentales y familiares: actualmente se sabe que la crianza de niños ansiosos está caracterizada por la sobreprotección, intrusismo y, en menor medida, negatividad (Wong y Rapee, 2016). Además se ha demostrado que los hijos de padres ansiosos aumentan el riesgo de ansiedad en los hijos, pues los moldean de acuerdo a sus vivencias, miedos y estrategias de afrontamiento (Badós, 2009).

Como pudimos percatarnos los trastornos de ansiedad tienen un origen multifactorial, razón por la cual, es importante.

De acuerdo a lo anterior, se podría concluir que como la mayoría de los trastornos psicológicos, las causas del TAS son multifactoriales, pudiendo ser de tipo genético, biológico, o debido a las experiencias propias del individuo. Dichas causas además, pueden contribuir a que se cronifique y/o empeore dicho trastorno, tal como se comentará a continuación.

1.7.5 Persistencia y Curso.

Los trastornos de ansiedad, en especial los que inician a edades tempranas, de no atenderse de manera oportuna, tienden a cronificarse con relativamente pocas remisiones (APA, 2013), aunque con índices de recaída más variables tras la recuperación completa (Barlow, 2002; Ham y Hope, 2003). Dado que la mayoría de los trastornos de ansiedad aparecen por primera vez en la infancia y adolescencia, podemos aducir que la cronicidad de la ansiedad es un componente significativo (Rapee y Spence, 2004).

Por otro lado, estudios longitudinales han demostrado que los niños ansiosos tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir trastornos de ansiedad y del ánimo en la adolescencia, así como de abuso de sustancias (Last, et al., 1997; Pine et al., 1998; Rapee, 2016). Lo anterior, no exime el que una persona que nunca tuvo un problema de tipo ansioso en la niñez, pueda llegar a presentar alguno de estos trastornos en la vida adulta, tal y como sucede con el TAG, la FE, la AG, los TP, entre otros (Austin, Hunter, Gallagher y Campbell, 2008).

Es necesario señalar que tanto los trastornos de ansiedad como los síntomas ansiosos pueden llegar a generar una reducción significativa en la calidad de vida, produciendo deterioro en distintas áreas de la vida tal como la laboral, la personal y la social (Remes et al., 2016).

Como se pudo observar a lo largo de este capítulo, tanto el miedo como la ansiedad, son emociones normales y necesarias para nuestra supervivencia, pues es gracias a estas que los seres humanos somos alertados del peligro, a la vez que nuestro cuerpo se prepara para enfrentar o huir de dichas amenazas. Si bien las causas de la ansiedad y el miedo que podemos llegar a sentir son muy diferentes a las amenazas que presentaban nuestros ancestros hace siglos, dichas emociones siguen siendo igual de funcionales y necesarias, siendo entonces el problema la intensidad y duración con que estas se presentan, así como lo mucho que puedan llegar a interferir con la vida de quienes padecen este exceso de miedo y/o ansiedad, condiciones a las que denominamos trastornos de ansiedad.

Cabe señalar que a partir del siguiente apartado, y una vez discutidas las diferencias entre el miedo y la ansiedad ya sólo nos referiremos a la ansiedad y sus trastornos. Por otra parte y debido a lo que complejo que resultan los trastornos de ansiedad así como las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que pueden ocasionar, es que resulta de gran interés y necesidad el estudiar dicha problemática para poder brindar una mejor atención a quienes lo padecen; siendo por ello

necesario revisar de manera detenida el miedo y la ansiedad, como se hizo en este capítulo, para poder entender y contextualizar de mejor manera el trastorno que nos ocupa.

Capítulo 2

Trastorno de Ansiedad Social

Como bien se mencionó al inicio de este trabajo, el TAS se define como el miedo o ansiedad intensa que aparecen en todas las situaciones sociales en las que el individuo está sujeto al posible escrutinio por parte de terceros (APA, 2013); por esto, quienes padecen dicho trastorno muestran gran deterioro en la mayoría de las áreas de su vida, sin mencionar los trastornos comórbidos con los que siempre se presenta el TAS; es por ello, que en este capítulo se abordará a detalle todo lo concerniente al trastorno que enmarca la presente investigación.

2.1 Evolución Nosológica del TAS

El TAS fue durante mucho tiempo el trastorno de ansiedad menos estudiado, y por lo tanto al que menos se le dio importancia. Aunque Pierre Janet en 1903 ya había acuñado el término de “fobia social” para describir a los pacientes que temían el ser observados mientras hablaban, jugaban, tocaban el piano, escribía, etc. (Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 1994), no fue sino hasta la década de 1980 que autores como Marks y Gelder, comienzan a prestar especial atención a esta patología y a estudiarla de manera particular, y no como una extensión del trastorno de ansiedad generalizado o de la agorafobia; Marks y Gelder definen a la FS, de manera muy similar a como la podemos encontrar hoy en día (Liebowitz, 1987).

Por su parte, Paul Hartenberg a comienzos del siglo XX, constata la existencia de variadas formas de ansiedad social que este autor situó bajo la denominación común de “timidez” (Heimberg et al., 2014) señalan que hubo referencias muy concretas a la FS en la bibliografía alemana, inglesa e incluso japonesa en torno a este trastorno.

Por otro lado, André Légeron (1995; Antona, 2009) a mediados de los años de 1950 vuelve a emplear el término de ansiedad social. Para 1970, Isaac Marks revisa y depura el concepto de FS y clasifica como fobias sociales a los miedos a comer, beber, temblar, ruborizarse, hablar, escribir o vomitar en presencia de otras personas (Kearney, 2005). Ya para la tercera edición del DSM se reconoce a la FS como entidad independiente, incluyéndose por primera vez en dicho manual.

EL TAS como entidad nosológica, ha cambiado durante las distintas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA) de tal forma que se considera a la FS

como entidad diagnóstica hasta la tercera edición del DSM (1980) en el que se le agrupó, como hasta ahora, dentro de los trastornos de ansiedad y a su vez dentro de la categoría de trastornos fóbicos, haciéndose énfasis en que “Por lo general, el individuo es consciente de que el miedo se debe a que los otros puedan detectar signos de ansiedad en la situación fóbica” (APA, 1980; Antona, 2009, pp. 19).

En la versión del DSM-III-R (Nagata, Suzuki y Teo, 2015), básicamente se conserva la definición del trastorno respecto a la versión anterior con la única modificación que hace referencia explícita al hecho de que los temores pueden estar circunscritos a algún tipo de situación en concreto y/o que los temores pueden abarcar casi todas las situaciones sociales, surgiendo así, la clasificación de FS específica y de FS generalizada.

Para la publicación del DSM-IV (APA, 2000), se siguen manteniendo los criterios diagnósticos de la versión anterior, con la única diferencia de que se agrega como nombre alternativo a la FS la denominación de Trastorno de Ansiedad Social, la cual queda como nombre principal en la quinta versión del DSM (APA, 2014).

Por otro lado, para esta edición resultaba más importante diferenciar el diagnóstico de fobia social del Trastorno Evitativo de la Personalidad (TEP), trastorno que comparte muchos síntomas con el TAS que para el DSM-IV constituía una nueva categoría dentro de los trastornos del Eje II; el TEP a diferencia del TAS se caracterizaba por “hipersensibilidad a un potencial rechazo, humillación o vergüenza, y a limitarse a relaciones donde hubiera cierta garantía de aceptación sin crítica, además de ser individuos con baja autoestima” (Lampe, Franz y Suderland, 2013).

Con la publicación del DSM V, la denominación de Trastorno de Ansiedad Social se convierte en el nombre principal de este padecimiento, debido a que en 2012, Bruce, Heimberg, y Coles, mediante un estudio concluyen que el nombre de trastorno influía en la percepción de necesidad de tratamiento (Heimberg et al., 2014). Otra de las modificaciones que se hizo al TAS en la quinta edición del DSM, es que desaparece la subdivisión del TAS en TAS generalizado y TAS específico.

En las anteriores ediciones del DSM se indica como principal miedo en el TAS, el que la persona que lo padece, pudiera actuar de manera que mostrara síntomas de ansiedad, los cuales la humillaran o avergonzaran. En el DSM V, este criterio ha sido cambiado de manera que “El individuo teme que él o ella, pueda actuar de manera tal, que sus síntomas de ansiedad puedan ser evaluados negativamente” (APA, 2013).

Como se mencionó en los párrafos anteriores es de esperarse que como parte de la sintomatología del TAS estén el miedo al rechazo y el miedo a ofender a otros, situaciones que llevan a las personas con este padecimiento a suprimir las expresiones de enojo las cuales se relacionan con el miedo a la evaluación negativa (Nagata et al., 2016).

2.2 Trastorno de Ansiedad Social

El DSM V (APA, 2013), marca los siguientes criterios diagnósticos para el TAS (Fobia Social):

2.2.1 Criterios Diagnósticos del DSM-5 para el TAS.

1. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otros individuos (p. ej., dar una charla).
2. *Nota:* En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.
3. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
4. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
5. **Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
6. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
7. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
8. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
9. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
10. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

11. Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.
12. Pautas para el diagnóstico: especificar cuando se trata de AS sólo para la ejecución, hablar en público.

2.2.2 Criterios diagnósticos del CIE-10 para el TAS.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE; Organización Mundial de la Salud, 1992), indica los siguientes criterios y pautas para el diagnóstico del TAS:

Criterios para el diagnóstico:

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad por evitación).

Pautas para el diagnóstico (CIE-10):

1. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
2. Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
3. Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Tal como se observa, ambas clasificaciones comparten la mayoría de los criterios, sólo diferenciándose en algunas características tales como que el CIE-10, establece cierta edad (18 años) para poder diagnosticar TAS en edad adulta; además esta clasificación sigue haciendo la distinción entre TAS generalizado y circunscrito, la cual ya no se maneja en el DSM-5.

2.3 Síntomas del TAS.

Los síntomas del TAS se pueden agrupar de acuerdo a las siguientes categorías: síntomas somáticos o fisiológicos, cognitivos y conductuales:

- a) Síntomas fisiológicos o somáticos: en esta categoría se encuentran las principales manifestaciones que afectan al sistema somático y autonómico de quienes padecen TAS (Bados, 2009). Entre estos se encuentran las palpitaciones, elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, sensación

de ahogo, náuseas, opresión o malestar torácico, molestias gastrointestinales, parestesias, escalofríos, desrealización, inestabilidad, mareo y desmayos.

- b) Síntomas cognitivos: las principales características de quienes padecen TAS, están en las cogniciones distorsionadas que poseen (Hartman, 1989); estas incluyen en un marcado temor a la evaluación negativa por parte de los demás, la focalización de la atención de manera acentuada sobre uno mismo y sus sensaciones, Dificultades para pensar y recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse, tendencia a centrar la atención en sí mismo, alto grado de perfeccionismo, metas muy elevadas, presencia de temores básicos y pensamientos negativos (Juster, Heimberg, Frost, Holt, Mattia y Faccenda, 1996).
- c) Síntomas conductuales: en este grupo se incluyen todos aquellos comportamientos motores que se manifiestan de modo externo en quienes padecen TAS. Entre estos se encuentran la evitación de la mirada, gestos inapropiados, la evitación de las situaciones temidas, ya sea no asistiendo o no participando, uso de conductas de búsqueda de seguridad o conductas defensivas y el consumo de alcohol o tranquilizantes (Stopa y Clark, 2000).

2.4 Etiología del TAS.

El surgimiento del TAS depende de una serie de factores que interactúan entre sí, dentro de los que se incluyen factores biológicos y psicológicos (Badós, 2009). Entre los primeros se encuentran:

2.4.1 Factores Biológicos.

1. Una mayor capacidad innata para reconocer la amenaza social y responder sumisamente a la misma, así como un bajo umbral de activación fisiológica y lentitud en la reducción de la activación. Este se considera como un fenómeno de la evolución filogenética por el que algunas personas percibirían e interpretarían ciertas señales sociales (faciales, corporales) en términos de amenaza y mostrarían una conducta sumisa que les permitiría, tanto evitar el enfrentamiento con los miembros dominantes del grupo, como permanecer dentro de la seguridad de dicho grupo (Badós, 2009); además las personas que padecen TAS muestran un incremento en la activación de la amígdala antes gestos faciales que denotan alguna emoción negativa (Etkin et al., 2007; citado por Brühl, Delsignore, Komossa, y Weidt, 2014).
2. Causas Genéticas: se ha asociado la prevalencia de diversos trastornos, entre los que se encuentran el TAS, trastorno de estrés post traumático (TEPT), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno depresivo mayor (TDM), con el hecho de que el alelo S del polimorfismo 5-HTTLPR, del gen SLC6A4 (el cual está implicado

en el transporte de la serotonina) es más corto (Lesch et al. 1996; Kim y Sasaki, 2013), lo cual provoca en quienes tienen éste, reacciones cerebrales más intensas frente a los estímulos estresantes, a diferencia de aquellos individuos que no poseen el alelo más corto en el gen mencionado (Hariri y Holmes, 2006; Barret, Mesquita, Ochsner y Gross, 2007); cabe mencionar que los síntomas de depresión en las personas con el alelo S más corto, son más intensos, en comparación a quienes no (Karg et al. 2001; Kim et al. 2013). Además estos estudios sugieren que ciertos genotipos tienen riesgo de ser más vulnerables a las experiencias negativas (Taylor et al. 2006; Kim et al. 2013).

3. Por otro lado, existe la probabilidad de que los factores de riesgo para el TAS, puedan ser transmitidos a través de los genes encargados de codificar los sistemas de neurotransmisión: serotonina y dopamina (Salín-Pascual, Arroyo-Guzmán y Pérez de León-Vázquez, 2015).
4. Otra de las causas genéticas reportadas para el TAS, radica en que el cromosoma 16 parece estar implicado, en una región próxima a un “gen candidato”, el transportador de norepinefrina (Glernter, Page, Stein y Woods, 2004; Stein y Stein, 2008).
5. El grado de activación de la amígdala, se correlaciona de manera positiva con la severidad de los síntomas de AS (Salín-Pascual et al., 2015), lo cual se ha observado en pacientes con AS.
6. Bajo umbral de activación fisiológica y lentitud en la reducción de activación: las cuales, al igual que los trastornos mencionados anteriormente, probablemente tienen su causa en la transmisión genética y se refieren a la dificultad del proceso de adaptación a situaciones nuevas o amenazantes. Esta mayor activación fisiológica ha sido ligada al factor temperamental denominado “inhibición conductual ante lo no familiar” (Kearney, 2005).
7. Se ha encontrado relación entre el gen responsable de la producción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y el temperamento inhibido (Wong y Rapee, 2016) característico del TAS.
8. El estudio de síndrome de Williams (condición opuesta a la AS, caracterizándose por una hipersociabilidad), ha mostrado que las bases genéticas relacionadas a las conductas sociales, pueden tener un espectro que va desde las conductas de aislamiento hasta las pro-sociales), lo cual se debe a una serie de alteraciones en el cromosoma 7q.11.23., el cual tiene ausentes de 20 a 25 genes (Salín-Pascual et al., 2015).

9. Se ha observado que pacientes con Parkinson, tienden a desarrollar TAS (Schneir, Liebowitz, Abi-Dargham, Zea-Ponde, Lin, Lauelle, 2000; Stein y Stein, 2008), por lo que se infiere que la deficiencia del neurotransmisor dopamina puede estar relacionado con su desarrollo.

En todos los casos parece claro que, estos marcadores biológicos heredados no son específicos de los estímulos sociales, y el hecho de que se activen sólo con estos estímulos no depende del componente hereditario (Antona, 2009).

Respecto a las causas psicológicas se encuentran los factores debidos a la propia experiencia, los cuales pueden interactuar aisladamente o en combinación, con la predisposición biológica para producir AS en determinadas personas (Wong y Rapee, 2016).

2.4.2 Factores debidos a la propia experiencia.

1. Padres sobreprotectores (hipercontroladores), muy exigentes, poco o nada afectuosos: este tipo de padres se caracterizan por utilizar la vergüenza y el “qué pensarán” como técnicas educativas y disciplinarias, llegando inclusive, a mostrar una actitud rechazo (Stein y Stein, 2008).
2. Falta de experiencia social y de habilidades sociales: la cual se produce por factores tales como una educación inhibidora de las relaciones sociales, aislamiento del propio niño, aislamiento de la familia y falta de modelos adecuados (Rapee, 2016).
3. Observación de experiencias sociales negativas o de ansiedad social en los padres o personas allegadas: unos progenitores que tienden a preocuparse por los juicios de los demás, la apariencia y el comportamiento social, y que muestran conductas de evitación y sumisión pueden propiciar en sus hijos conductas de ansiedad y preocupaciones similares (Vreeke, Muris, Mayer, Huijding y Rapee, 2013). Dentro de las teorías que apoyan el aprendizaje de la AS debido a la observación de experiencias sociales negativas o de AS en los padres, están las teorías conductuales; durante décadas los psicólogos experimentales basándose en la teoría del aprendizaje han demostrado que las respuestas de miedo pueden ser adquiridas a través de un proceso de aprendizaje asociativo. Clark y Beck (2012), indican que la teoría del aprendizaje inicial se centraba en la adquisición de miedos o reacciones fóbicas a través del condicionamiento clásico. Por ejemplo, en distintos experimentos, Mineka y Ohman, (2002; Frith y Frith, 2012), demostraron que monos Rhesus, adquieren el miedo a las serpientes mucho más rápido al observar que otros monos les temen. El condicionamiento o miedo aprendido mediante la observación, también ha sido observado en humanos (Olsson et al. 2007, Frith y Frith, 2012).

4. Cambio de circunstancias: aquí se incluyen las situaciones sociales, familiares, escolares, etc., además de realizar actividades temidas que anteriormente no era necesario llevar a cabo (Badós, 2009).
5. Experiencias negativas en situaciones sociales: entre las que se encuentran las burlas, el desprecio, el ridículo, rechazo, o marginación en intimidación; dichas condiciones interactúan con las variables temperamentales y de personalidad (Nagata et al., 2015). Es posible que las experiencias negativas sociales sean más en el TAS específica que en la generalizada (subdivisión utilizada hasta el DSM-IV-TR, 2000). Respecto a las experiencias negativas es necesario agregar que los efectos de estas dependen de factores tales como su frecuencia, intensidad, ocurrencia de periodos de estrés y tipo y magnitud de la experiencia.

2.4.3 Otros predisponentes para el TAS.

Liebowitz (1987) concluyeron que la introversión era más elevada en quienes padecían TAS en comparación con los agorafóbicos, o bien con personas sin ningún trastorno.

Quienes padecen TAS pueden tender a tener rigidez, escasa capacidad de adaptación a las nuevas situaciones, elevada hipersensibilidad a las críticas o al rechazo. Por último se ha planteado la posibilidad de que las personalidades con rasgos evitativos u obsesivo-compulsivos pueden contribuir a que aparezca el TAS (Lampe et al., 2013).

2.5 Prevalencia.

Aunque el TAS tiene poco de ser estudiado y clasificado como tal, es el más común de los trastornos de ansiedad y el tercero más frecuente de los trastornos psiquiátricos, con sólo el trastorno depresivo mayor y el alcoholismo como trastornos más prevalentes (Nezu et al., 2006).

En cuanto a la prevalencia del TAS en México, y de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Mexicana, se estima que el 4% de la población presenta éste, siendo el trastorno de ansiedad más frecuente (Chávez-León, 2015).

En cuanto a la prevalencia del TAS en adolescentes y niños los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que este es un trastorno psicológico altamente prevalente, llegando a ser considerado como uno de los más diagnosticados en el contexto clínico durante esta fase (Rapee, 2016).

Con relación al género la mayoría de los estudios epidemiológicos apuntan a un mayor número de mujeres que de hombres aquejados por el TAS, indicando una proporción de 1:1.5 en favor de las mujeres (Turk y Heimberg, 1998).

Con respecto al estado civil, si bien hay estudios en los que no se han encontrado diferencias significativas de quienes padecen, se ha demostrado que las personas que sufren de dicho trastorno presentan altos niveles en lo referente a la soltería, separaciones y viudez (Kearney, 2006).

En lo referente al desempeño académico, si bien es muy probable que las personas con TAS desarrollen problemas escolares (asistencia, participación) y de relación con los pares, este no resulta una limitante en lo que a obtención de una educación elevada o una posición socioeconómico alta se refiere (Aimes et al., 1983; Liebowitz, 1987).

Por su parte Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz y Weissman (1992; Rapee y Heimberg, 1997) caracterizaron a los fóbicos sociales como personas con un nivel cultural bajo; en cuanto al nivel socioeconómico no estaban más afectados que quienes no padecían TAS.

En resumen, podemos señalar que el TAS se presenta con mayor frecuencia en mujeres, suele estar asociado a un menor nivel social, educativo y económico y, en general, el estado civil es el de soltero o separado.

2.6 Edad de aparición y curso.

Con respecto a la edad de inicio del TAS, aunque la mayoría de los autores coinciden que es en la adolescencia y comienzo de la edad adulta, entre los 15 y 20 años (Rapee y Spence, 2004), no hay un consenso en cuanto a la edad “específica” (Kearney, 2005). Otros autores como Olivares et al., (2003) sitúan la edad de inicio del TAS entre los 14 y 16 años, señalando que después de los 25 años es poco probable que surja el trastorno.

Si la edad en que se establece el trastorno es temprana, aún más puede serlo la presentación de los primeros síntomas; en relación a lo anterior Lecrubier et al., (2000; Antona, 2009) indican que si la edad de inicio del TAS es menor a los 15 años, este supone un factor predisponente para el trastorno depresivo mayor. El TAS ya de por sí es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión, abuso de alcohol u otras sustancias.

Al mismo tiempo, se estima que el TAS se instaura en la adolescencia o en los primeros años de la infancia (National Institute for Health and Care Excellence, NICE, 2013), volviéndose en la mayoría de los casos, crónico (Rapee et al., 1988; Reich et al., 1994; Chartier et al., 1998; Blanco, Xu, Schneier, Okuda, Liu y Heimberg, 2011) pudiéndose observar en niños entre 2-3 años, conductas indicativas de fuertes miedos sociales ante la crítica o desaprobación (Bados, 2009), mismas que son predictores y predisponentes para el posterior desarrollo del trastorno.

Diversos autores han señalado que los niños pueden tener conciencia de sí mismos como objetos de evaluación (Rapee, 1995); después de todo no debemos olvidar que el miedo al escrutinio o evaluación por parte de terceros es la característica esencial del TAS.

Por su parte Lecubrier et al., (2000; Antona, 2009) sugieren que si la edad en que se instaura el trastorno es menor a los 15 años, se corre un mayor riesgo de padecer depresión; el TAS en sí, supone un factor de riesgo para el desarrollo de depresión, abuso de alcohol y/o sustancias.

La razón por la que el TAS tiende a iniciar en la adolescencia, es debido a que en esta etapa se toma conciencia de sí mismo y de los otros como objetos de evaluación, crítica o desaprobación (Wilson y Rapee, 2006), es que esta etapa representa un momento crítico y determinante para el surgimiento e instalación de este trastorno.

Es necesario añadir que el TAS de tipo específico, puede aparecer de manera brusca tras una experiencia estresante o humillante (Bados, 2009); mientras que el subtipo de trastorno de ansiedad social generalizada se desarrolla de una forma más lenta, tras varios tipos de experiencias.

2.7 Trastornos Asociados.

El trastorno de ansiedad social puede ser difícil de distinguir respecto a otros trastornos de ansiedad, debido a que representa síntomas comunes con distintas psicopatologías, además de que los índices de trastornos comórbidos son muy altos en las personas que presentan un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad social (Turner y Biedel, 1989; Clark y Beck, 2012).

Se estima que cerca de 70% de quienes sufren TAS, tienen un diagnóstico adicional del Eje I (en el caso del DSM-IV-TR). Entre los trastornos específicos se encuentran la fobia simple (59%), agorafobia (45%), abuso de alcohol (19%), trastorno depresivo mayor (17%), abuso de drogas (13%) y distimia (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006). Por su parte Grant et al., (2005b; NICE, 2013), indican que el TAS tiene comorbilidad con otros trastornos de ansiedad (70%), trastornos afectivos (65%), dependencia a la nicotina (27%) y trastorno de uso de sustancias (20%).

2.7.1 Diagnóstico diferencial.

A continuación se mencionarán de manera general los trastornos que suelen mostrar más comorbilidad con el TAS.

- ***Mutismo Selectivo (MS).***

Descrito en la tabla 2, este se desarrolla en la infancia, y equivale a la AS en niños y adultos, considerándose que el 100% de los niños que sufren de este trastorno, desarrollan TAS más tarde (Cholemkery et al., 2014; Salín-Pascual et al., 2015).

- ***Trastorno de Pánico (TP) y Agorafobia (AG).***

El TP se caracteriza por la aparición súbita e inesperada de varias crisis de pánico (también llamadas de angustia), las cuales se singularizan por una ansiedad severa, a menudo acompañada de síntomas físicos tales como taquicardia, sensación de ahogo y falta de aliento (Stein y Stein, 2008).

Por otro lado, en la agorafobia las personas tienden a evitar las situaciones o lugares en los que temen que al sufrir un ataque de ansiedad su “escape” pueda ser complicado.

- ***Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).***

El TAG se define como una ansiedad o preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades cotidianos durante la mayoría de los días, al menos por un periodo de seis meses. Las preocupaciones generados por el TAG se caracterizan porque son excesivas y desproporcionadas (Cárdenas, Fera y de la Peña, 2010).

A diferencia del TAG, el TAS sólo se limita a las situaciones sociales o aquellas que involucran la evaluación por parte de terceros.

- ***Fobia específica (FE).***

En la fobia simple o FE, el miedo principal se relaciona con el objeto que causa dicha fobia, mientras que en el TAS el temor siempre se relacionará con el hecho de estar bajo la observación y/o escrutinio por parte de terceros (Stein y Stein, 2008); debido a lo anterior se concluye que a menos que la FE tenga que ver con el ser evaluado por otras personas, o bien que se relacione con estar en presencia de otras personas, el TAS y la FE serán entidades completamente diferentes y por lo tanto independientes.

- ***Trastornos por Uso de Sustancias (TUS).***

Los estudios epidemiológicos muestran una elevada comorbilidad entre el TAS y los distintos TUS, los cuales oscilan entre el 18 y el 37% (Buckey y Brown, 2006; Fatseas, Denis, Lavie y Auriacombe, 2010; Grant et al., 2004; Kessler et al., 2006; Marmorstein, 2012; Merikangas et al., 1996; Regier et al., citado en Martínez et al., (2014). La razón de esto, radica en que a menudo, quienes padecen TAS utilizan el alcohol para lograr deshinibirse en las reuniones sociales (Antona, 2009). Como se puede advertir en el primer párrafo de este apartado el 45% de quienes sufren de TAS presentan problemas con el consumo de alcohol.

- ***Síndrome de Taijin Kiofusho (TKS).***

En el síndrome de *taijin kiofusho*, la preocupación por la evaluación social involucra la creencia de que el individuo puede llegar a incomodar a otras personas por el simple hecho de como se ve, como huele, la forma de su cuerpo o los gestos que hace (Kleinknecht, Dinnel, Kleinknecht, Hiruma, y Harada, 1997). Dicha forma de ansiedad social es más común verla en las culturas orientales, específicamente en la japonesa.

- ***Trastorno de Ansiedad por separación.***

Este se presenta en general en niños y adolescentes, caracterizado por una ansiedad excesiva cuando no están con las personas a las que están apegados. La principal preocupación de los niños que padecen este trastorno es que a sus cuidadores les ocurra algo catastrófico como la muerte (Cárdenas, 2010).

- ***Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)***

La característica principal de este trastorno es la presencia de síntomas específicos, tales como, obsesiones y compulsiones, las cuales son lo suficientemente intensas como para causar disfuncionalidad en quienes lo padecen; las obsesiones son pensamientos o imágenes recurrentes que ocasionan mucha ansiedad y son involuntarios. Las compulsiones son comportamientos o actos repetitivos y ritualísticos, generalmente encaminados a disminuir la ansiedad (Cárdenas et al., 2010).

- ***Trastorno Dismórfico Corporal (TDC).***

Los pacientes con este trastorno tienen distorsiones cognitivas y creencias que pueden o no ser reales respecto a su apariencia; tienden a ver de manera exagerada sus defectos físicos (Stein y Stein, 2008). Otro de los temores que poseen quienes padecen TDC es el miedo a las interacciones sociales por lo que las tienden a evitar.

La presencia de conjunta síntomas positivos y negativos en el TDC facilita establecer la diferencia con el TAS, aunque no se debe olvidar que generalmente la presencia de uno predispone la presencia del otro (Antona, 2009).

- ***Esquizofrenia.***

La esquizofrenia es otro de los desórdenes psiquiátricos en los que se pueden llegar a presentar miedo y malestar con respecto a la interacción social. Por lo que es necesario tener presentes los síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia, al momento de realizar el diagnóstico (Stein y Stein,

2008). Por otra parte, estudios meta-analíticos, indican que el 14.9% de quienes padecen esquizofrenia, presenta también TAS (Williams, Capozzoli, Buckner, y Yusko, 2015).

- ***Trastornos de Personalidad.***

El TAS puede llegar a compartir criterios diagnósticos con algunos trastornos de la personalidad. En el caso de la personalidad esquizoide es fácil hacer la diferenciación, debido que los individuos con éste, no desean contacto social a diferencia de los individuos con TAS, que desean ser más sociables pero su alto nivel de ansiedad se los impide (Lampe et al., 2013).

Otro de los trastornos de personalidad con el que el TAS comparte varios criterios diagnósticos, por no decir la mayoría, es el Trastorno Evitativo de la Personalidad, razón por la cual requiere una mención aparte.

- ***Trastorno Evitativo de la Personalidad (TEP).***

El TAS presenta grandes dificultades en cuanto a su diferenciación con el TEP debido a que comparten la mayoría de sus criterios diagnósticos, especialmente con el subtipo generalizado del TAS (subdivisión vigente hasta DSM-IV-TR, 2000).

El DSM-IV-TR (APA, 2000), establece que quienes padecen el TEP tienen un sentido negativo de sí mismos, el cual está asociado con un profundo sentimiento de insuficiencia e inhibición para establecer relaciones interpersonales íntimas; cabe señalar que dichos sentimientos de inferioridad y baja autoestima, son una de las diferencias que existen entre el TAS y el TEP según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

En otras palabras, quienes sufren de TEP se sienten ansiosos, inferiores, socialmente ineptos y poco atractivos, por lo que se avergüenzan con facilidad; dichas características señaladas -sentimientos de inadecuación personal e ineptitud social- son otras de las diferencias entre el TEP y el TAS.

En cuanto a las similitudes que comparten dichos trastornos, se encuentran (APA, 2013):

1. Evitación de las situaciones sociales por miedo al ridículo o a la humillación.
2. Hipersensibilidad a las críticas.
3. Miedo al rechazo por parte de los demás, así como a la desaprobación.
4. Posible carencia de habilidades sociales e interpersonales.
5. Alta inhibición emocional.
6. Dificultad para expresar deseos o emociones ya sean positivas o negativas.

Para concluir lo concerniente a la comorbilidad entre el TAS y el TEP, es necesario señalar que algunas hipótesis colocan al TEP, como una variante severa del TAS, debido a que comparten la mayoría de sus criterios (Lampe, 2015), pudiendo haber casos de TEP sin TAS (Marques et al., 2012). Por otro lado la comorbilidad entre el TAS y el TEP varía entre el 22-89% (Lampe, 2015).

• **Timidez.**

Aunque no constituye un cuadro clínico *per sé*, no siempre es fácil distinguirla del TAS. La timidez puede definirse como aquellas características personales relacionadas con la expresión de cierto miedo, ansiedad, incomodidad e inhibición en situaciones sociales y miedo a la evaluación negativa de los demás, especialmente de las figuras de autoridad (Antona, 2009);

Como lo indica la definición anterior hay una gran similitud entre las características del TAS y la timidez, razón por la cual hasta hoy, sigue existiendo bastante confusión entre estos, tan es así que para algunos autores el TAS es similar a la timidez crónica (Kashdan, 2007); por otra parte autores como Nezu et al., (2006), señalan que las diferencias entre el TEP y la timidez son más de naturaleza cuantitativa que cualitativa.

Por otro lado, algunos autores establecen que la diferencia principal en el TAS y la timidez radica en función de la interferencia que tiene el TAS en los ámbitos académico, laboral y social, por lo que este trastorno resulta más grave e incapacitante que la timidez (Rapee y Spence, 2004).

A manera de clarificar lo dicho anteriormente, a continuación se enumeran las diferencias entre el TAS y la timidez (Turner, Beidel & Townsley, 1990; Clark & Beck, 2012).

Tabla 3
Rasgos distintivos entre la Timidez y el TAS

Timidez	Trastorno de Ansiedad Social
- Rasgo de personalidad normal	- Trastorno psiquiátrico
- Ante todo inhibición y reticencia social	- Presencia de ansiedad notable, incluso angustias en las situaciones sociales evaluativas
- Puede participar en interacciones sociales cuando sea necesario	- Propenso a mostrar una ejecución social pobre
- Menos propensión a evitar situaciones sociales	- Evitación más frecuente y generalizada de situaciones sociales
- Altamente prevalente en la población	

- Curso más transitorio para muchos individuos	- Menor índice de prevalencia
- Aparición temprana, quizá en los años preescolares	- Mayor duración, más crónica y no-remitente
- Menor deterioro de la vida cotidiana	- Aparición en la adolescencia
	- Mayor deterioro social y ocupacional

Se debe recalcar que no obstante las similitudes existentes entre el TAS y la timidez, así como el solapamiento que existe entre sus criterios diagnósticos, no es inherente el uno al otro, es decir, puede existir el TAS sin timidez y viceversa, de tal forma que sólo el 36% de los individuos con altos niveles de timidez satisfacen los criterios del TAS en comparación con el 4% de los individuos que presentaban timidez media o normativa (Chavita, Stein y Malcane, 2002; Clark & Beck, 2012).

- ***Trastorno Depresivo Mayor.***

El principal problema entre estos dos trastornos esté en determinar si el TDM es primario o secundario al TAS; si el TAS es el cuadro primario, se debe evidenciar que el miedo al escrutinio o evaluación por parte de terceros, estuvo desde el inicio del problema (Rapee y Spence, 2004).

Por otro lado, si el TDM es el trastorno primario, habrá un notable retraimiento social el cual tendrá como causa a la anhedonia, síntoma característico de los trastornos depresivos y el cual dista mucho del temor característico que produce el TAS.

- ***Síndrome de Solomon.***

Descrito en 1951 por Solomon Ash, éste hace referencia a las personas que temen destacar o sobresalir por encima de las otras personas, o bien, de un grupo, debido a la presión ejercida por éste. Por lo general, las personas que presentan éste síndrome son personas con baja autoestima, razón por la cual puede llegar a confundirse con el TAS, ya que con el fin de pasar desapercibidas, éstas personas tienden a retraerse e incluso a aislarse.

Ver fig. 1, donde se ilustra la comorbilidad del TAS con otras patologías

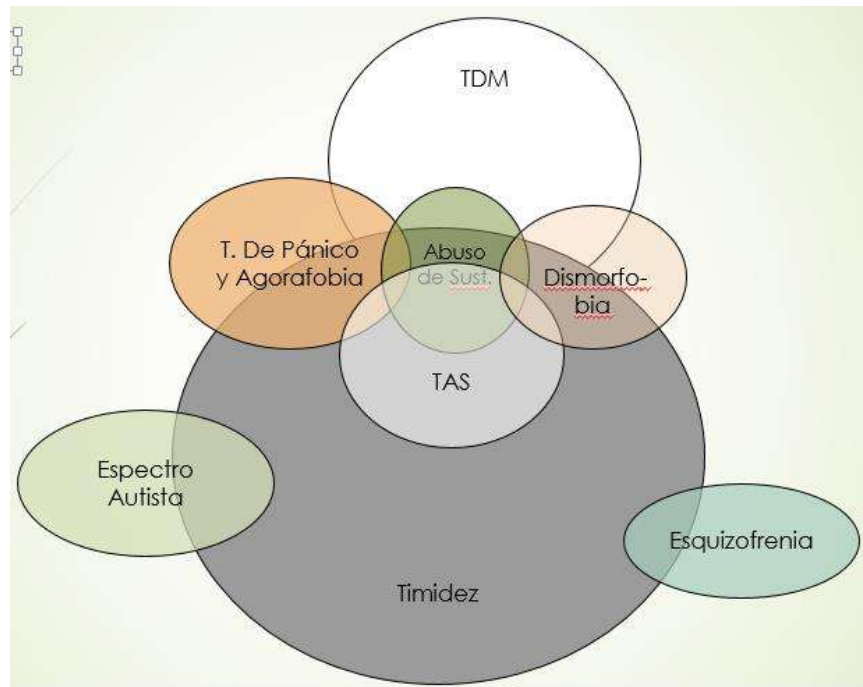


Fig.1. Esquema de acuerdo a Stein y Stein (2008).

Como se revisó a lo largo de este capítulo, el estudio del TAS, es complejo, y si bien instrumentos como el DSM o el CIE, sirven de guías al momento de “diagnosticar” o determinar que determinada persona padece el TAS, nunca se debe dejar de lado el hecho de que nunca se encontrará como un trastorno puro o “único” en el paciente. Es necesario tomar en cuenta la etiología de base, los trastorno comórbidos y desde luego la historia particular de cada individuo.

Capítulo 3

Evaluación

En el presente capítulo se describirán de forma general las distintas formas e instrumentos que se utilizan para evaluar el TAS, ya que como se mencionó anteriormente, gran parte de las consecuencias que origina este padecimiento se debe a su cronicidad debida a no oportuna, o bien, la falta de un diagnóstico correcto, mismo que determinará qué tratamiento es el más adecuado de acuerdo a las características del paciente; razón por la cual en este apartado también se discutirán los tratamientos debido a su probada eficacia.

Cabe señalar, que se descartó la utilización de muchos de los instrumentos de evaluación mencionados a continuación, no debido a sus propiedades psicométricas (que en la mayoría de los casos son buenas), sino debido a la disponibilidad de éstas, o bien, a que no se encontraron versiones en español con las características requeridas de acuerdo a la población que se seleccionó para esta investigación.

Es importante recordar que las finalidades básicas de la evaluación consisten en: 1) especificar los problemas del paciente, así como las repercusiones que tiene TAS en él, y de acuerdo con esta información determinar el tratamiento que resulte más adecuado para éste, y 2) valorar los resultados que se van obteniendo a través de la intervención aplicada (Bados, 2009). Dentro de los métodos e instrumentos empleados para este fin, los más utilizados son:

3.1 Entrevista diagnóstica y valoraciones clínicas

Estas representan un elemento clave al momento de diagnosticar AS, ya que mediante éstas el terapeuta puede observar cómo se desenvuelve la persona. La entrevista debe evaluar aspectos como la descripción del problema, historia y evolución del mismo, problemas mentales anteriores, historial médico y antecedentes familiares y de personalidad (Antona, 2009; Perpiñá et al., 2003).

Para el caso específico de la AS, se debe cubrir información acerca de las situaciones temidas y evitadas, los pensamientos relacionados a tales situaciones así como las condiciones que pueden estar agravando o reduciendo dicho problema, además de las consecuencias que esté teniendo en su vida profesional o personal (Olivares, Alcázar, Caballo, García-López, Orgilés y López-Gollonet, 2003).

Las entrevistas pueden ser estructuradas, semiestructuradas y con formato alternativo. Entre las más utilizadas están: el ADIS-IV- TR (Brown et al., 1994; Clark & Beck), la cual es una entrevista

con una duración de una a dos horas y la cual evalúa los diferentes trastornos de ansiedad, incluyéndose algunas preguntas de cribado sobre síntomas psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. También puede ser útil una entrevista centrada en la evaluación de las habilidades sociales (Caballo, 1993).

Por otra parte, y dado que las entrevistas pueden resultar muy ansiógenas para alguien con AS, se debe enfatizar el rapport inicial, así como el vínculo terapéutico y la empatía (Bados, 2009).

3.2 Cuestionarios de síntomas y autoinformes

Dentro de los cuestionarios más útiles para la evaluación del TAS, están:

3.2.1 Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNES*).

Creada por Watson y Friend, 1969, tiene dos versiones de ésta, la original y la abreviada; la original consta de 30 ítems que se responden de forma dicotómica como verdadero o falso, y pretende medir el componente cognitivo de la AS. Muestra sensibilidad al cambio terapéutico y presenta confiabilidad test-retest de .78 tras un mes, y un coeficiente alfa de consistencia interna de .94; por otra parte, tiene como limitantes el tener ítems repetitivos e impresos, no discriminación entre distintos trastornos de ansiedad (no sirve para diagnóstico diferencial), a excepción de las FE.

En cuanto a su uso, se recomienda su empleo debido a que el miedo a la evaluación negativa es la una de las características principales de la AS (APA, 2013), por lo un decremento en su puntuación puede asociarse a una mejora clínicamente significativa. Cabe señalar que se recomienda usar la versión abreviada de esta escala debido a que presenta mejores propiedades psicométricas.

3.2.2 Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*).

De Liebowitz (1987), el LSAS tiene 24 ítems que evalúan temor y evitación de determinadas situaciones sociales; se evalúan de acuerdo a una escala Likert de 4 puntos (0 a 3). Se compone de dos subescalas que evalúan problemas de situaciones de integración social (11 ítems) y de actuación social (13 ítems). Con respecto a su confiabilidad, tiene un alfa de Cronbach de .96.

3.2.3 Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (*Brief Fear of Negative Evaluation, BFNE*).

Esta versión fue realizada por Leary (1983), quien seleccionó 12 ítems del FNE, cambiando el formato de respuesta dicotómico a una escala Likert de cinco puntos (1 a 5), que va del no me

identifico en absoluto/nada característico en mí, al, me identifico completamente/muy característico en mí.

Dentro de las ventajas que posee está el que puede aplicarse de forma periódica, lo cual permite evaluar de manera constante el progreso del tratamiento. Aunque el instrumento indicó una alta correlación con la escala original (.92), éste presenta dos factores, uno con ítems directos, y otro con ítems inversos; el primero tiene buenas propiedades psicométricas, mientras que el segundo no, lo cual se atribuye a la confusión que pueden generar los ítems inversos (Weeks et al., 2009 y Becler 2002). Debido a lo anterior se recomienda utilizar sólo la puntuación derivada de los ítems directos. Es importante mencionar, que actualmente se cuenta con la versión mexicana de esta escala, la cual fue realizada por Bravo y Padrós (2013).

3.2.4 Escala de Ansiedad y Evitación Social (*Social Avoidance and Distress, SAD*).

Mientras el FNE busca evaluar el componente cognitivo, Watson y Friend (1969), crean el SAD con la finalidad de registrar las respuestas de ansiedad y evitación que integran ese constructo (García-López y Vera-Villarroel, 2003).

Esta escala consta de 28 ítems con el mismo formato del FNE; 14 de los cuales se refieren al malestar subjetivo de la persona y el resto a la evitación. Dentro de las ventajas que posee están, el que es sensible al cambio terapéutico (Antona, 2009; Butler et al., 1984; Gelernter et al., 1991; Heimberg et al., 1985; Mattick y Peter, 1988), cuya confiabilidad test-retest (después de un mes), es de .94, con un coeficiente alfa de consistencia interna de .94.

3.2.5 Escala de Fobia Social (*Social Phobia Scale, SPS*).

Elaborada por Mattick y Clarke en 1998, consta de 20 ítems los cuales se evalúan en una escala de 5 puntos (0 a 4), los cuales se enfocan en evaluar el miedo a ser observado por otros (hablar, escribir, firmar, comer, beber o trabajar en público). Esta escala estaba pensada para ser aplicada en mancuerna con la Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS), la cual se menciona posteriormente. Aunque el SPS y el SIAS tienen correlaciones altas, entre sí, en específico para algunas variables de personalidad, puede haber pacientes que puntúen alto sólo en una de las dos escalas (Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Alcázar, 2003). Una de las ventajas que posee el SPS, es que es sensible al cambio terapéutico.

3.2.6 Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*).

Creada también por Mattick y Clarke (1998), el SIAS tiene 19 ítems valorados en una escala de 5 puntos (0 a 4), lo cuales, como el nombre de la escala lo indica, intentan evaluar la ansiedad experimentada al interactuar con otras personas. Dentro de las bondades que posee esta escala están, el que es sensible al cambio terapéutico y el que puede discriminar entre AS específica y generalizada (lo cual no hace el SPS) (García-López et al., 2003).

3.2.7 Inventario de Fobia Social (*Social Phobia Inventory, SPIN*).

De Connor et al., el SPIN consta de 17 ítems, en una escala Likert de 5 puntos (0 a 4), de los cuales, seis, pretenden evaluar el miedo a distintas situaciones sociales, mientras que siete evalúan la evitación de las situaciones sociales, y cuatro, malestar fisiológico. Cabe señalar que en 2010 se realizó la versión mexicana adaptada por Bravo y Padrós.

A partir del SPIN, se desarrolló el Mini-SPIN, el cual sólo toma en cuenta los ítems 6, 9 y 15, mismos que han demostrado alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico.

3.2.7 Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*).

Creada por Turner, Beidel, Dancu y Stanley en 1989, consta de dos subescalas: fobia social (32 ítems) y agorafobia (13 ítems); de los cuales 21 tienen subítems, dando un total de 109 ítems. Los ítems tienen una escala de 7 puntos (1 al 7), lo cuales evalúan la frecuencia con la que una persona se siente ansiosa en distintas situaciones sociales, o bien, escapa o evita. Por otro lado, algunos ítems hacen referencia a cogniciones, sensaciones y reacciones conductuales en situaciones sociales.

Se pueden obtener tres puntuaciones, para AS, agorafobia y la diferencia entre éstas; dichas subescalas han demostrado una elevada fiabilidad test-retest y consistencia interna (García López, Olivares y Vera-Villarreal, 2003). Con respecto a la validez de constructo, varios estudios sugieren que este instrumento puede diferenciar entre sujetos con AS y otros trastornos de ansiedad (Beidel et al., 1989; López et al., 2003; Peters, 2000; Turner, Stanley, Beidel y Bond, 1989). Existe una versión abreviada de esta escala, la cual consta de sólo 23 ítems y tiene el nombre de *Social Phobia and Anxiety Inventory-23 (SPAI-23)*, la cual fue elaborada por Roberson-Nay et al., (2007).

3.2.8 Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAIC*).

Elaborado por Beidel, Turner y Morris, (1995; Beidel, Turner y Fink, 1996), ésta versión está pensada para niños entre 8 y 14 años de edad. Consta de 26 ítems los cuales miden síntomas somáticos, conductuales y cognitivos de la ansiedad y la AS en diversas situaciones sociales. Es una escala de frecuencia que va del 0 al 2. Por otra parte, se han identificado cinco factores: asertividad, conversación general, síntomas físicos y cognitivos, evitación y actuación o desempeño público.

3.2.9 Escala de Ansiedad Social para Niños (*Social Anxiety Scale for Children-Revised, SAS-C*) y Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A*).

El SASC-R (La Greca y Stone, 1993) y el SAS-A (La Greca y López, 1998) se basaron en el modelo de Watson y Friend (1969); el SAS-A se desarrolló a partir de la SASC-R. Ambas escalas tienen 22 ítems de los cuales, 4 son nulos (no cuentan en la puntuación final), por lo que son 18 los ítems que se agrupan en tres subescalas: Miedo a la Evaluación Negativa (FNE; 8 ítems), Ansiedad y Evitación Social ante Extraños (SAD-N; 6 ítems) y Ansiedad y Evitación Social ante gente General (SAD-G; 4 ítems). Cabe señalar, que los ítems se responden de acuerdo a una escala tipo Likert valorada de 1 a 5 de acuerdo a la frecuencia con que son aplicables para cada persona. Por otra parte existe una versión en castellano para el SASC-R, con los 18 ítems principales, pero con una escala de 4 puntos (1 a 3), creada por Sandín (1997).

3.2.10 Índice de Cambio de la Ansiedad Social Sesión por Sesión (*Social Anxiety Session Change Index, SASCI*).

Elaborado por Hayes et al. (2008), entra en la categoría de autoinformes, y sólo tiene 4 ítems (van de 1 a 7 puntos), por lo que se puede administrar sesión con sesión durante el tratamiento. Evalúa distintos aspectos como la AS, la evitación social, la preocupación por hacer el ridículo o, por ser evaluado negativamente. El SASCI no funciona como medida final en una intervención.

3.2.11 Escala de Conductas de Seguridad en la Fobia Social (*Social Phobia Safety Behaviours Scale; SPSS*).

Creada por Pinto-Gouveia, Cunha y Salvador (2003; Bados, 2009), esta escala evalúa la frecuencia de las conductas de seguridad durante las situaciones sociales ansiógenas, puntuando del 1 al 4, y con 17 ítems en total.

3.2.12 Escala de Creencias y Pensamientos Sociales (*Social Thoughts and Beliefs Scales, STABS*).

Elaborada por Turner et al., (2003), contiene 21 ítems orientados a evaluar la presencia de distintas cogniciones disfuncionales en personas con AS. El STABS, consiste en evaluar en una escala del 1 al 5, en qué medida se presenta determinado pensamiento o creencia. En esta escala se han encontrado dos factores altamente correlacionados: la comparación social y la incompetencia social (Bados, 2009).

3.3 Cuestionarios centrados en situaciones sociales determinadas y medidas individualizadas

Estos instrumentos fueron citados por Bados (2009).

3.3.1 Cuestionario de Confianza para Hablar en Público.

Diseñado por Gilkinson (1942) y modificado por Paul (1966), pretende evaluar el miedo y la seguridad para hablar en público, -antes, durante y después-, mediante 30 ítems con formato dicotómico (falso y verdadero). En España, Bados (1986) modificó en formato de respuesta por uno de escala tipo Likert de 6 puntos (García-López et al., 2003).

3.3.2 Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público.

Creado por Montorio, Guerrero e Izal (1991), este evalúa el grado de dificultad que presenta la persona durante una situación en la que deba hablar en público; tiene 33 ítems (en una escala Likert de 1 a 4) los cuales miden respuestas cognitivas, motoras y psicofisiológicas.

3.3.3 Inventario de Aserción.

Elaborada por Gambrill y Richey (1975), en el que para cada ítem la persona debe indicar el grado de inquietud o ansiedad respecto a responder asertivamente y la probabilidad de hacer o llevar a cabo la conducta adecuada. Consta de 40 ítems, los cuales se evalúan del 1 al 5.

3.3.4 Escala de Asertividad

De Rathus (1973), esta escala no tiene ítems referidos a sentimientos positivos como el amor, el afecto y la aprobación. Evalúa la asertividad a través de 30 ítems, los cuales puntúan de -3 a +3.

3.3.5 Informe Personal de Confianza como orador.

De Paul (1996), evalúa respuestas afectivas, cognitivas y conductuales del miedo a hablar en público.

3.4 Cuestionario de Conductas Objetivo.

Echeburúa la creó en 1995; este es un cuestionario individualizado en el que se especifican cinco conductas que el paciente quisiera realizar normalmente, calificando su grado de dificultad del 1 al 10.

3.3.6 Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas.

Generalmente se enumeran de 5 a 10 situaciones sociales ansiógenas, para las cuales se indica un nivel de ansiedad del 0 al 100. La jerarquización puede formar parte del autorregistro, tal como lo fue en el ICCAS-A.

3.5 Autorregistros

Aunque como indican McNeil, Ries y Turk, (1995):

“El autorregistro es un método muy práctico y eficaz para evaluar la conducta social de un individuo en su ambiente natural, fuera de la clínica o en el laboratorio” citado en Caballo, 1997, pp.37).

Este instrumento forma también parte de las técnicas cognitivas utilizadas para tratar la AS, razón por la cual se abordará de manera detallada posteriormente.

3.6 Observación

La observación puede realizarse en situaciones naturales, artificiales y simuladas (Badós, 2009). Las observaciones en situaciones naturales se llevan a cabo en el medio natural del cliente y la manera más práctica de realizarla es con ayuda de amigos y/o conocidos del paciente. La observación en situaciones artificiales se recrea en consulta, tratando de que sea lo más cercana posible a la realidad. En la observación bajo condiciones de simulación, se le pide a la persona que actúe en situaciones que simulan a aquellas que le provocan ansiedad.

Capítulo 4

Tratamientos para el TAS

Siendo el TAS un trastorno de origen multifactorial en el que, como se mencionó en el capítulo dos, juegan un papel importante tanto la predisposición genética como las vivencias propias del individuo, es que se utilizan tanto los tratamientos de tipo psicológico como los farmacológicos. Tales tratamientos se describirán de manera breve en el presente apartado, así como algunos de los principales estudios que se han realizado en torno a éstos.

4.1 Tratamientos farmacológicos

En las últimas dos décadas, un número importante de medicamentos se han utilizado para tratar los desórdenes de ansiedad (Blanco, Bragdon, Schneier y Liebowitz, 2014), debido a que éstos no sólo resultan ser una opción viable, sino necesaria en muchos pacientes con trastornos de ansiedad como lo es el TAS, es debido a esto, que se hará mención de los fármacos mayormente utilizados para tratar dicho trastorno; entre los más destacados están:

4.1.1 Antidepresivos.

Los antidepresivos son fármacos utilizados principalmente para tratar la depresión, no obstante, hay investigaciones de la década de 1970, que reportan el uso de éstos para tratar la ansiedad (Westenberg, 1994; Liebowitz et al 1985; Mountjoy et al 1977; Iyer y Steinberg 1975; Tyrer et al 1973; Solyom et al 1973, 1981; Kelly et al., 1970). Por su parte, en 1984 Marks et al., afirmaron que el uso de antidepresivos era efectivo para la AS, debido a que reducían la disforia producida por la depresión, trastorno altamente comórbido con el TAS (Levin, Schneier y Liebowitz, 1989).

Existen varios tipos de antidepresivos, de los cuales se describirán a continuación los que han sido utilizados para tratar el TAS.

- ***Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO's).***

Fueron los primeros medicamentos cuya utilización para tratar el TAS fue estudiada (Blanco et al., 2014), resultando ser altamente efectivos, en específico los siguientes fármacos: Fenelzina, Moclobemida y Brofaromina

Por otro lado es importante señalar que no obstante la eficacia de los IMAO'S, como es el caso de la fenelzina, el uso de éstos por lo general tiende a ser limitado debido a que supone restricciones

en la dieta (Aldana et al., 2006) ya que pueden causar un aumento en la tiramina, la cual a su vez incrementa la presión arterial (Stahl, 2013), razón por la cual se deben evitar los alimentos como el queso, las carnes ahumadas y los frijoles de soya fermentados, ya que son ricos en dicha sustancia.

- ***Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS's).***

Comúnmente considerados como los tratamientos farmacológicos de primera línea para el TAS, han sido ampliamente estudiados debido a su eficacia, seguridad y tolerabilidad, en comparación con los IMAO's (Van et al., 2001), además del efecto benéfico que tienen en la depresión, trastorno que como se mencionó, es en muchos casos comórbido del TAS.

Existen seis antidepresivos de este grupo, cada uno con sus propiedades particulares, pero teniendo en común la selectiva y potente inhibición de la recaptura de serotonina, también conocido como la inhibición del transportador de serotonina o SERT (Stahl, 2013).

Por otro lado, en cuanto a la eficacia de este tipo de antidepresivos para tratar el TAS, existen más de una docena de estudios que muestran que los ISRS's son altamente eficaces en comparación con los placebos. En cuanto a los meta análisis que apoyan lo anterior están el de Blanco et al. (2003), Canton (2012), Fedoroff y Taylor (2001), Gould et al. (1997), Hedges et al. (2007), Stein et al. (2004) y Van der Linden et al. (2000); de acuerdo con Blanco et al. (2014).

Dentro de los ISRS's más utilizados para tratar el TAS, están: la paroxetina, la sertralina, el escitalopram y citalopram y la fluvoxamina (Blanco et al., 2013).

- ***Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN's).***

Los IRSN's combinan la inhibición del SERT de los ISRS's con varios grados de inhibición del transportador de la norepinefina -o NET- (Stahl (2013).

En cuanto a los IRSN's utilizados para el TAS están la venlafaxina y la duloxetina. Respecto al primero, algunas de las investigaciones que avalan su efectividad, y de acuerdo con Blanco (2014), están la de Rickels et al. (2004), la de Stein et al. (2005) y Leibowitz et al. (2005b); en cuanto a la duloxetina, Simon et al. (2010) reporta una reducción significativa de los síntomas del TAS, después de seis semanas de tratamiento (Garay, 2016).

Por su parte, Chávez (2015) agrega que la paroxetina, la sertralina, la venlafaxina, la fluvoxamina y el escitalopram son los antidepresivos que en los ensayos clínicos controlados, doble ciego han resultado ser los más útiles para tratar el TAS; además la sertralina y el escitalopram también pueden prevenir recaídas.

- **Otros antidepresivos.**

Dentro de estos podemos nombrar a los antidepresivos tricíclicos, los cuales diversos estudios han demostrado ser poco eficaces para tratar el TAS (Blanco, 2014).

Otro antidepresivo utilizado para tratar el TAS, es el bupropin, el cual según Emmanuel y col (1991; Aldana, 2009) dio resultados positivos en un paciente con TAS y depresión comórbida; por su parte Potts y Davidson (1995; Blanco et al., 2014), reportó resultados negativos.

4.1.2 Benzodiacepinas de alta potencia.

Se utilizan con otros trastornos de ansiedad teniendo un efecto similar a los beta-bloqueadores (Stein y Stein, 2008), y si bien su uso es frecuente, debido a que muestran efectividad en el corto plazo, se debe valorar su uso ya que el efecto de sedación que suelen provocar puede interferir con las actividades cotidianas del paciente (Den Boer, Van Vliet y Westenberg, 1993).

Las benzodiacepinas actúan potencializando el efecto del neurotransmisor GABA (ácido gama amino butírico), el cual es un depresor del sistema nervioso. Dentro de las benzodiacepinas más utilizadas están el alprazolam, clonazepam, bromazepam y diazepam (Antona, 2009).

Las benzodiacepinas más estudiadas son el alprazolam y el clonazepam. En cuanto al clonazepam, Seedat y Stein (2004; Blanco, 2014) refieren que en el grupo de participantes al que se les suministró paroxetina con clonazepam hubo una mejora significativa (en el 79% de los participantes) con respecto al grupo que recibió paroxetina con un placebo.

4.1.3 Bloqueadores β -Adrenérgicos (Beta bloqueadores).

Los beta bloqueadores como el propanolol, actúan disminuyendo la hiperactividad de SNA, sobre todo cuando la persona ejecutará alguna actividad o actuación en público (Chávez-León, 2015); en estos casos se recomienda combinar los beta bloqueadores con alguna benzodiacepina (Stahl, 2013).

Aunque estos medicamentos no han mostrado ser mejores que las benzodiacepinas, la evidencia sugiere que son efectivos para situaciones ansiógenas específicas como la mencionada anteriormente, además de que a diferencia de las primeras, no interfieren con la concentración la coordinación (Garay, 2016).

4.1.4 Otros medicamentos.

Entre estos podemos mencionar a los anticonvulsivos como la pregabalina, la gabapentina, el topiramato y el ácido valproico, entre otros (Antona, 2009).

Por otro lado otro grupo de fármacos utilizados para los trastornos de ansiedad son los antipsicóticos atípicos y la D-cycloserina, siendo este último de los medicamentos más novedosos (Garay, 2014).

4.2 Tratamientos psicoterapéuticos

Los tratamientos psicológicos más utilizados para tratar el TAS son la terapia psicodinámica, la terapia interpersonal, la terapia de aceptación y compromiso, y desde luego la terapia cognitivo conductual, entre otras; ésta última ha demostrado ser altamente eficaz en el tratamiento del el TAS (Garay, 2016), razón por la cual es tratamiento psicológico por excelencia para tratar dicho trastorno.

4.2.1 Psicoterapia interpersonal.

La terapia interpersonal (TIP) es una de las psicoterapias basadas en el paradigma o abordaje interpersonal, es decir de las teorías interpersonales de Meyer, Sullivan y Fromm entre otros.

Este tipo de psicoterapia aborda los trastornos psicológicos enfocándose en la conexión que hay en los conflictos actuales del paciente, incluyendo sus conflictos interpersonales y sus estados emocionales (NIMH, 2002; Marcowitz y Weissman, 1995; Etchebarne, Fernández y Roussos, 2007).

Debido a que los resultados que ha mostrado la TIP, ésta ha sido considerada junto con la TCC, como las principales formas de psicoterapia para trastornos como la depresión (National Institute of Mental Health, 2007; Etchebarne et al., 2007). Por otra, es necesario señalar que no hay muchas investigaciones respecto a la TIP como psicoterapia de primera línea para el TAS.

En cuanto a la manera en que la TIP aborda el TAS, ésta postula que como consecuencia de la inseguridad que sienten las personas con AS, éstas desarrollan una serie de estrategias de autoprotección, además de que se limitan en la expresión de sentimientos y deseos (Lipsitz et al., 1997; Hoffart, 2009). Dichas conductas de autoprotección dan la impresión de que son personas distantes o poco interesadas en los demás, quienes a su vez pueden percibirse como rechazada.

Todo lo anterior tiene como consecuencia el que las otras personas se alejen de quienes tienen ansiedad social, lo cual crea ciclos interaccionales perpetuos, propiciando de esta forma el que quienes padecen este trastorno lo mantengan; en consecuencia la TIP, tiene como uno de sus objetivos principales el romper con esos ciclos interaccionales que a su vez propician y conservan los síntomas ansiosos.

4.2.2 Terapia psicodinámica.

De acuerdo con Salzer et al., (2013) la teoría psicodinámica asume que los síntomas de ansiedad se originan de experiencias dolorosas, peligrosas o inaceptables, lo que lleva al paciente a evitar dichas experiencias lo cual, a su vez produce que lejos de desaparecer tales síntomas de ansiedad, éstos se sigan desarrollando. En este tipo de psicoterapia, el terapeuta ayuda al paciente a que relacione los síntomas actuales que experimenta con los eventos interpersonales e intrapsíquicos previos de los cuales pudieron haberse originado estas defensas y dinámicas generadoras de ansiedad (Leichsenrin et al, 2014); todo ello con la finalidad de que el paciente tenga un insight y pueda utilizar defensas psicológicas más adaptativas.

Otras teorías de la terapia psicodinámica para la ansiedad, hacen énfasis las relaciones objetales y los sentimientos ambivalentes con respecto a sus seres significativos. Cabe señalar que a diferencia de la TCC, en la terapia psicodinámica no se dejan tareas, sino más bien se alienta al paciente a tener distintas conductas en relación a los miedos o ansiedad que padece.

En cuanto a la aplicación de este tipo de psicoterapia para tratar el TAS, podemos decir que aunque es utilizada frecuentemente en la práctica clínica, la evidencia de su eficacia para dicho trastorno es escasa (Salzer et al., 2018).

4.2.3 Terapia conductual (técnicas conductuales).

Podemos definir a éstas como las técnicas utilizadas en la terapia de conducta, la cual es definida por la AABT (Association for Advancement of Behavior Therapy: Asociación para el Progreso de la Terapia de la Conducta) (1975; Caballo, 1991) como:

La aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología experimental y social, para el alivio del sufrimiento de las personas y el progreso del funcionamiento humano. La terapia de conducta pone el énfasis en una valoración sistemática de la efectividad de estas aplicaciones... El objetivo es, esencialmente educativo. Las técnicas facilitan un mayor autocontrol (p. 13).

Cabe señalar que las técnicas conductuales a su vez, se dividen en: técnicas basadas principalmente el condicionamiento clásico y técnicas basadas principalmente en el condicionamiento operante. Dentro de las primeras están las técnicas de exposición, las técnicas de relajación y la desensibilización sistemática –estas principalmente utilizadas para tratar el TAS-. En lo que respecta a las técnicas basadas en el condicionamiento operante utilizadas para el TAS, está el

biofeedback. **Nota:** Las técnicas conductuales para tratar el TAS, se describirán de manera detallada en el siguiente capítulo.

4.2.4 Terapia cognitiva (técnicas cognitivas).

Creada en la década de 1960 por Aaron T. Beck (1964; Beck, 1995) éste, desarrollo la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, el cual se centra en las problemáticas actuales del paciente y cuyo objetivo es modificar los pensamientos y conductas disfuncionales que estén propiciando dichas problemáticas.

El modelo cognitivo de Aaron Beck, a diferencia de las teorías conductuales, sostiene que los individuos ante un estímulo no responden de forma automática, sino que antes de dar una respuesta emocional o conductual, llevan a cabo una serie de procesos mentales que implican la clasificación, interpretación y evaluación de dicho estímulo, y a partir de ello, le asignan un significado a éste; dicho significado está influido por los supuestos previos o esquemas cognitivos que tiene el sujeto.

El modelo cognitivo de A. Beck maneja conceptos como el de creencias centrales (las cuales son ideas fundamentales y profundas), creencias intermedias (nivel más esencial de la creencia, constituyen las reglas, actitudes y presunciones del individuo) y pensamientos automáticos (palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona) (J. Beck, 1995).

Existen modelos cognitivos específicos ya sea para la depresión, la ansiedad o los trastornos de personalidad, entre otros (Ruiz., Díaz y Villalobos, 2012).

Dentro de las técnicas cognitivas están los autorregistros, técnicas de reatribución, técnicas de conceptualización cognitiva, técnicas basadas en la imaginación, cambio en el foco de atención, la reestructuración cognitiva, detención de pensamientos automáticos (parada de imágenes, imaginación inducida, imaginación positiva, repetición de metas y proyección temporal, entre otras), role playing, actuar “como si”, ensayo de conducta, análisis de ventajas y desventajas de cambiar un esquema, etc.; tales técnicas que se discutirán de manera más detallada en el capítulo cinco.

4.2.5 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

El enfoque cognitivo conductual cuenta con mayor poder explicativo que el modelo estímulo-respuesta de las técnicas conductuales, ya que al integrar los elementos de la terapia cognitiva, se toman en cuenta aspectos emocionales y aspectos sociales, los cuales en conjunción resultan sumamente útiles al tratar problemas psicológicos (Heimberg, 1989).

En otras palabras, se puede decir que la terapia cognitivo conductual (TCC) surge de la fusión del enfoque conductual y el cognitivo, y es un modelo de intervención que incluye estrategias y técnicas de ejecución para tratar una variada cantidad de padecimientos (Beck, 1983; Montes y Oropeza, 2012).

Algunas de las ventajas que tiene la unión entre el modelo cognitivo y el conductual para el trabajo con personas que presentan TAS son: a) las personas aprenden patrones de pensamiento, comportamientos y reacciones emocionales tanto adaptativos como des adaptativos. b) las personas son procesadores activos de información por lo que la interpretan y evalúan cuando llega a través de experiencias pasadas y aprendizajes previos; c) los pensamientos de una persona pueden regular y afectar los procesos fisiológicos y psicológicos; d) la conducta puede influir o modificar procesos de pensamiento y memoria; e) se centra en la interacción recíproca entre factores personales, el ambiente y la conducta; f) las personas logran ser agentes de cambio de sus sentimientos, pensamientos y comportamientos (Oblitas, 2006; Montes y Oropeza, 2012).

Otros teóricos han desarrollado otras formas de TCC, la modificación cognitivo-conductual de Donald Meichenbaum (Meichenbaum, 1977) y la terapia multimodal de Michael Mahoney (1991) (Beck, 1996).

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

Creada por Albert Ellis en 1993, (en 1961, se llamaba Terapia Racional Emotiva) quien es considerado uno de los pioneros de la TCC, (Ruíz, 2012), esta terapia se basa en el modelo “ABC”, el cual significa hace referencia a: A = *Activating stimuli* (estímulos o acontecimientos); B = *Beliefs* (creencias); y C = *consequences* (consecuencias). A partir de este esquema se pretende explicar el comportamiento humano (Landriscini, 2006). Explicado de otra manera sería que:

Los acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se perciban o interprete (B) dicho acontecimiento activador.

Este tipo de TCC, ha llegado a ser utilizada para tratar el TAS, debido a que muestra resultados favorables en pocas sesiones (Turner, Ewen y Barker, 2018), esto probablemente a que hace énfasis, en la detección y cambio de las ideas irracionales, propias de este trastorno (Antona, 2009).

4.2.6 Terapia basada en Modelo Cognitivo Social.

Creada por Albert Bandura (1977), ésta se basa en las teorías previas del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, pero con la diferenciando agregando los siguientes principios (Ruíz et al., 2012):

1. Los procesos de mediación se producen entre estímulos y respuestas.
2. La conducta es aprendida desde el medio ambiente a través del proceso de aprendizaje por observación.

En otras palabras, Bandura hace especial hincapié en el aprendizaje por observación (aprendizaje vicario); este tipo de aprendizaje sostiene que el observador puede aprender tanto conductas operantes como respondientes es decir, el observador aprende a partir de las consecuencias que tiene el modelo al tener cierta conducta.

Cabe señalar, que para Bandura, la conducta no sólo está controlada por las consecuencias ambientales directas o vicarias, sino también por las representaciones simbólicas de los sucesos externos, además, para Bandura están implicados cuatro procesos básicos en el aprendizaje observacional: 1) atención, 2) retención, c) reproducción y d) motivación (Bandura, 2001).

4.2.7 Terapias Cognitivo - Conductuales de Tercera Generación

Las Terapias de Tercera Generación (TTG) consideran que los trastornos no se encuentran dentro del individuo, es decir no existe un déficit en éste, sino sólo problemas derivados su interacción con el contexto actual (Ruíz y Callejón, 2014). En otras palabras y de acuerdo con Hayes:

“La tercera ola de la terapia conductual y cognitiva se muestra particularmente sensible al contexto y a las funciones del evento psicológico, y no tanto a su forma; de este modo tiende a enfatizar el papel de las estrategias de cambio contextuales y experienciales” (2004a y b; Ruíz et al., 2012, p. 518)”.

Las TTG se basan en dos principios: la aceptación y la activación; el primero se define como el abandono de la búsqueda permanente del bienestar mediante la aceptación de los síntomas y del malestar como parte de la vida; el principio de activación se refiere a dirigir la atención y los recursos de la persona hacia la persecución de nuevos objetivos benéficos mediante la modificación de la conducta (Mañas, 2002).

Derivado de los principios explicados anteriormente surgen la Terapia de Aceptación y Compromiso (para evitar confusión con la terapia de activación conductual, TAC, se utilizarán las siglas en inglés ACT: *Acceptance and Commitment Therapy*), la terapia Dialéctica Conductual

(TDC), la terapia de Activación Conductual (TAC), la Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness (TCBM). Cabe mencionar que la TAC, la TCBM y la ACT han sido utilizadas para tratar TAS.

Nota: Las técnicas cognitivas y conductuales para tratar el TAS, se describirán en el siguiente capítulo; así como la TAC, la TCBM y la ACT.

Capítulo 5

Modelos explicativos de la AS y técnicas Cognitivo Conductuales, así como técnicas basadas en la teoría Cognitivo Social más utilizadas

En el presente capítulo se revisarán a detalle tanto las técnicas CC como las basadas en el Aprendizaje Social que fueron utilizadas en el diseño y aplicación de la Intervención Cognitiva Conductual para Ansiedad Social en Adolescentes (*ICCAS-A*); por otra parte, también se definirán de forma general el resto de las técnicas de este tipo de enfoque que de acuerdo con la literatura, se utilizan y/o, pueden llegar a ser útiles en este tipo de trastornos.

Nuevamente se recalca que algunos de los criterios para la selección de las técnicas que conforman la *ICCAS-A* fueron la practicidad y facilidad con que se podían ejecutar y replicar éstas, así como la frecuencia con que eran utilizadas en estudios previos probando su debida eficacia.

Por otro lado, y como se puede notar, este capítulo comienza con los modelos explicativos de la AS, los cuales tienen como base las teorías cognitivas y conductuales que “explican”, valga la redundancia, el ciclo de la AS, sus componentes (cognitivo, conductuales y somáticos), sus causas, efectos y posibles detonadores.

Tomando en cuenta lo anterior, no está por demás decir que estos modelos a su vez, fundamentan el porqué de las técnicas que se utilizan en la mayoría de los TCC para tratar la AS.

5.1 Fundamentos Teóricos de los TCC para el TAS (modelos explicativos)

El primer modelo explicativo de la que se mencionará, aunque no es propiamente para el TAS, es importante mencionarlo debido a que sirve de base para el resto de los modelos explicativos de cualquier trastorno de ansiedad

5.1.1 Modelo Cognitivo de Beck para la ansiedad

Como se mencionó anteriormente, la terapia cognitiva de Beck, se basa en el supuesto de que la cognición desempeña una función mediadora importante entre determinada situación y la emoción que experimenta la persona; tal aseveración se puede explicar de la siguiente forma:

Situación provocadora → Pensamiento/Valoración ansiosa → Sentimiento de ansiedad

Es decir, los individuos adjudican su ansiedad a las situaciones y no a sus cogniciones, las cuales son en sí, las responsables de tal emoción. Por medio de las perspectivas cognitivas, como lo es el modelo cognitivo de Beck, se pueden explicar los factores que intervienen en la ansiedad.

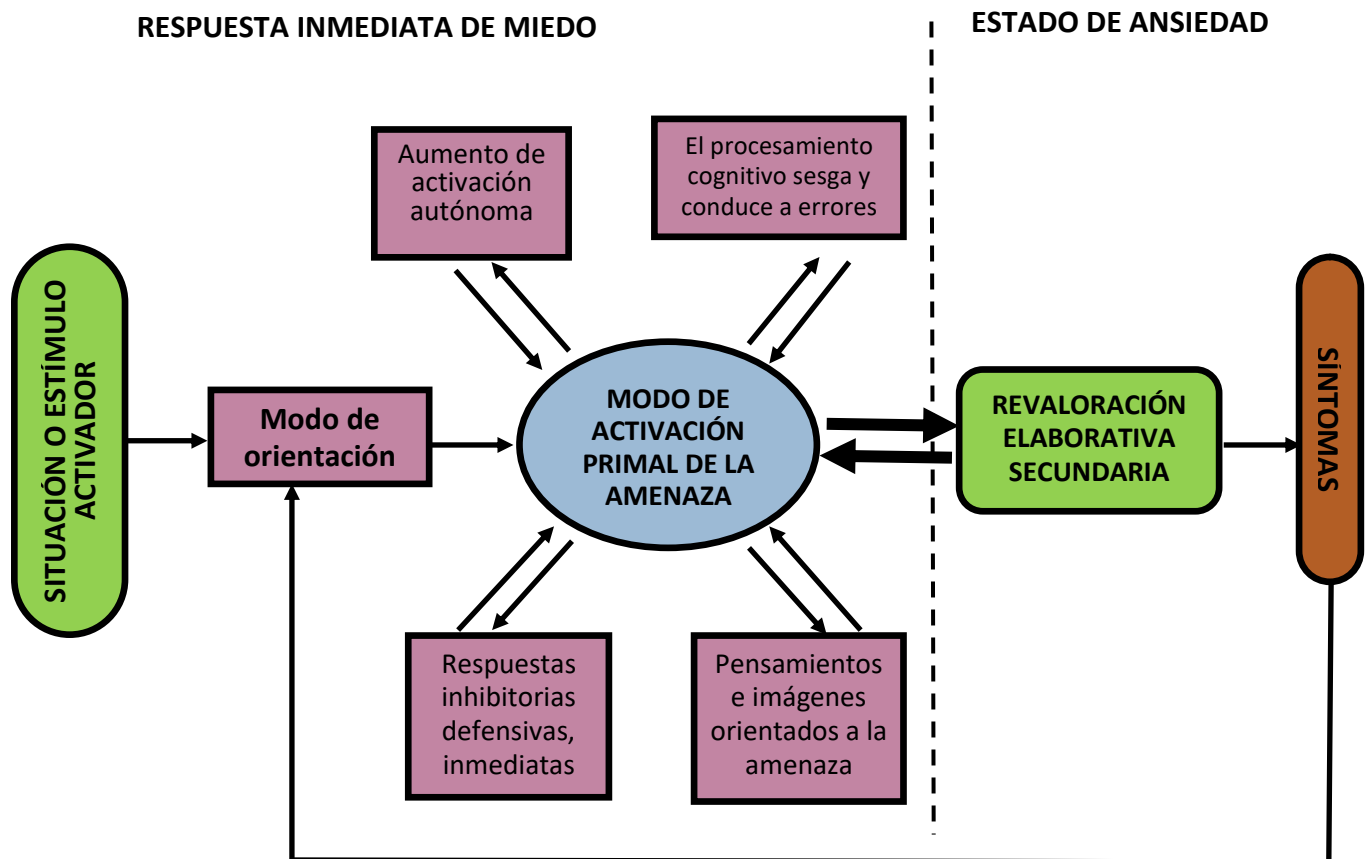


Fig. 2 Modelo Cognitivo de Beck para la Ansiedad

El Modelo Cognitivo de Beck para la ansiedad (ver fig.2), indica que cuando una persona percibe algún peligro, se acciona un “sistema de alarma” que pone en marcha los procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos primales, característicos del miedo (Beck y Greenberg, 1988; Clark y Beck, 2012); como consecuencia de esto, la persona puede tener como respuesta conductas de huida o de lucha.

Como se puede observar en la fig.2, este modelo cognitivo se sustenta en el supuesto de que la manera en que se procesa la información puede generar una perturbación emocional, el cual a su vez, aumenta el modo de activación primal de la persona.

Por otra parte, este modelo cognitivo toma en cuenta tanto los procesos automáticos como los estratégicos; los primeros generan un sesgo atencional preconsciente hacia los estímulos relacionados con la amenaza; los segundos, son procesos estratégicos más elaborativos y lentos en la persistencia de la ansiedad y determinan la persistencia o finalización del estado ansioso.

En otras palabras, “Todas las estructuras y procesos implicados en la ansiedad se activan simultáneamente, y todos ellos están tan interrelacionados que la alimentación recíproca y los circuitos de retroalimentación son obvios a lo largo del todo el programa de ansiedad” (Clark y Beck, 2012, pp. 84).

5.1.2 Modelo Cognitivo de David Clark y Adrian Wells (MCW).

Originalmente llamado Modelo explicativo de Clark y Wells (Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 1995) para la FS, éste se basa en la teoría cognitiva de las ansiedades evaluativas descrito por Beck et al. (1985, 2005) así como en las contribuciones de Clark y Wells (1995) y de Rapee y Heimberg (1997). En el modelo se contemplan cuatro fases de la fobia social:

1. Anticipatoria: se espera el inminente encuentro social, que para los fóbicos sociales, puede provocar casi tanta ansiedad como la exposición a la misma interacción social; la duración de esta fase puede variar desde minutos hasta días o semanas (Riskind, 1997).
2. De exposición situacional: durante la situación social temida se activan procesos automáticos y procesos cognitivos voluntarios. El proceso cognitivo central es la activación automática de los auto-esquemas sociales mal adaptativos de amenaza y vulnerabilidad que derivan de un sesgo atencional para la amenaza. Existe un mayor foco de atención en las señales internas de ansiedad, dando como segunda consecuencia la activación de esquemas debidos a esta elevada atención centrada en “sí mismo” durante la interacción social (Clark, 2001; Clark & Wells, 1995).
3. Una tercera consecuencia es la aparición de conductas inhibitorias involuntarias y por último una cuarta consecuencia de la activación de los esquemas de amenaza social, es la confianza en las conductas evitativas.
4. Procesamiento posterior al evento: es un proceso cognitivo que conlleva al recuerdo detallado y la reevaluación de la propia situación tras la situación social (Brozowick & Heimberg, 2008; Clark & Beck, 2012).

Ver fig. 3, donde se ilustra el MCW.

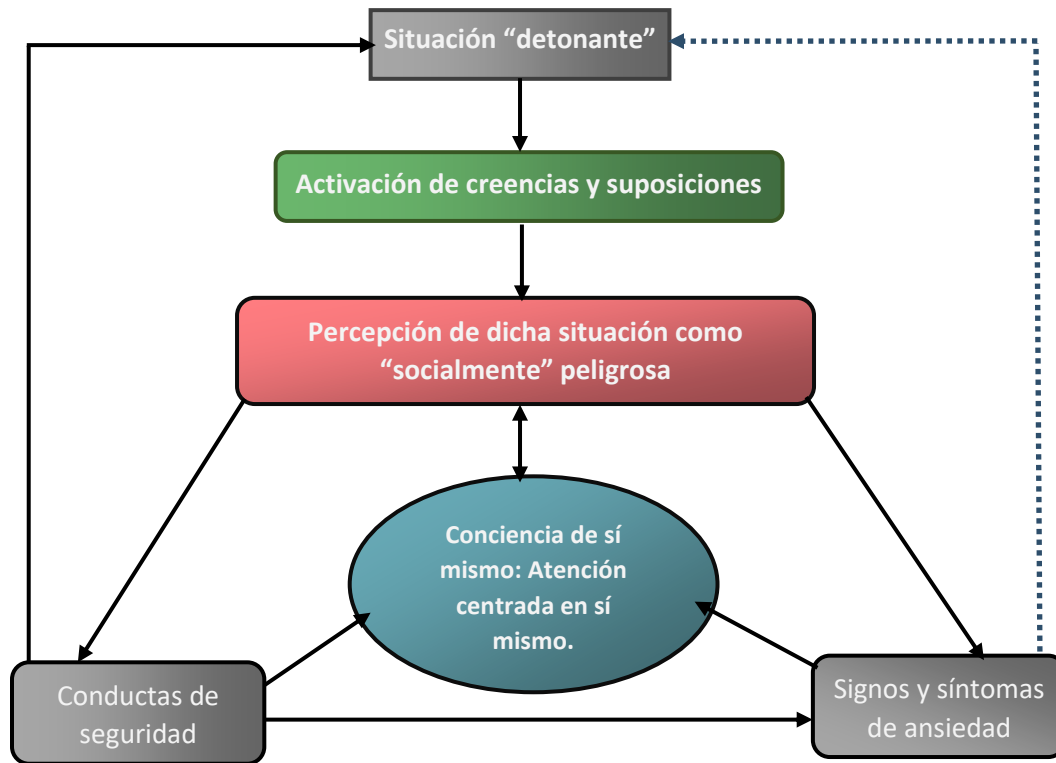


Fig. 3. Modelo Explicativo de Clark y Wells para la FS (1995).

De acuerdo con el MCW, los cuatro procesos mencionados anteriormente, favorecen el mantenimiento de las ideas preconcebidas que tienen los individuos con AS respecto a su comportamiento y juicio social (Antona, 2009); si a esto aunamos la exagerada conciencia que tiene el individuo acerca de sí mismo como objeto social (susceptible a ser evaluado por los demás) y el foco de atención centrado en sí mismo, sus síntomas y signos de ansiedad, se obtiene como resultado un incremento en estos signos y síntomas, lo cual a su vez genera que el individuo siga centrado en sí mismo y lo que puedan estar pensando de él las otras personas, originando como resultado que el ciclo de la AS se perpetúe y por ende se mantenga el sistema de creencias que tiene la persona y que contribuye a que dicha AS se conserve.

5.1.3 Modelo Conductual de Barlow y Durand

El modelo de las tres vulnerabilidades de Barlow y Durand (2001), también conocido como la teoría diátesis-estrés (Barlow, 2000; 2002; Pedreros, 2013) define a la ansiedad como un estado de indefensión debido a la incapacidad de la persona para predecir y controlar los eventos que son significativos para él. Barlow (2002), expone la presencia de una estructura tripartita en los trastornos

de ansiedad: 1) Afecto negativo (síntomas de estrés general), 2) Afecto positivo (estados como alegría, entusiasmo), 3) Activación autónoma (principalmente síntomas como la aceleración en la frecuencia cardíaca).

A partir de este modelo teórico, Barlow (2002) parte del supuesto, de que, para que una persona desarrolle TAS, deben existir ciertas condiciones generadas por la interacción de los tres tipos de vulnerabilidad señalados anteriormente (Pedreros, 2013). En esta interacción pueden surgir lo que Barlow denomina como “las alarmas”, las cuales son señales que brindan al sujeto información acerca de una situación de potencial peligro; en este modelo se discriminan tres tipos de alarmas, las verdaderas, las falsas y las aprendidas (Barlow 2002).

En lo que respecta a “falsas alarmas”, Barlow se refiere a aquellas en las que se produce ansiedad sin que exista un estímulo real que represente un peligro y que pueden detonarse a razón de una aprehensión ansiosa propiciada por una vulnerabilidad psicológica preexistente. Dichas “falsas alarmas” se asocian con situaciones previas en las que un peligro real, o bien, una experiencia desagradable generando una “alarma verdadera”. Dicha “alarma verdadera” puede dar lugar a una ansiedad condicionada a tales situaciones, generando lo que Barlow denomina una “alarma aprendida”.

Cabe señalar, que Barlow basa su modelo en la subclasificación que hasta el DSM IV-R, se hacía respecto al TAS dividiéndolo en circunscrito y generalizado; de tal forma que para este modelo, el TAS específico se relaciona con un peligro real o “alarma verdadera”, mientras que el TAS generalizado bien podía darse o no en presencia de un peligro real lo cual constituiría una “alarma falsa”.

Ver fig.4, en la que se muestra el modelo de Barlow y Durand.

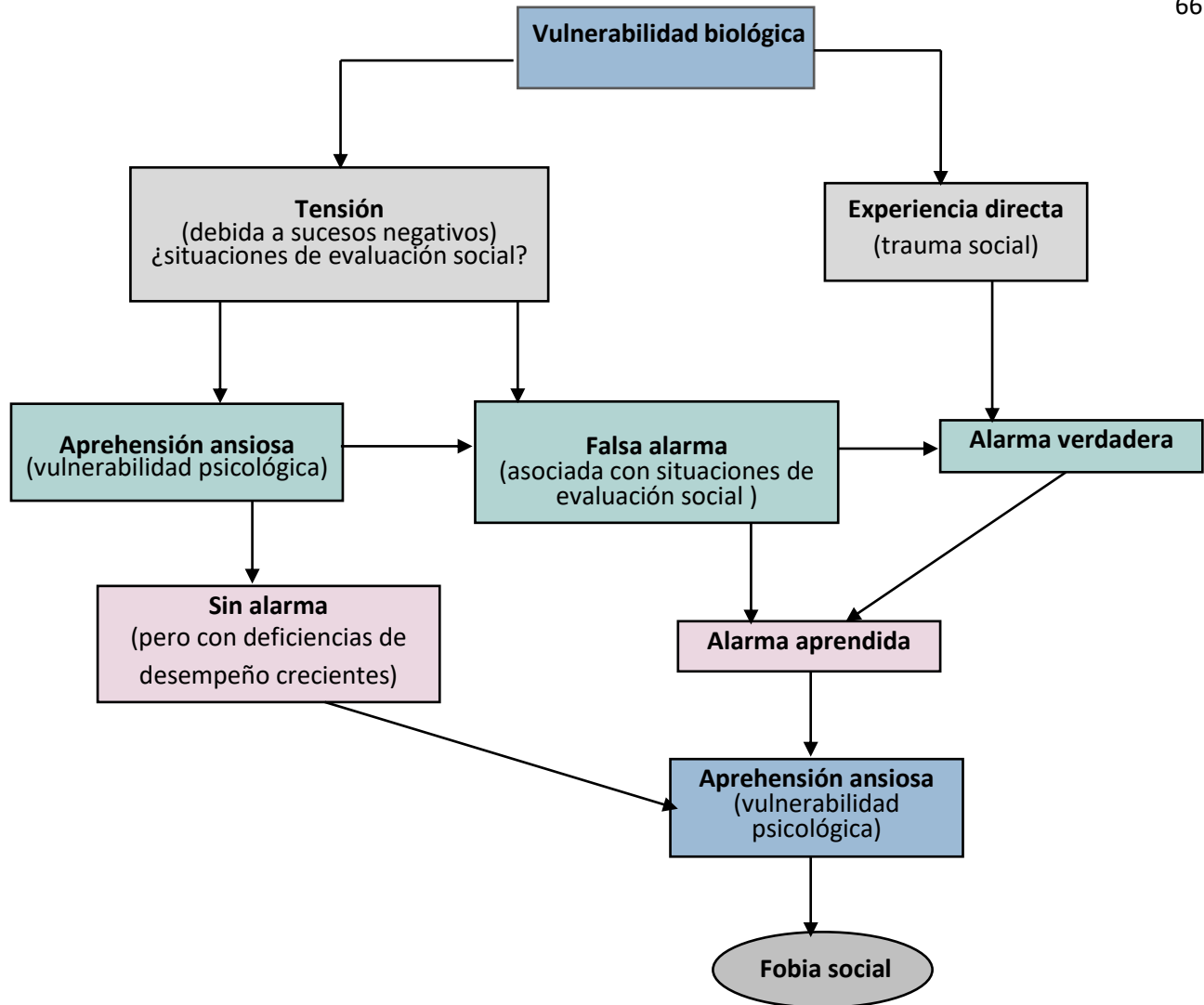


Fig. 4. Modelo Explicativo de Barlow y Durand para la FS.

5.1.4 Modelo de Rapee y Heimberg (1997).

El modelo explicativo de Rapee y Heimberg (1997) se basa en la hipótesis de que los fóbicos sociales le dan mucha importancia al hecho de recibir una evaluación positiva por parte de terceros, y asumen que las otras personas son inherentemente críticas.

Por otro lado, cuando se anticipa una situación social, o bien se está dentro de ella, los fóbicos sociales crean representaciones mentales (en su mayoría negativas) acerca de cómo ellos creen que la audiencia percibe ya sea su apariencia externa o su actuación. Para dichas representaciones mentales éstos se basan en los recuerdos de situaciones sociales anteriores, específicamente en lo que ellos percibieron como negativo o incómodo, p. ej., los síntomas físicos o las reacciones de la audiencia.

Un punto muy importante a tomar en cuenta, es que para este modelo el individuo con AS, es en exceso crítico consigo mismo, además de que tiende a predecir un nivel o estándar que la audiencia (grupo de personas) espera de su actuación. Como es de esperarse, la actuación de la persona con AS nunca estará al nivel de los estándares, que éste piensa, tiene la audiencia, generando en consecuencia, síntomas físicos, cognitivos y somáticos relacionados con la ansiedad. Ver fig.5 donde se muestra el modelo de Rapee y Heimberg.

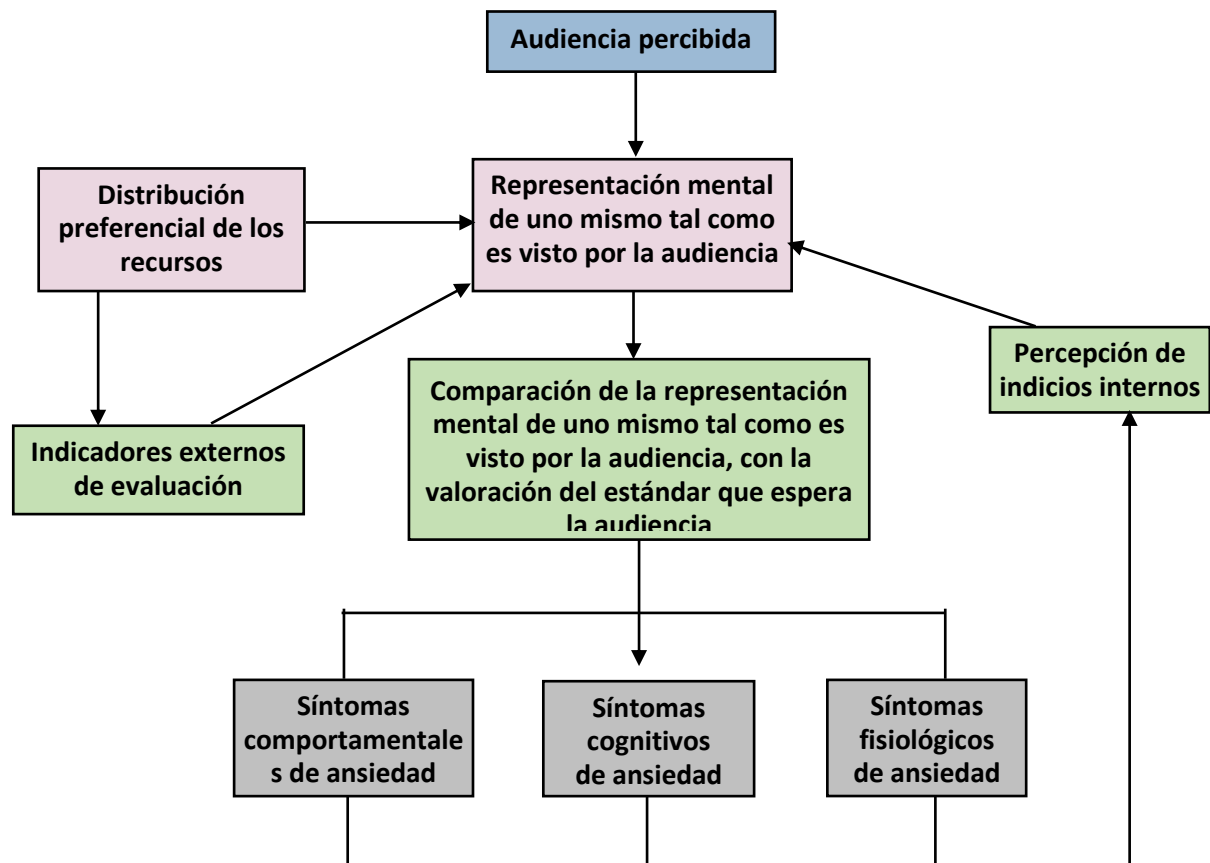


Fig. 5. Modelo Explicativo de la FS de Rapee y Heimberg

5.1.5 Modelo de la autorrepresentación de la FS de Leary Kowalski

Este modelo surge de los trabajos de Leary (1983) y Kowalski (1995) y Schlenker y Leary (1982, 1985), citado en Antona, 2009. Para estos autores existe un grado de ansiedad considerado normal, que es el que lleva a las personas a desarrollar conductas sociales favorables. En particular Leary y Kowalski (1995), establecen diferencias cuantitativas de la ansiedad entre la FS y las personas con

timidez, estableciendo algunas diferencias entre individuos subclínicamente tímidos e individuos diagnosticados con FS (Antona, 2009), existiendo diferencias en el nivel de funcionamiento social, el tipo de conductas de evitación y el grado de reacciones fisiológicas y de HS.

Tomando en cuenta lo anterior, podemos concluir que para Leary y Kowalski la presencia de ansiedad en situaciones sociales puede ser un elemento adaptativo de gran relevancia que ayude a generar y mantener relaciones sociales, mientras que la presencia de una ansiedad social desmedida, o bien, FS puede deteriorar la conducta del sujeto inhibiéndola o deteriorándola; de acuerdo con esto, los autores desarrollan la Teoría de la Autorrepresentación y la AS estado y la Teoría de Autorrepresentación y la AS rasgo, las cuales difieren básicamente, en que la primera tiene que ver sólo con determinadas situaciones sociales, mientras que la segunda es más generalizada.

5.2 Técnicas cognitivo conductuales para el TAS

Es importante recalcar que el objetivo principal de los tratamientos CC para tratar la AS, ya sea como estado o rasgo, es eliminar o reducir de manera considerable la ansiedad y los sentimientos de vergüenza y humillación. Así como facilitar la mejoría en el funcionamiento personal en las situaciones sociales evaluativas, corrigiendo falsas valoraciones y creencias de la amenaza social y de vulnerabilidad personal (Clark y Beck, 2012).

Dentro de las técnicas CC que podemos destacar debido a su probada eficacia están: la relajación, la exposición, el moldeamiento, la desensibilización sistemática (DS), los autorregistros, reestructuración cognitiva (como la detención de pensamientos automáticos), sin dejar de lado las técnicas basadas en la teoría cognitivo social, como el modelado y el entrenamiento en habilidades sociales (EHS).

A continuación se describirán las TCC que fueron empleadas para esta investigación.

5.2.1 Técnicas conductuales.

Las técnicas de tipo conductual más utilizadas para tratar el TAS son: la relajación, la exposición y la DS. En el ICCAS-A se implementaron, tanto la relajación como la exposición; en cuanto a la DS, si bien no se utilizó esta técnica en el sentido estricto de la palabra, se podría decir que al llevar a cabo la jerarquización de las situaciones sociales ansiógenas, en mancuerna con la relajación y la exposición gradual, se está aplicando en mayor o menor medida la DS (la cual se detalla posteriormente).

- ***Técnicas de relajación.***

Aunque la utilización de estas técnicas como parte de las intervenciones psicoterapéuticas es relativamente reciente, éstas tienen antecedentes históricos muy antiguos los cuales se remontan a los siglos XVII Y XIX (Caballo et al., 1995). La relajación, en sentido estricto, es un proceso donde la parte fisiológica interactúa con la parte psicológica de las personas, reduciendo la carga de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma y el equilibrio mental (Clark, Ehlers, Hackmann, Manus, Fennell, Grey y Wild, 2006).

Por otra parte, algunos terapeutas CC, como Montero-Marin, Garcia-Campayo, López-Montoyo, Zabaleta-del-Olmo, y Cuijpers, P. (2017), señalan que la relajación pudiera ser hasta cierto punto incompatible con los objetivos de la terapia cognitiva para la ansiedad, argumentando que si cada vez que el individuo sienta ansiedad se relajara, la persona no podría aprender que las preocupaciones ansiosas son infundadas.

No obstante lo anterior, Clark y Beck, recomiendan las técnicas de relajación como una intervención en conjunto con la terapia cognitiva en los casos donde el nivel de ansiedad del individuo fuera tan extremo que se negara a participar en cualquier tipo de exposición. Debemos recordar que en el TAS, los niveles de ansiedad llegan a ser tan altos, de tal forma que el individuo tiende a evitar cualquier situación social, razón por la cual se justifica la aplicación de estas técnicas.

Aunado a esto, es necesario mencionar que la razón de la utilidad de dichas técnicas radica, en que como recordaremos, tanto el miedo como la ansiedad generan síntomas o manifestaciones somáticas (debido a la activación del sistema nervioso autónomo), y si bien, dichas manifestaciones surgen de forma involuntaria y casi automática, es posible disminuirlas “a voluntad” por medio de las técnicas de relajación, ya que éstas ayudan a regular el sistema nervioso autónomo (SNA), tanto en la rama simpática –encargada de regular las funciones de alerta, defensa, temperatura, ritmo cardíaco- y la rama parasimpática, encargada de regular las funciones de ahorro y reposo del organismo (Montero-Marín, et al., 2017).

Por otra parte, se ha demostrado que la relajación puede generar un incremento en la producción de serotonina, neurotransmisor asociado con el humor, el sueño, el apetito, la concentración, entre otras funciones; mientras que, genera un descenso en la secreción de adrenalina y noradrenalina, hormonas relacionadas con el estrés (Ruiz et al., 2012).

Tomando en cuenta todo lo anterior, es que las técnicas de relajación resultan ser un componente fundamental para cualquier psicoterapia que se jacte de reducir los síntomas ansiosos

tengan éstos la intensidad que tengan, y por lo cual resultó indispensable el añadir dichas técnicas a la intervención diseñada.

Dentro de las técnicas de relajación más utilizadas para tratar los trastornos de ansiedad, incluido el TAS, están: la relajación autógena, la desensibilización sistemática (DS), las técnicas de respiración y la relajación progresiva de Jacobson. Para el caso del ICCAS-A, se utilizaron la relajación progresiva de Jacobson y las técnicas de respiración, las cuales se describirán detalladamente a continuación:

- ***Técnicas de respiración.***

Constituyen el procedimiento más antiguo conocido para reducir los niveles de activación (Caballo et al., 1995), Si bien, éstas técnicas ya se consideran en sí mismas técnicas de relajación, siempre serán la base para la mayoría del resto de las técnicas de relajación y tienen como objetivo que la persona aprenda el control voluntario de su respiración, de tal manera que lo pueda aplicar cuando se encuentra alterada.

De acuerdo a lo anterior, es importante recordar que la respiración es un proceso que se realiza en tres fases: 1) Inspiración: el aire entra por la nariz llegando a los pulmones, 2) Pausa inspiratoria: intercambio gaseoso en el que entra el oxígeno y sale el dióxido de carbono, y 3) Expiración: el dióxido de carbono es expulsado al exterior (Ruíz et al., 2012). Dichas fases se llevan a cabo de acuerdo a las necesidades del individuo, variando de esta manera tanto la frecuencia como la intensidad, es decir, el ritmo cardiaco no será el mismo para una determinada persona en estado de reposo, que si se encuentra realizando algún deporte, o bien, si está ansioso o asustado por alguna situación

Es debido a lo anterior, que mediante cierto patrón de respiración se puede generar un estado de reposo o tranquilidad (Caballo et al., 1995), además de que cada tipo de ejercicios de respiración irá en función del objetivo que se pretenda alcanzar en cada una de las intervenciones.

Existen tres tipos de respiración dependiendo las zonas en las que se concentre el aire inspirado (Ruíz et al., 2012):

1. Respiración costal o clavicular: es la más superficial y se caracteriza porque el aire se concentra en la zona superior de la caja torácica.
2. Respiración diafragmática: se produce en la parte superior del abdomen, participando de manera activa el diafragma. Es el tipo de respiración más común.

3. Respiración abdominal: es el tipo de respiración más profundo y el que comúnmente se utiliza en las técnicas de relajación. Como su nombre lo indica, el aire llega hasta el abdomen mientras el tórax permanece inmóvil.

En el ICCAS-A, se enfatizó la práctica continua de la respiración abdominal, que es el tipo de respiración que propicia estados de relajación.

- ***Técnica de relajación de Jacobson.***

Propuesta por Jacobson (1939), ésta técnica consiste en inducir la relajación mediante la tensión y distensión sistemática de varios grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones producidas en cada situación (Jacobson, 1987).

En el procedimiento original se debían realizar más de sesenta ejercicios y varios meses de entrenamiento. Actualmente hay versiones en las que se puede trabajar ya sea con 16 o con cuatro grupos musculares. Otras de las modificaciones que se le han hecho actualmente a la técnica de relajación de Jacobson, son el aplicar algún componente cognitivo, además de centrar al paciente no sólo en la percepción de los niveles de tensión, sino también en la percepción de la tensión emocional y el estado cognitivo asociado a la relajación (Caballo et al., 1995).

- ***Técnicas de Exposición.***

Numerosa evidencia sugiere la alta eficacia, de las técnicas de exposición para personas que temen o evitan algún objeto o situación (Feske y Chambless, 1995). Es debido a esto, que dichas técnicas resultan ser un componente fundamental en los tratamientos para los trastornos de ansiedad.

La exposición conlleva a la presentación sistemática, repetida y prolongada de objetos, situaciones o estímulos que son evitados debido a la ansiedad que genera en el individuo (Antona, 2009).

Foa y Kozac (1986; Clark y Beck, 2012) sostienen que la exposición efectiva debe: 1) activar los esquemas del miedo, de tal forma que el individuo experimente niveles moderados de ansiedad durante los ejercicios de exposición de tal forma que logre modificar las memorias de miedo que tiene respecto a la situaciones vistas como amenazadoras; y 2) debe presentar información que desmienta el miedo.

Mediante las técnicas de exposición, se alienta al paciente a ir enfrentando de manera gradual (la dificultad va en aumento) las situaciones que teme o evita (Butler, 1985; Marks, 1969; Mattick, Peters y Clarke, 1989; Nichols, 1947). De tal forma que a través de esta exposición, el paciente pueda permanecer ante los estímulos o situaciones temidas, de manera se vaya logrando una

desensibilización ante éstas y permita a su vez, que la ansiedad remita (Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder, 1984).

Por otra parte, mediante la exposición gradual el individuo va contrastando las vivencias que tiene frente a los estímulos ansiógenos, en comparación a las fantasías que éste crea respecto a dichas situaciones, constatando que no son tan peligrosas o amenazadoras como las imaginaba.

Cabe mencionar, que en el caso de las exposiciones más prolongadas se recomienda hacer uso de las técnicas de relajación y/o respiración de manera previa, mientras que en las exposiciones cortas se recomienda que el paciente mantenga el nivel de ansiedad que dicha situación le genera (Caballo, 1995).

Las técnicas de exposición pueden utilizarse en diversas modalidades tales como: en vivo o situacional, imaginaria e interna, las cuales a su vez pueden ser en formato grupal o asistida por un terapeuta o por otras personas (Antona, 2009); la exposición en vivo consiste en exponerse ante las situación o estímulo que provoca la ansiedad, mientras que la exposición en imaginación consiste en que el paciente imagine los estímulos temidos y una vez que disminuya la ansiedad, se ponga en contacto con la fuente de dicho miedo.

Cabe señalar, que estas técnicas pueden considerarse por sí mismas como una terapia individual, o bien, como parte de un tratamiento que incluye otras técnicas, tal como sucede en los TCC. Por lo general, para realizar ésta técnica, el paciente debe haber practicado de manera previa alguna técnica de relajación o bien, de reestructuración cognitiva. Para el caso de la ICCAS-A, se utilizó la exposición en vivo y la exposición en imaginación.

- ***Moldeamiento.***

Consiste en el reforzamiento de los pasos o aproximaciones que llevan a la conducta deseada (Holland y Skinner, 1961; Ruíz et al., 2012; Skinner, 1953). Para el caso del ICCAS-A, el tipo de reforzador que se utilizó fue social; es decir, cada vez que el participante cumplía con alguna tarea o alcanzaba alguna meta, se le reconocía dicho logro y se le incitaba a seguir trabajando.

Las técnicas cognitivas que se describen a continuación aunque no se incluyeron en el ICCAS-A, son usualmente utilizadas en las intervenciones de tipo CC:

- ***Desensibilización Sistemática (DS).***

Creada por Joseph Wolpe en 1958, la técnica de DS consiste en que el paciente aprenda a emitir una respuesta contraria a la ansiedad, tal como la relajación, ante el o los estímulos que le desencadenen dicha ansiedad (Caballo, 1995). Dichos estímulos o situaciones son jerarquizados previamente,

conforme a la intensidad de la emoción que generan, para posteriormente ser imaginadas en un estado de relajación.

- ***Relajación autógena.***

Generada por Heinrich Schultz, en 1931, consiste en inducir la relajación mediante imaginar y pretender que se tienen sensaciones físicas de calor y pesadez en el cuerpo, mediante las cuales se inducirá la relajación (Ruíz et al., 2012). La razón de que esta técnica funcione está en que al parecer se incide en el SNA, tanto en la rama simpática como en la parasimpática.

4.2.3 Técnicas Cognitivas.

Dentro de las técnicas cognitivas más utilizadas están la reestructuración cognitiva, la identificación y detención de pensamientos automáticos, la imagería, el diálogo interno y las autoinstrucciones, entre otras. Para el caso de la ICCAS-A las técnicas cognitivas utilizadas fueron:

- ***Autorregistro (automonitoreo).***

Los autorregistros pueden englobarse tanto en las técnicas conductuales, como en las cognitivas; suelen ser utilizados desde las fases iniciales, ya sea al inicio de la intervención o antes (línea base retrospectiva), con la finalidad de recabar información sobre el estado emocional que esté causando problemas en el paciente, es decir, sobre el incremento o disminución de ciertas emociones, sus disparadores y las conductas relacionadas con la situación problemática.

La utilidad de los autorregistros es doble: la de obtener información detallada de lo que sucede al paciente entre sesión y sesión, y la de servir de línea base para verificar los cambios durante la intervención (Caballo, 1995).

Cabe mencionar que otra de las ventajas de los autorregistros, es que facilita la detección de los pensamientos que surgen durante la situación problema, en nuestro caso las situaciones ansiógenas, las cuales sería muy difícil recordar cuando la persona se encuentra en un estado no ansioso (Clark y Beck, 2012).

Por otra parte, el hecho de que el paciente registre la situación causante de su ansiedad, en el momento en que la presenta, así como el nivel de ésta, favorece la posterior evaluación de esa situación, haciendo caer en cuenta al paciente que sus estimaciones eran exageradas y poco realistas.

Los autorregistros suelen estar divididos por columnas, siendo por lo general, las primeras donde se registrarán los días y las horas. Las siguientes columnas se destinarán a las situaciones, emociones, pensamientos y/o conductas relacionadas con la situación a modificar.

Cabe señalar que hay distintos tipos de autorregistros, los cuales se pueden adecuar a las necesidades y/o avances del paciente durante la terapia, debido a esto, podemos encontrarnos autorregistros que se enfocan ya sea en las técnicas de relajación, en las de exposición, o bien, en la identificación e interpretación de los pensamientos automáticos e inclusive en los ejercicios de entrenamiento en habilidades sociales.

Para el caso de la ICCAS-A, aunque el objetivo principal siempre fue medir el nivel de ansiedad con respecto a las situaciones sociales, se iban agregando o modificando columnas para hacer énfasis en lo revisado en la sesión, de tal forma que uno de ellos se enfocaba en los síntomas fisiológicos que presentaba en la situación ansiógena (palpitaciones, temblores, sudor, etc.), otro en la detención e interpretación catastrófica de los pensamientos automáticos y también hubo el autorregistro enfocado en la práctica de las habilidades sociales.

- ***Reestructuración cognitiva (RC).***

El objetivo de ésta estrategia es modificar, o como bien lo indica su nombre, “reestructurar” las creencias y valoraciones que tiene una persona respecto a una situación, en nuestro caso, una situación ansiógena (Clark y Beck, 2012). Este tipo de intervenciones se dirigen más hacia la interpretación o valoración de la amenaza que al contenido mismo de dicha amenaza (J. Beck, 1996).

La RC está sumamente ligada con el cambio en el foco de atención (el cual se explicará posteriormente), ya que éste, por lo general está dirigido al evento, situación o estímulo que es percibido como peligroso o amenazante.

En el caso del TAS, el foco de atención se centra en la probabilidad y gravedad de la opinión qué puedan tener los demás respecto al individuo, y no tanto, en si en efecto, las otras personas puedan o no estar teniendo pensamientos negativos respecto a la persona (Clark y Beck, 2012).

De acuerdo con Clark y Beck (2012), la RC debe llevar como estrategia fundamental la recogida de evidencias, la cual consiste en llevar al paciente a cuestionarse sobre las evidencias, favorables o desfavorables, que existan de que, en efecto, eso que éste considera amenazante pueda suceder, o bien, en caso de que dichos eventos sucedan, tengan éstos las graves consecuencias que el imagina. Dicha recogida de evidencias debe llevar a la identificación del pensamiento o creencia ansiosa nuclear.

Otras formas de referirse a la recogida de evidencias, es mediante los nombres de confrontación verbal, persuasión lógica o reatribución verbal (Wells, 1997; Clark y Beck, 2012).

Es importante mencionar otras estrategias utilizadas en RC tal como, el análisis de costes-beneficios, que se enfoca en que el paciente se dé cuenta que sostener dichas creencias irracionales le trae más desventajas que ventajas; otra estrategia de la RC es la decatastrofizar la cual es muy parecida a la recogida de evidencias, con la diferencia de que ésta es especialmente útil con los pacientes que presentan evitación cognitiva, es decir, mediante esta estrategia, se lleva al individuo a afrontar la catástrofe imaginaria y la ansiedad asociada (Clark y Beck, 2012).

Otros de los objetivos que tiene la RC son: identificar los errores de pensamiento, generar una explicación alternativa y la comprobación de hipótesis empíricas.

- ***Técnica de entrenamiento atencional (cambio en el foco de atención).***

Introducida inicialmente por Wells (2000), como técnica psicoterapéutica, ésta consiste en la modificación del sesgo cognitivo, que lleva al paciente a procesar los eventos de una forma auto-referente, es decir, el individuo tiende a pensar que todo lo que sucede a su alrededor, o bien la forma en que actúan las otras personas tiene que ver con él.

Es muy común que en los trastornos de ansiedad haya rumiación ansiosa, la cual consiste en focalizar la atención reiteradamente en las emociones y sentimientos negativos o que le causen malestar, generando así, el incremento y/o perpetuación de dichas emociones. El objetivo de la técnica de entrenamiento atencional está en enseñar al individuo a interrumpir ese ciclo de pensamientos repetitivos auto-atencionales que sólo provocan más ansiedad generando un círculo vicioso (Clark y Beck, 2012).

Wells (2000) describe la técnica de entrenamiento atencional como una serie de ejercicios atencionales, mediante los cuales se les enseña a los pacientes a prestar atención de manera selectiva a lo que sucede a su alrededor (sonidos, otras personas) de tal forma que dejen de centrar su atención en ellos mismos, sus sensaciones o síntomas físicos, o bien, en lo que puedan estar pensando acerca de ellos.

- ***Detención de Pensamiento automáticos***

Beck (1964; J. Beck, 2006) define a los pensamientos automáticos (PA) como imágenes o palabras breves y repetitivas que constituyen un flujo de pensamiento que coexiste a su vez con otro flujo de pensamiento manifiesto.

Cabe señalar, que todas las personas tiene PA, la diferencia radica en que cuando llega a haber alguna psicopatología, éstos son repetitivos (pudiendo ser obsesivos), irracionales (Beck J., 2006) y siempre de índole negativa pudiendo caer en lo catastrófico.

Por otra parte, las personas por lo general no se percatan de los PA, de lo que sí son conscientes es de las emociones generadas por éstos, razón por la cual, se hace indispensable el empleo de técnicas cognitivas par su detención.

Existen diversas técnicas de detención de PA, los cuales deben ser previamente identificados (generalmente mediante el autorregistro) serán trabajados por medio de técnicas de detención de PA. Dentro de las técnicas de detención de PA más utilizadas, de acuerdo con Ruíz et al. (2012) están:

1. La parada de imágenes: consiste en decir, de manera verbal o imaginaria, la palabra “alto” cada vez que el paciente tenga un recuerdo o imagen que le provoque malestar.
2. Proyección temporal: consiste en imaginar las imágenes con alto contenido emocional, como si ocurrieran en un momento temporal distinto.
3. Imaginación positiva: sugiere que el paciente sustituya con imágenes o fantasías, las negativas.
4. Parada de imágenes catastrófica: el paciente debe incluir, en las representaciones mentales de escenas o imágenes catastróficas, datos positivos, agradables y objetivos, con el fin de acercar a la realidad la imagen catastrófica que éste se imagina.
5. Repetición de metas: el individuo debe repetir mentalmente las conductas y acciones deseadas.

En el ICCAS-A se utilizaron las técnicas de parada de imágenes, repetición de metas y parada de imágenes catastróficas; por otra parte, aunque por diversas cuestiones (que se especificarán en el apartado referente a la discusión), no se implementó la siguiente técnica, si se describirá debido a su probada eficacia en la disminución de la AS.

- ***Video feedback.***

Aunque esta técnica no se utilizó en el ICCAS-A (por razones que se explican en la discusión) de acuerdo con Clark y Wells (1995; Rodebaugh, 2004), el uso del video feedback puede ser una estrategia eficaz para modificar las cogniciones (sesgos) que tiene las personas con AS, lo cual incide en la mejora de ejecuciones como hablar en público. Es importante mencionar que esta técnica siempre debe ir acompañada de otras técnicas CC, tales como el EHS, RC y relajación.

El objetivo de esta técnica es que la persona con AS se percate de que las cogniciones que ésta tiene sobre su actuación con otras personas, tales como que sus nervios son perceptibles o que se ve

ridículo “tonto”, no son más que imágenes mentales que se ha construido previamente, por lo que no son reales (Rapee y Hayman, 1996).

La manera en que esta técnica se lleva a cabo es mediante la grabación de distintas actividades sociales del individuo, ya sea hablar en público o ejecutando algún otro ejercicio de exposición. Posteriormente se revisa la grabación con el participante para que éste se dé cuenta de cómo es realmente su ejecución en contraste con lo que él se imagina.

5.2.4 Técnicas basadas en la teoría del aprendizaje social

A continuación se expondrán las técnicas más utilizadas para tratar la AS, pertenecientes, o derivadas de la teoría del aprendizaje social de Alberto Bandura.

- ***Modelamiento.***

Esta técnica parte de la teoría del aprendizaje observacional o vicario desarrollado por Bandura y se puede definir como:

La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento que permite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación (Caballo, 1996, p. 425).

En otras palabras, el modelado es la técnica en la que el paciente o participante aprende la conducta blanco, o conducta a insertar o modificar, mediante la actuación de ésta por otra persona, quien recibe el nombre de modelo; dicho modelo puede ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo, en caso de ser terapia grupal; esta técnica puede ser en vivo o grabada.

El modelado debe cumplir con las siguientes funciones: aprender nuevas conductas, promover e inhibir la realización de conductas en función de las consecuencias del modelo, incitar conductas, motivar y modificar la valencia emocional. Además, se sugiere que para obtener mejores resultados con esta técnica se sugiere complementar ya sea con reforzamiento vicario o el castigo vicario (Bandura, 2001).

- ***Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS).***

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), es una de las técnicas basadas en la teoría cognitivo social, más utilizadas debido a que el déficit de habilidades sociales suele estar asociado con diversos problemas de índole emocional, social, laboral y personal, de tal forma, que merma de manera considerable la vida de quien lo padece. El EHS utiliza técnicas como el modelamiento (ensayos conductuales), la retroalimentación y el reforzamiento (Heimberg, 1989).

Caballo por su parte define a la conducta socialmente habilidosa como:

Ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas de los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (1988; Antona, 2009, pp. 111).

De acuerdo con Goldsmith y MacFall (1975), el EHS se define como: “un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida” (citado en Caballo, 1995, p. 409).

Por su parte

Es importante mencionar, que las HS no son universales, sino que dependen de la situación y del individuo, sin embargo, hay una serie de HS que de acuerdo con investigaciones en poblaciones españolas (Caballo, 1996; Caballo y Buela, 1988a; Caballo, Godoy y Buela, 1988; Caballo y Ortega, 1989), son las aceptadas; tales HS son:

1. Iniciar y mantener una conversación
2. Hablar en público
3. Expresión de amor, agrado y afecto
4. Defensa de los propios derechos
5. Pedir favores
6. Rechazar peticiones
7. Hacer cumplidos
8. Aceptar cumplidos
9. Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo
10. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
11. Disculparse o admitir ignorancia
12. Petición de cambios en la conducta del otro
13. Afrontamiento de las críticas.

Citado en Caballo (1995, pp. 409).

De acuerdo con Antona (2009), los componentes moleculares de las conductas interpersonales (es decir, los elementos más relevantes), son: la mirada, la expresión facial, los gestos, la postura, la

orientación, la distancia/contacto físico, el volumen de la voz, la entonación, la fluidez, el tiempo del habla y el contenido.

Como ya se ha mencionado con antelación, las personas que tienen AS por lo general, carecen de HS, razón por la cual resultó necesario el añadir esta técnica a la intervención. Por otra parte, es importante mencionar que no por tener algún grado de AS, se presenta déficit en todas las HS, ya que puede haber algunas de éstas que se tengan en mayor o menor grado; lo anterior se sustenta de acuerdo a estudios realizados por Lau, Rapee y Coplan (2017), quienes indican la eficacia de dicha técnica, sobre la lista de espera.

Las HS, como el resto de las habilidades, se desarrollan con la práctica y desde luego la interacción social, razón por la cual se le enfatiza al paciente la importancia de los ejercicios destinados para incrementar éstas.

5.2.5 Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación

- ***Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness (TCBM).***

Comúnmente definida en español como “Atención plena o conciencia plena”, de acuerdo con Bishop et al. (2004; Norton, Abbot, Norberg y Hunt, 2015), esta práctica se basa en dos componentes:

1. La autorregulación de la atención, lo cual involucra la habilidad de mantener ésta en el momento presente.
2. La adopción de una actitud curiosa, abierta y de aceptación hacia los estímulos internos y externos.

Cabe mencionar que dentro de los efectos que tiene la práctica de mindfulness, están: una mayor habilidad para mantener el foco de atención intencional, lo cual trae como consecuencia una disminución de los pensamientos ansiógenos y/o la rumiación pre y post evento ansiógeno; otro efecto benéfico de esta técnica son los efectos reguladores del SNA, ya que hay un efecto sobre la respuesta del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal, generando un efecto de relajación psicofisiológico (Ruíz et al., 2012).

- ***Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptante and Commitment Therapy, ACT).***

La ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) es una psicoterapia basada en la Teoría de los Marcos Relacionales, la teoría del lenguaje y de la cognición humana (Luciano y Valdivia, 2006). La ACT se basa en dos conceptos básicos: el concepto de evitación experiencial y el de valores personales.

En cuanto a su uso para tratar la AS, Norton et al., (2015), refieren que esta terapia resulta ser eficaz, no obstante, faltan más investigaciones en las que se compare la ACT con respecto a las TCC convencionales.

- ***Terapia de Activación Conductual (TAC).***

Esta terapia está centrada en los componentes conductuales de las terapias cognitivas aplicadas a la depresión (Jacobson et al., 1996; Ruíz y Callejón, 2014). El objetivo de la TAC es que el paciente pueda ser consciente de la relación que hay entre su estado de ánimo y sus comportamientos, de tal forma que pueda generar un plan de acción en el que incremente las actividades y experiencias deseables, las cuales a su vez deberán brindar un reforzamiento positivo, con la finalidad de que se mantengan dichas conductas (Jacobson, Martell y Dimidjan, 2001; Sánchez y Callejón, 2014).

Capítulo 6

Planteamiento del Problema

6.1 Planteamiento del Problema

El TAS, comúnmente denominado fobia social, es una psicopatología caracterizada por un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales o bien, actuaciones en las que la persona está expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de terceros (Bados, 2009).

Como se ha mencionado anteriormente, se estima que el TAS ocupa el tercer lugar de frecuencia entre todos los trastornos mentales a nivel mundial (Clark y Wells, 2012), creando serias limitantes en quiénes lo padecen, de tal forma que su calidad de vida se ve muy reducida, razón por la cual el diagnóstico acertado, seguido de un tratamiento adecuado resultan de suma importancia.

En lo que refiere a las personas que padecen TAS en México, la prevalencia es del 4% anual, de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Mexicana (2015), porcentaje del cual sólo muy pocas reciben el tratamiento correcto, lo cual merma de manera significativa la vida de quienes padecen dicho trastorno y no reciben ayuda. En cuanto a la prevalencia de este trastorno a nivel estatal o municipal (Morelia, Michoacán), no se tienen registros; de lo que si se tiene conocimiento, es de la prevalencia de otros trastornos (a nivel nacional), que por lo general son comórbidos con el TAS, y que suponen ser el motivo de consulta. Tales trastornos, con su respectiva prevalencia son: las FE (7.1%), dependencia al alcohol (5.9%) y el TDM (3.3%); todo esto de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP; realizada por Medina-Mora et al., 2003). Lo cual representa pérdida

Por otra parte, y como ya se ha mencionado, diversos estudios recalcan la efectividad de los TCC en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (dentro de los que se incluyen el TAG, TOC, TP, TAS y diversas FE) en comparación con otros enfoques psicoterapéuticos.

Es debido a lo anterior, que para este trabajo se eligió el diseño de un TCC breve, el cual será aplicado a una muestra de adolescentes de la ciudad de Morelia, Michoacán que presente TAS, o bien, niveles de altos de AS, de acuerdo con las pruebas aplicadas.

Si bien, anteriormente ya se han hecho investigaciones utilizando técnicas CC para el TAS, no existe un consenso acerca de cuáles de estas son las más útiles; esto debido a que en dichas investigaciones se indica la efectividad del tratamiento de forma global y no qué técnica fue más efectiva como tal.

No obstante lo anterior, diversos estudios sugieren que técnicas como la relajación, la exposición gradual, la RC y el EHS, pueden ser altamente efectivas para disminuir los síntomas relacionados a la AS; es por esta razón que éstas se incluyen en la intervención aplicada en este proyecto.

6.2 Justificación

Como hemos revisado a lo largo de este trabajo de investigación, dentro de los tratamientos más utilizados en la actualidad para tratar el TAS, se incluyen a la farmacoterapia y la psicoterapia - específicamente la TCC- ya sea juntos, o de manera separada (Garay, 2016).

Es importante recalcar, que de acuerdo con Van Ameringen et al. (2001), aunque los antidepresivos han sido recomendados como primera opción de tratamiento para el TAS, un porcentaje significativo de pacientes no responde a éstos (entre el 40-60% después de 12-20 semanas); para este tipo de pacientes, diversos estudios, sugieren la TCC como una opción efectiva de tratamiento, además de que en relación con la terapia farmacológica la TCC ofrece efectos más duraderos (Heimberg y Liebowitz, 1998).

Cabe señalar, que la TCC como opción de tratamiento para el TAS, no es nueva, de tal forma que, como se mencionó anteriormente, Chambless (1998) indicaba que la TCC para la fobia social era probablemente un tratamiento eficaz. Desde esa fecha diversas revisiones de resultados de tratamiento que se han publicado concluyen que la TCC produce efectos inmediatos y duraderos para la fobia social (Butler et al., 1984).

En lo que respecta a Rodegaugh, Holaway y Heimberg (2004; Clark y Beck, 2012), éstos concluían que la TCC produce tamaños de efecto entre moderados y grandes, que el tratamiento grupal e individual produce resultados similares y que la reestructuración cognitiva combinada, añadida a la exposición podría conferir una leve ventaja sobre la exposición, aunque la diferencia no sea significativa.

En otro de los estudios, realizado por Clark et al., a 71 pacientes con fobia social asignados al azar a TCC grupal, TCC individual y lista de espera (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach y Clark, 2003; Clark y Beck 2012), se observó que en el pos-tratamiento los pacientes que recibieron TCC tanto de manera grupal como individual, estaban significativamente mejor que los de lista de espera, no obstante, la TCC individual se mostraba superior que la TCC grupal tanto en el postratamiento como en el seguimiento realizado 6 meses después (Clark y Beck, 2012).

Para Mayo-Wilson, Dias, Mavranzouli, Kew, Clark, Ades y Pilling (2014), en el meta-análisis titulado “Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults : a systematic review and network meta-analysis”, si bien concluyen que no hay diferencia significativa entre la efectividad de los tratamientos farmacológicos y los tratamientos psicológicos, los primeros, específicamente los ISRS’S y los IRSN’s de vida media corta (paroxetina y venlafaxina), corren el riesgo de dejar de hacer efecto mientras se toman, y por supuesto, poco tiempo después de dejar dicha medicación, además se deben tomar en cuenta los efectos secundarios tales como incremento en la agitación y disfunción sexual.

Por otra parte, varias investigaciones incluidas en este meta-análisis, indican que la mayoría de las personas que responden a los ISRS’s sufrirán de recaídas a los pocos meses de discontinuar la medicación, además de que un 25% de las personas que respondan a este tratamiento recaerán a los seis meses, mientras aún se toma el medicamento. Tomando en cuenta lo anterior se concluye que es preferible el tratamiento psicológico sobre el psicofarmacológico, además de que los efectos de las intervenciones psicológicas suelen mantenerse a lo largo del tiempo.

Otro estudio que respalda lo anteriormente mencionado, es el que fue llevado a cabo por Yoshinaga et al., en el 2016. Dicho estudio sugiere que para los pacientes con TAS, que han sido tratados de manera ineficaz con antidepresivos, la TCC es un tratamiento efectivo para reducir tales síntomas.

Es importante mencionar, que de las técnicas psicoterapéuticas que se utilizaron, la que mostró mejores resultados fue la TCC individual basada en el MCW. Por otro lado, no se obtuvieron resultados contundentes respecto a que tan eficaces son los tratamientos combinados (psicoterapia y psicofarmacológicos), respecto a los esquemas de tratamiento antes mencionados.

En otro estudio que consistía en un ensayo al azar placebo-controlado, 61 pacientes con TAS generalizado fueron tratados con terapia cognitiva durante 16 sesiones semanales, fluoxetina y auto-exposición o pastillas placebo más auto-exposición (Clark et al., 2003; Clark y Beck, 2012). En el pos-tratamiento, el grupo de terapia cognitiva mostró resultados superiores con relación a los pacientes que tomaron fluoxetina y placebo.

En general, la revisión de la literatura sobre los resultados de tratamiento indica que la terapia cognitiva para el TAS, que incluye tanto la reestructuración cognitiva como la exposición a las situaciones sociales ansiosas (Davidson et al., 2004; Herbert, Rheingold, Gaudiano y Myers, 2004;

Mortberg, Karlsson, Fyring y Sundin, 2006), produce una mejoría clínicamente significativa y resistente en el 75% de los individuos que completan el tratamiento (Clark & Beck, 2012).

Cabe agregar, que ya desde la década de 1990, podemos encontrar diversas investigaciones en las que se aplican los TCC. Dentro de los primeros meta-análisis referente a investigaciones en las que se aplicaron TCC o bien, alguna de sus técnicas para tratar el TAS, vale la pena comentar el de Feske y Chambles (1995), quienes compararon doce estudios en los que se aplicaban TCC (no se especifican cuales técnicas), contra nueve estudios en los que sólo se utilizaba la técnica de exposición; la conclusión de dicho meta-análisis fue que la técnica de exposición ya fuera con técnicas cognitivas o sin técnicas cognitivas, era igual de efectiva.

Por su parte, el estudio realizado por Olivares, Alcántar, Caballo, García-López, Orgiles y López-Gollonet (2003), es de los pocos meta-análisis enfocados, específicamente en los tratamientos para el TAS en niños y adolescentes. Dicha investigación indica que las técnicas mayormente utilizadas para tratar los síntomas de AS, son la exposición, seguida del EHS y la RC (tomado del estudio realizado por Heimberg y Juster, 1995; Mattick, Page y Lampe, 1995; Rosa, Sánchez, Olivares e Inglés, 2008).

En un meta-análisis más reciente, realizado por Hawley, Rector y Laposa (2016), en el que se examina la relación dinámica entre la exposición (EXP) y la RC utilizadas en los TCC para el TAS, se encontró que las personas que tendían a ser más críticas y perfeccionistas, además de presentar una mayor rumiación pre y post evento ansiógeno, tendían a tener menores resultados positivos en las tareas de exposición, debido a que eran más proclives a malinterpretar lo que sucedía en dichas tareas, por lo que corrían el riesgo de abandonar el tratamiento. Es debido a lo anterior, que las personas con tales características de perfeccionismo pueden desarrollar y mantener el TAS, por lo que podríamos inferir que es necesario dar mayor énfasis a las técnicas cognitivas antes de aplicar las técnicas de exposición en dichos pacientes.

Otra cuestión importante que se mencionan Hawley et al. (2016), es la dificultad que existe para medir el nivel de AS en los instrumentos que se utilizaron (auto-reportes y cuestionarios), debido a que estos el resultado de éstos tiende a estar sesgado debido al alto componente de deseabilidad social presente en este tipo de pacientes.

Por otra parte, este meta-análisis también señala que si bien, es sabido que los altos estándares personales se encuentran relacionados con los altos niveles de AS, no existe un instrumento como tal

con el que se puedan medir en nivel de perfeccionismo, por lo que recomiendan que en futuras investigaciones de utilice “una medida multidimensional de perfeccionismo”.

Tomando en cuenta lo anterior, podemos deducir la importancia de determinar desde un inicio que pacientes o participantes muestran una mayor tendencia al perfeccionismo y a la auto crítica, de tal forma que en estos se dé énfasis a la parte cognitiva, para posteriormente realizar las tareas de exposición.

En otro meta-análisis realizado por Scaini, Belotti, Ogliari y Battaglia (2016), se revisaron diversos tratamientos CC utilizados para tratar el TAS en niños y adolescentes (6 a 18 años de edad), en los que se compararon: 18 reportes con diseño pre-post (sin grupo control); 10 estudios en los que, a su vez, se contrastaban grupos que recibían el tratamiento versus grupos control (lista de espera); y por último, trece estudios en los que los participantes llevaban un seguimiento, a los 6 y a los 12 meses; en cuanto a las técnicas utilizadas, la única que se menciona es el EHS, el resto no se especifica.

Respecto a los resultados, dicho meta-análisis apoya la efectividad de los TCC para reducir los síntomas de AS, además de que los tamaños del efecto resultaron ser de moderados a grandes, tanto para los estudios con diseño pre-post, como para los que tenían grupo control; mientras que en las investigaciones en las que se hubo seguimiento, los resultados de tales intervenciones se mantenían.

Por otro lado, es importante recalcar que a pesar de los efectos negativos del TAS, los individuos que lo padecen, presentan uno de los índices más bajos de utilización de tratamiento para su condición, llegándose a estimar que la relación entre las personas con TAS que reciben tratamiento y las personas que lo padecen es del 8.2% en Estados Unidos, y que sólo el 0.5% está diagnosticado con TAS (Toshihiko et al., 2015).

Dentro de las consecuencias que deja este trastorno en quienes lo padecen están el aislamiento que provoca y en consecuencia la muy baja calidad de vida, además de la alta comorbilidad con otros trastorno.

En lo que respecta a los niños y adolescentes que padecen TAS, éstos tienen como consecuencias una marcada reducción en el funcionamiento social, escolar y en el desarrollo individual (Beidel et al, 1999; García López et al., 2008), lo cual da como resultado consecuencias entre las que es posible destacar un bajo rendimiento académico y/o abandono escolar (Amerigen, Manzine y Farvorden, 2003; Stein y Kean, 2000); un menor apoyo social percibido, pesimismo social, y una mayor actitud negativa de los compañeros hacia las personas que sufren el trastorno.

Tomando en cuenta lo anteriormente dicho, es que resalta la necesidad de una intervención y/o tratamiento oportuno (García, 2013), que elimine o por lo menos reduzca considerablemente el malestar que este trastorno provoca. El tratamiento en cuestión, debe brindar resultados duraderos y sin efectos secundarios.

Otra razón por las que se consideró la realización de este proyecto de investigación, es que si bien hay diversos tratamientos para el TAS en habla hispana, específicamente de España, el único reportado en México es el realizado por Gil-Bernal y Hernández Guzmán en el 2009, y que lleva por nombre: Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. Dicho tratamiento se aplicó a 17 niños entre los 7 y 12 años de edad, diagnosticados con TAS, y dentro de las limitaciones que expone, indica que se observó una mejoría en todos los niños que recibieron el tratamiento. Cabe señalar, que se aplicó el protocolo dictado por la Intervención en Adolescentes con Fobia Social creado por Olivares (2005), es decir, no se hizo ninguna adaptación específica ni para la edad de los participantes, ni para su contexto. Dicha intervención tiene nueve sesiones de 90 min. de duración, cada una.

Es debido a todo lo anterior, que para este proyecto de investigación se diseñó y aplicó un TCC a adolescentes con trastorno de ansiedad social generalizada. Dicho TCC se basará en modelos de tratamientos ya existentes y de los cuales se seleccionarán las técnicas que mejores resultados, hayan mostrado.

6.4 Pregunta de investigación

¿Qué tan eficaz es un TCC para disminuir los síntomas de AS en adolescentes?

5.5 Objetivo General

Evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual, dirigido a disminuir o eliminar la AS en adolescentes.

6.6 Objetivos específicos

1. Identificar las técnicas CC mayormente utilizadas para el TAS y seleccionar aquellas que hayan reportado mejores resultados.
2. Con base en la selección de las técnicas seleccionadas, diseñar una intervención breve para adolescentes con dicho trastorno.
3. Aplicar la TCC (*ICCAS-A*) diseñada.
4. Evaluar la eficacia de la *ICCAS-A*

6.7 Variables

- a) Variable Dependiente: Trastorno de Ansiedad Social
- b) Variable Independiente: Tratamiento Cognitivo Conductual

6.8 Hipótesis

H1: El ICCAS-A puede ser eficaz para disminuir y/o eliminar los niveles de AS.

H2: El ICCAS-A puede ser eficaz para reducir los síntomas físicos causados por la AS en adolescentes.

H3: El ICCAS-A puede disminuir y/o eliminar la rumiación pre y post evento ansiógeno de tipo social.

H4: El ICCAS-A puede generar un incremento en las HS.

H5: El ICCAS-A puede ser eficaz para reducir y/o eliminar las conductas de seguridad originadas por la AS.

Capítulo 7

Método

7.1 Participantes

La muestra constó de cuatro participantes entre los 15 y 20 años de edad de los cuales tres fueron de sexo masculino y uno de sexo femenino; todos ellos pertenecientes a distintas escuelas preparatorias de la ciudad de Morelia, Michoacán.

La muestra se obtuvo a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que la población que cumple con los criterios de inclusión, señalados a continuación, no es frecuente, además de que varias instituciones negaron el acceso a aplicar las pruebas de diagnóstico

7.1.1 Criterios de inclusión

- a. Ser jóvenes entre 15 y 20 años de edad.
- b. Tener diagnóstico de TAS, o bien, una puntuación que indique un grado significativo de ansiedad social. Dicha información se obtendrá a través de los instrumentos de diagnóstico seleccionados.
- c. Ser estudiante de preparatoria

6.1.2 Criterios de exclusión

- a. No consentir la participación en el estudio
- b. Presentar alguna complicación que impida asistir a las sesiones
- c. Encontrarse o haber tomado tratamiento psicoterapéutico en el último año.

7.1.3 Criterios de eliminación

- a. Faltar a dos sesiones de las programadas.
- b. Presentar alguna complicación durante la intervención, que impida su asistencia al programa.

7.2 Diseño

La presente investigación tiene como objetivo el adaptar y aplicar una intervención cognitivo conductual en adolescentes con algún problema de AS, ya que por la naturaleza del trastorno, no fue sencillo acceder a población que cumpliera con todos o la mayoría de los criterios que establece el DSM-5 para su diagnóstico; por otro lado, y como se mostrará en el apartado de resultados la mayoría de los participantes cumplieron con el punto de corte (PC) establecido por todas las pruebas aplicadas para determinar la presencia de AS.

Se utilizó un diseño de tipo cuasi - experimental $N=1$, es decir se manejarán como estudio de caso y se aplicará a los participantes una evaluación *pre y post test* con seguimiento.

Se eligió el diseño cuasi- experimental $N=1$ (o estudios de caso o de replicación intrasujeto), por las siguientes razones:

1. Debido a que la intervención CC diseñada, se aplica de manera individual, no es viable trabajar con muestras grandes, además de que, como se explicó anteriormente, debido a la propia naturaleza del TAS, no resulta
2. Las investigaciones de tipo $N=1$, se enfoca en la significancia clínica en lugar de la significancia estadística, es decir, lo que importa es en este tipo de diseños es la mejora del participante (el sujeto contra sí mismo).
3. Cabe señalar que debido a que en las muestras en las que N tiende a 1, la estimación de la varianza está sesgada, es necesario utilizar la cuasivarianza, la cual estima la variabilidad por grado de libertad total $n-1$, que es el tamaño de la muestra, en lugar de utilizar N , que es el número de datos, como sucede con la varianza (Fiske, 2016).

Cabe señalar que la investigación se realizó en dos fases, las cuales se describirán en el apartado de procedimiento.

Tabla 4

Características de los participantes en la fase de piloteo

Participante 1	Participante 2
Edad: 15 años	Edad: 15 años
Sexo: Masculino	Sexo: Masculino
Escolaridad: 1er semestre	Escolaridad: 1er semestre
Lugar de residencia: Morelia, Mich.	Lugar de residencia: Morelia, Mich.

Participantes de la etapa de piloteo, los cuales comparten las mismas características.

A continuación, se muestran en la tabla 5 las modificaciones que se realizaron al diseño del TCC para el TAS. Dichos cambios se realizaron de manera posterior a las etapas de jueceo y de piloteo, siendo la propuesta final de tratamiento la que se aplicó a los participantes.

Tabla 5

Cambios realizados a la primera propuesta de tratamientos

Primera propuesta de tratamiento	Propuesta final de tratamiento
• Número de sesiones: Once • Duración de las sesiones: 90 min. • Tipo de sesiones: Individuales • Periodicidad: Semanal • Tipo de tratamiento: Estandarizado (con manual para el paciente y el terapeuta)	• Número de sesiones: Nueve • Duración de las sesiones: 60 min., a excepción de la 1era y 11va (tendrán una duración de 120 min.) • Tipo de sesiones: Individuales • Periodicidad: Semanal: • Tipo de tratamiento: Estandarizado (con manual para el paciente y el terapeuta).

Principales cambios del ICCAS-A, realizados a partir de la fase de jueceo.

7.2.1 Características de las sesiones.

• Sesión 1.

Título: Evaluación e Introducción al ICCAS-A.

Objetivo(s): Realizar el encuadre correspondiente, aplicar los distintos instrumentos de evaluación, así como explicar detalladamente en qué consiste la intervención.

Tipo de técnicas a utilizar: Cognitivas (autorregistro) y conductuales (jerarquización de las situaciones sociales ansiógenas).

Duración: 90 min.

• Sesión 2

Título: Explicación del TAS, mediante el MCW.

Objetivo: Mediante el MCW se explicará al participante qué es el TAS, qué consecuencias trae consigo, y cuales son los elementos implicados en éste, tal como los PA y las conductas de seguridad

Tipo de técnicas a utilizar: Psicoeducativas (explicación del MCW), conductuales (jerarquización de las situaciones sociales ansiógenas) y cognitivas (autorregistro; identificación de conductas de seguridad, y de creencias y pensamientos relacionados a las situaciones sociales ansiógenas).

Duración: 60 min.

• Sesión 3

Título: Introducción a las técnicas de respiración y de relajación.

Objetivo(s): Explicar en qué consisten las técnicas de relajación, así como su utilidad en los problemas relacionados con la ansiedad y ajustar dicha técnica de acuerdo con las características del participante.

Tipo de técnicas a utilizar: Conductuales (técnicas de respiración y de relajación) y cognitivas (autorregistro; identificación de y de conductas de seguridad,).

Duración: 60 min.

- **Sesión 4**

Título: Técnicas para la detención de pensamientos automáticos y cambio en el foco de atención.

Objetivo(s): usando como base el autorregistro, continuar con la identificación de PA relacionados con las situaciones sociales que causen ansiedad y comenzar con la aplicación de técnicas para detener estos pensamientos y el cambio en el foco de atención (del interior al exterior).

Tipo de técnicas a utilizar: Conductuales (Técnicas de respiración) y cognitivas (autorregistro; Identificación de conductas seguras y de PA, así como detención de PA).

Duración: 60 min.

- **Sesión 5**

Título: Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)

Objetivo(s): Explicar qué son las HS, así como la importancia que tienen en las relaciones sociales, y mediante la técnica de modelamiento practicar la utilización de éstas.

Tipo de técnicas a utilizar: Cognitivas (autorregistro, identificación de PA y cambio en el foco de atención), conductuales (relajación y exposición) y técnicas basadas en la Teoría Cognitivo Social (modelamiento y EHS).

Duración: 60 min.

- **Sesión 6**

Título: Revisión y afianzamiento de las técnicas vistas.

Objetivo(s): Evaluar qué objetivos se han alcanzado hasta ese momento, cuáles faltan y qué otras problemáticas relacionadas con la AS desea el participante trabajar o revisar, para de esta forma comenzar a preparar las tareas de exposición ante las situaciones más ansiógenas.

Tipo de técnicas a utilizar: Conductuales (relajación y exposición) y cognitivas (autorregistro; identificación de PA; imaginación).

Duración: 60 min.

- **Sesión 7**

Título: Fallando a propósito y preparación para una situación altamente ansiógena.

Objetivo(s): haciendo uso de las técnicas aprendidas en los tópicos anteriores, realizar una tarea de exposición en la cual el participante cometa algún error a propósito delante de otras personas. Además se comenzará la preparación para la exposición final.

Tipo de técnicas a utilizar: Conductuales (relajación y exposición) y Cognitivas (autoregistro; identificación y detención de PA e imaginación).

Duración: 60 min.

- **Sesión 8**

Título: Exposición a una situación altamente ansiógena, así como revisión de las metas logradas e identificación situaciones de riesgo.

Objetivo(s): haciendo uso de las técnicas aprendidas en los tópicos anteriores, el participante debe realizar una exposición ante una de las situaciones que más ansiedad le cause.

Tipo de técnicas a utilizar: Conductuales (relajación y exposición) y Cognitivas (autoregistro; identificación y detención de PA e imaginación).

Duración: 60 min.

- **Sesión 9**

Título: Revisión de las metas alcanzadas, plan de mantenimiento, evaluación y cierre.

Objetivo(s): Revisión de las metas logradas e identificación situaciones de riesgo, así como generación de planes de acción para enfrentar dichas situaciones. Aplicación de las pruebas correspondientes y cierre de la intervención.

Tipo de técnicas a utilizar: Cognitivas (autoregistro; identificación de posibles situaciones de riesgo y planes de acción).

Duración: 90 min.

Es importante agregar, que en a cada sesión, se retoma lo visto en la anterior, así como las tareas dejadas en ésta. Por otra parte, todas las sesiones tienen su respectivo cierre, con una revisión del estado de ánimo del participante, y las tareas a realizar durante esa semana.

7.3 Instrumentos

Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN). Desarrollado por Connor, *et al.* (2000), basándose en la Escala Breve de Fobia Social (BSPS; Davidson, *et al.*, 1991). Se utilizará la versión

mexicana adaptada por Bravo y Padrós (2010). Esta escala cuenta con 17 ítems, mostrando en su versión mexicana una media de 52.3 ($DE=4.07$) en individuos con fobia social y de 13.20 ($DE=8.92$) y de 12.6 ($DE=9.48$) en sujetos sin problemas de ansiedad. Este inventario cuenta con una consistencia interna de 0.959 y una confiabilidad test-retest de 0.813 en un periodo de 6 semanas.

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (A Brief versión of the Fear of Negative Evaluation Scale, BFNE). Desarrollada por Leary (1983), consiste en una versión breve del FNE (Watson y Friend, 1969). Se utilizará la versión mexicana adaptada por Bravo y Padrós (2013), la cual mide el miedo a la evaluación negativa. Esta escala cuenta con 12 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos (de 1 a 5). El BFNE muestra una a media de 30.44 ($DE=6.62$) en sujetos sin fobia social y de 52.61 ($DE=2.71$) en personas con fobia social. La consistencia interna es de 0.892, mientras que la confiabilidad test-retest es de 0.813 en un periodo de seis semanas.

Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS). Desarrollada por Mattick y Clarke (1998), esta escala mide la ansiedad a la interacción social. Cuenta con 20 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos (0 a 4), tres de los cuales se califican de manera inversa (5, 9 y 11). El SIAS presenta una media de 24.6 ($DE=16.4$) en individuos con fobia social, y de 18.8 ($DE=11.8$) en sujetos sin problemas de ansiedad. La consistencia interna es de 0.86 a 0.94 y la confiabilidad test-retest es de 0.86 a 0.92 en un periodo de cuatro a doce semanas.

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A). La Greca y López (1998) se basaron en el modelo conceptual propuesto por Watson y Friend (1969) y no en los criterios del DSM referentes a la fobia social (García López, Olivares y Vera Villarroel, 2003). Ésta escala constan de 22 ítems de los cuales 4 son nulos (es decir, no se tienen en cuenta de cara a la puntuación). Por tanto, son 18 los ítems que se agrupan en tres subescalas: subescala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE; 8 ítems), subescala de Ansiedad y Evitación Social ante Extraños (SAD-N; 6 ítems) y la subescala de Ansiedad y Evitación Social ante gente en General. Los ítems se responden de acuerdo con una escala Likert de 3 puntos. Estudios con población estadounidense y española apoyan la fiabilidad de estas escalas y la estructura tridimensional propuesta por los autores originales de ambas (García-López et al., 2001; Ginsburg, La Greca y Silverman, 1998; Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López, 1999; Sandín, Valiente, Chorot, Santed, & Sánchez-Arribas, 1999).

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS): creada por Liebowitz (1987), esta escala consta de 24 ítems, trece relativos a situaciones de actuación social (como escribir, comer, beber en público, hablar por teléfono, entre otras) y once referidas a situaciones de interacción social (ir a eventos sociales). Cada ítem se puntúa de acuerdo a una escala Likert de 4 puntos, con un rango que va del 0 al 4. Esta prueba evalúa las respuestas cognitivas como motoras, demostrando utilidad Este instrumento ha clínica (Holt, Heimberg y Hope, 1992) y validez de criterio (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Holt, Heimberg, Hope y Liebowitz, 1992), de acuerdo con (García-López et. Al, 2003). Además muestra sensibilidad al cambio terapéutico En cuanto a la versión español en estudios realizados en España, Bobes et al. (1999) han encontrado que el LSAS posee una adecuada consistencia interna, validez convergente y discriminante (García-López et. Al, 2003)

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI), creado por Beck, Epstein, Brown y Steer en 1988, este test ha sido estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) (Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar, Álvarez y Alvarado, 2015) es un instrumento de auto-reporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. El BAI presenta una consistencia interna aceptable en población mexicana con un alfa de .84 un coeficiente de confiabilidad test-retest de .75, lo cual lo hace un instrumento adecuado para medir la ansiedad en dicha población.

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). Se utilizará la versión mexicana adaptada por Jurado et al (1998). Este inventario tiene 21 ítems (y un adicional), en cada uno de los cuales se tiene que elegir entre cuatro enunciados que describen el estado de la persona, lo cual vendría siendo una escala de 4 puntos (de 0 a 3). El BDI presenta una consistencia interna de 0.87 en población general, y cuenta con tres factores. Las normas de calificación propuestas son: depresión mínima (de 0 a 9 puntos), depresión leve (de 10 a 16), depresión moderada (de 17 a 29) y depresión severa de (30 a 63). Además posee una correlación de 0.70 con la Escala de Zung en pacientes con depresión, y de 0.65 en estudiantes de bachillerato.

Autorregistro: se utilizará el Autorregistro Diario de Situaciones Sociales Ansiógenas (ADSS), diseñado específicamente para esta investigación, el cual constará de siete columnas en las que se tendrá que indicar específicamente la fecha, la hora, la situación, el grado de ansiedad (del 0-100), los pensamientos relacionados a ésta, la emoción que acompañó a la ansiedad suscitada y la conducta llevada a cabo como consecuencia al generador de ansiedad. El autorregistro se utilizará durante toda la investigación.

7.4 Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en dos fases, las cuales se describen a continuación:

- **Primera fase**

Ésta a su vez constó de las siguientes etapas:

1. Revisión bibliográfica: la finalidad de ésta etapa fue profundizar en el TAS, sus causas y consecuencias, y en los tratamientos más empleados para tratar dicho trastorno.
2. Diseño del tratamiento cognitivo conductual para el TAS: éste se llevó a cabo tomando en cuenta las distintas intervenciones de tipo CC, que se han realizado en la última década, y a partir de estas identificar cuáles son las técnicas que fueron más eficaces.
3. Jueceo del TCC diseñado: para ello se contó con la participación de tres jueces expertos, los cuales evaluaron el tratamiento en cuestión, y a partir de sus correcciones y observaciones se modificó el tal TCC.
4. Piloteo del TCC para el TAS: el tratamiento se aplicó a dos participantes cuyas características se describen en la tabla 4. (Nota: las puntuaciones obtenidas en esta etapa se muestran en el apartado de resultados).

- **Segunda fase**

En esta fase hubo dos etapas, las cuales fueron:

1. Selección de la muestra: Para ello se solicitó permiso para aplicar las pruebas de tamizaje a ocho escuelas de los niveles preparatoria, carrera técnica y licenciatura (primeros años); de las cuales sólo cuatro escuelas accedieron a que se les aplicaran las pruebas correspondientes. En total se aplicaron los instrumentos de diagnóstico a 171 jóvenes, de los cuales 26 mostraron niveles moderado-severos de ansiedad social.

Cabe mencionar que una de las escuelas se negó a que se les aplicara la intervención a sus alumnos, perdiéndose 13 posibles candidatos al tratamiento. Por otro lado, se descartaron varios

posibles participantes, en concreto cuatro, debido a que contaban con alguno de los criterios de exclusión como consumo de sustancias, o estar en tratamiento psicológico; el resto de los posibles participantes no aceptaron, razón por la que la muestra quedó de cinco adolescentes.

2. Aplicación del TCC para el TAS: se llevó a cabo el tratamiento en cuestión con los cinco participantes seleccionados.

7.5 Análisis de Datos

Para realizar el análisis de datos correspondientes se hizo uso de las siguientes técnicas:

- Estadística descriptiva: Se realizó mediante la inspección visual de los resultados obtenidos (gráficas) y de los cambios referidos por el participante sesión tras sesión. Cabe señalar, que por medio de las puntuaciones adquiridas en el pre, post y el primer seguimiento, se obtuvo en porcentaje de cambio terapéutico, utilizando la siguiente fórmula:

$$\% \text{ Cambio terapéutico} = \frac{\text{Pre} - \text{Post}}{\text{Pre}} \times 100$$

Nota: Para el caso del seguimiento, se cambia la puntuación del Post, por la obtenida dicho seguimiento.

7.6 Consideraciones Éticas

Una vez concluido el protocolo de investigación correspondiente, se presentará ante el Comité de Ética de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Cabe señalar, que todos los participantes firmaron el consentimiento informado correspondiente antes de comenzar con la intervención; en cuanto a quienes resultaron ser menores de edad, sus padres firmaron dicho consentimiento.

Capítulo 8

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados de la *ICCAS-A* por participante (pp.), para lo cual se analizarán tanto los resultados de las puntuaciones obtenidas en los diferentes tests aplicados, así como los registros de los niveles de AS y los avances identificados dentro de cada una de las sesiones.

Inicialmente se muestran los resultados de los participantes de la etapa de piloteo, y es importante mencionar, que se podrá notar una diferencia en la cantidad de pruebas aplicadas con respecto a la intervención, para la que se añadieron tanto el SAS-A como el LSAS.

Por otra parte, cabe señalar que en el caso del SPIN, el SAS-A y la escala de HS se tomaron en cuenta tanto las puntuaciones globales, como las puntuaciones de las subescalas; esto debido a que dichos factores analizados de forma separada añadía información relevante.

Es importante señalar, que debido a que el LSAS no tiene una puntuación global, sino que evalúa cada subescala de forma independiente (temor o nerviosismo y evitación), éste no se agregó a las tablas de puntuaciones generales de cada participante.

Además, es necesario recalcar la importancia que tiene en este tipo de diseños ($N=1$) la inspección visual de los datos, razón por la que se encontrarán distintas gráficas mediante las cuales se explicarán y enfatizarán los resultados y cambios de cada uno de los participantes.

Dentro de dichas gráfica, se incluye la gráfica de nivel de ansiedad de los participantes durante la *ICCAS-A*. Los datos para dicha gráfica se obtuvieron a partir de los autorregistros semanales de los pacientes, los cuales puntuaban del 0-100 en nivel de ansiedad que sentían (siendo cero un nivel de AS nulo o inexistente, y 100 el nivel máximo de AS). Es importante indicar que el nivel de ansiedad sólo se midió durante la intervención, por lo que para ésta medición no se cuenta con línea base retrospectiva (LIBARE).

Por otra parte, las tablas 6 y 7 harán mención tanto de los resultados obtenidos por los dos participantes del piloteo, además de que se expondrán los casos, que por distintas razones, abandonaron la intervención. Cabe mencionar que para la intervención se añadieron dos pruebas: el LSAS-A y el SAS-A, las cuales no se habían considerado al momento del piloteo.

8.1 Piloteo

Tabla 6

Puntuaciones del participante 1 de la fase piloto

Instrumento de evaluación	Punto de corte del instrumento en cuestión	Pre	Post
Escala de Miedo a la Evaluación Negativa en su versión breve (BFNE)	Hombres = 41.95 Mujeres = 43.45	24	32
Escala de Ansiedad ante la interacción social (SIAS)	24.6	26	23
Inventario de fobia social (SPIN)	41.1	22	16
Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Mínima = 0 a 5 Leve = 6 a 15 Moderada = 16 a 30 Severa = 31 a 63	0	13
Inventario de depresión de Beck (BDI)	Mínima = 0 a 9 Leve = 10 a 16 Moderada = 17 a 29 Severa = 30 a 63	8	6
Escala de Habilidades Sociales	Mínima = 0 a 9 Leve = 10 a 16 Moderada = 17 a 29 Severa = 30 a 63	40	94

Resultados del participante 1 de la fase piloto, en los instrumentos utilizados: pre y post.

Tabla 7

Puntuaciones del participante 2 de la fase piloto

Instrumento de evaluación	Punto de corte del instrumento en cuestión	Pre	Post
----------------------------------	---	------------	-------------

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa en su versión breve (BFNE)	Hombres = 41.95 Mujeres = 43.45	48	12
Escala de Ansiedad ante la interacción social (SIAS)	24.6	51	31
Inventario de fobia social (SPIN)	41.1	52	14
Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Mínima = 0 a 5 Leve = 6 a 15 Moderada = 16 a 30 Severa = 31 a 63	21	5
Inventario de depresión de Beck (BDI)	Mínima = 0 a 9 Leve = 10 a 16 Moderada = 17 a 29 Severa = 30 a 63	20	7
Escala de Habilidades Sociales	Mínima = 0 a 9 Leve = 10 a 16 Moderada = 17 a 29 Severa = 30 a 63	40	93

Resultados del participante 2 de la fase piloto, en los instrumentos utilizados: pre y post.

Es importante mencionar que el participante 1, obtuvo desde un inicio, puntuaciones bajas en los instrumentos para identificar el TAS, por lo que, como se puede apreciar, no hubo ningún cambio significativo en el post-test.

Por otra parte, en el caso del participante 2 se puede apreciar un claro descenso en los puntajes de las pruebas concernientes a evaluar los niveles de ansiedad en situaciones sociales, tal y como es en el SPIN, la BFNE y el SIAS. En lo que respecta a la escala de HS, se puede notar un claro incremento en el puntaje de éstas.

En la tabla 8, se pueden observar a los participantes que fueron excluidos, por razones diversas.

Tabla 8
Participantes excluidos

Características de los participantes	Criterios de exclusión
Mujer, 16 años	TDM: Se refirió a un especialista
Hombre, 18 años	Abuso de sustancias: Se canalizó al Centro de Atención Primaria para las Adicciones (CAPA).
Mujer, 16 años	Trastorno de tipo neurológico, por lo que tomaba clases en línea
Mujer, 19 años	Faltó más de dos veces
Hombre, 18 años	Faltó más de dos veces

Participantes eliminados de acuerdo a los criterios de exclusión establecidos.

A continuación se muestran los resultados de los cuatro participantes respecto a nivel de ansiedad, y puntuaciones pre y pos test.

Tabla 9
Puntuaciones generales de los participantes

Instrumentos		Participantes				
		1	2	3	4	Media
BFNE	Pre	42	39	42	42	41.3
	Post	32	36	26	30	31.0
	Seg. 1	29	33	33	32	31.8
SIAS	Pre	59	38	39	43	44.8
	Post	27	27	24	27	26.3
	Seg. 1	31	25	30	23	27.3
SPIN	Pre	42	29	26	37	33.5

	Post	23	25	15	29	23.0
	Seg. 1	24	21	25	27	24.3
SAS-A	Pre	88	54	58	85	71.3
	Post	44	54	50	50	49.5
	Seg. 1	50	51	55	47	50.8
LSAS-A	Pre	71/58	33/24	28/31	70/64	50.5/44.25
	Post	33/23	33/6	13/11	56/50	33.75/22.5
	Seg. 1	17/27	22/11	24/25	59/51	30.5/28.5
BAI	Pre	42	23	18	28	27.8
	Post	13	29	10	20	18.0
	Seg. 1	6	20	13	19	14.5
BDI	Pre	21	17	6	15	14.8
	Post	6	13	7	11	9.3
	Seg. 1	3	11	14	10	9.5
EHS	Pre	60	84	73	70	71.8
	Post	91	89	89	94	90.8
	Seg. 1	109	92	71	90	90.5

Tabla obtenida a partir de las puntuaciones pre, pos y seg.1 de los cuatro participantes, así como el promedio de éstos.

A continuación se muestran los PC, correspondientes a cada prueba, de acuerdo con la literatura.

Tabla 10
Puntos de corte de los instrumentos utilizados

Instrumento	Punto de Corte
BFNE	H=41.95 M= 43.45
SIAS	Sin PC
SPIN	>19
SAS-A	Leve < ó = 51; Moderada: 52-81; Grave: > ó = 82
LSAS-A	Leve: < ó = 51; Moderada: 52-81; Grave: > ó = 82.
BAI	Mínima: 0 a 5, Leve: 6-5, Moderada: 16-30, Severa: 31-63
BDI	Mínima: 0 a 5, Leve: 6-5, Moderada: 16-29, Severa: 30-63
EHS	Bajas: 0-25, Medias: 26-74, Altas: 75 ó más

Especificación de los PC para los instrumentos utilizados; H: Hombres, M: Mujeres

8.2 Resultados por participante

Participante 1

Características sociodemográficas: Joven de sexo masculino, de 20 años de edad, soltero, oriundo de la ciudad de Morelia, Michoacán. Actualmente vive con sus padres y su hermano menor. Su tiempo se divide entre asistir toda la semana al Conservatorio de las Rosas en distintos horarios, y hacer sus deberes escolares, incluyendo el practicar la ejecución del instrumento para el que busca profesionalizarse.

Una vez que se aplicaron las pruebas de tamizaje correspondientes (SPIN y SIAS), y se le dieron a conocer los resultados de éstas, el joven accedió a participar en la intervención reconociendo que, en efecto, era constante “el sentirse nervioso o ansioso”.

Por otra parte, el participante refería tener ansiedad no sólo en situaciones sociales, sino también en distintas actividades escolares, específicamente en aquellas relacionadas con la ejecución de su instrumento musical. Debido a lo anterior, se le hizo la aclaración que, aunque dentro de la intervención se trabajarían técnicas para reducir la ansiedad en general, ésta estaba dirigida en concreto a controlar la ansiedad en situaciones sociales, a lo que el joven indicó estar de acuerdo.

En cuanto a la actitud del PP1-I, es importante mencionar que se mostró bastante motivado y comprometido, debido al gran interés que tenía en disminuir los niveles de ansiedad, mismos que éste calificaría como “*excesivos en ciertos momentos*”. A continuación se presentan las puntuaciones

obtenidas por el participante, en tres momentos: pre y post a la ICCAS-A y un mes después de concluida la intervención (Seguimiento 1).

Tabla 11

Puntuaciones del PP1-I

Instrumento	Pre	Post	%Cambio (Pre-Post)	Seg. 1	%Cambio (Pre-Seg.)
BFNE	42	32	23.8	29	31.0
SIAS	59	27	54.2	31	47.5
SPIN	42	23	45.2	24	42.9
SAS-A	88	44	50.0	50	43.2
LSAS-A	71/58	33/23	53/43	17/27	76/53.4
BAI	42	13	69.0	6	85.7
BDI	21	6	71.4	3	85.7
EHS	60	91	51.7	109	81.7

Tabla obtenida a partir de las puntuaciones pre, pos y seg.1 del PP1-I, así como el porcentaje de cambio clínico entre el pre y el post, y el pre y el seg.1 (ver fórmula, en el apartado de análisis de resultados).

En la tabla 11, se muestran los resultados correspondientes a los tests aplicados, así como sus respectivos puntos de corte, de lo cual se puede resaltar que tanto para el BFNE, el SPIN y el SAS-A las puntuaciones del pre test son mayores a los PC que establecen dichas pruebas para determinar que existe TAS. Por otra parte, en el LSAS-A no se encontraron puntuaciones mayores a los PC propuestos por la literatura, lo cual contrasta con los resultados obtenidos en las otras pruebas mencionadas.

En cuanto al SIAS lo que se debe tomar en cuenta es la disminución del nivel de AS que marca éste, más que la puntuación inicial en sí misma, ya que no se especifica un PC para éste.

En lo que respecta al BAI se observa un nivel alto de ansiedad generalizada, (variable de control a tomar en cuenta), mientras que el BDI nos muestra un nivel de depresión moderado, el cual, de acuerdo con la entrevista inicial, se debía más a la sobrecarga escolar que tenía el PP1-I en ese momento específico, que a la AS en sí misma.

A continuación, se muestra el análisis visual correspondiente a cada prueba, a partir de las gráficas pertinentes. Cabe mencionar, que para el caso del SPIN, el LSAS-A, y el EHS, se realizó el análisis de los resultados para cada una de las subescalas que los componen.

En lo que respecta al resto de los instrumentos que miden la AS, tanto el SIAS como el BFNE, son unidimensionales, mientras que para el SAS-A no existe información sobre las subescalas para la versión en español con 22 ítems; siendo éstos los motivos por los que sólo se utilizaron las puntuaciones globales de dichas pruebas.

En cuanto al BDI y al BAI no se revisaron las puntuaciones de las subescalas debido a que para fines de este trabajo se considera suficiente con la puntuación global.

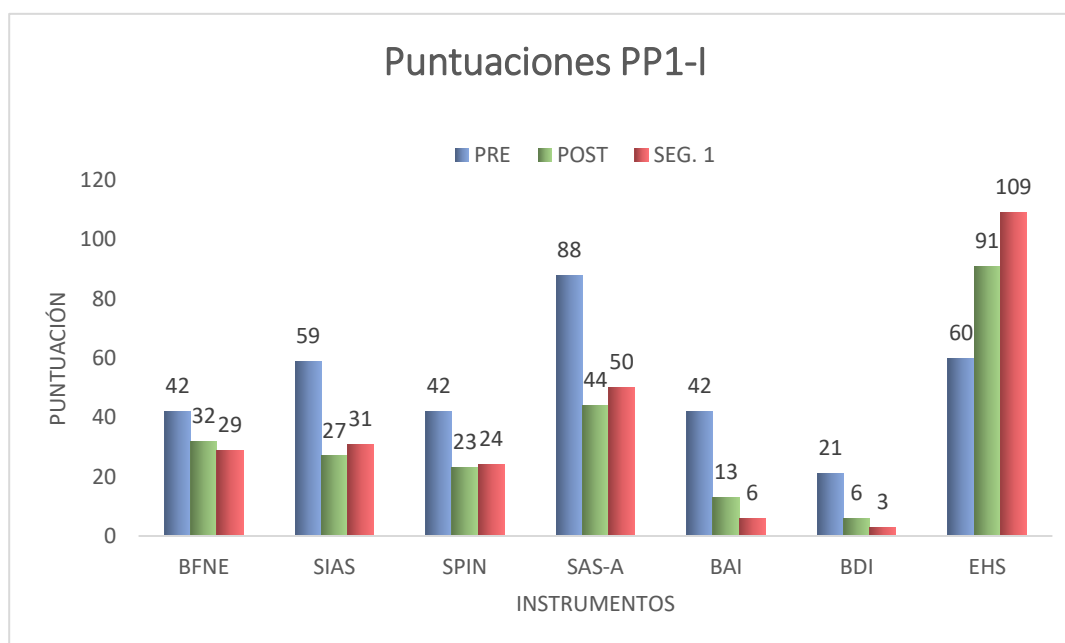


Fig. 6. Puntuaciones del PP1-I

Como se puede observar en la fig.6, para las pruebas que miden las AS, tales como el BFNE, SIAS, SPIN, y SAS-A el descenso en la puntuación es considerable, específicamente el SAS-A y el SIAS, resultados que de acuerdo con el primer seguimiento se mantienen. Por otra parte, la ansiedad generalizada también se ve disminuida (BAI), al igual que el nivel de depresión (BDI), el cual, como se indicó anteriormente para este caso, no tiene relación directa con la AS padecida por el participante.

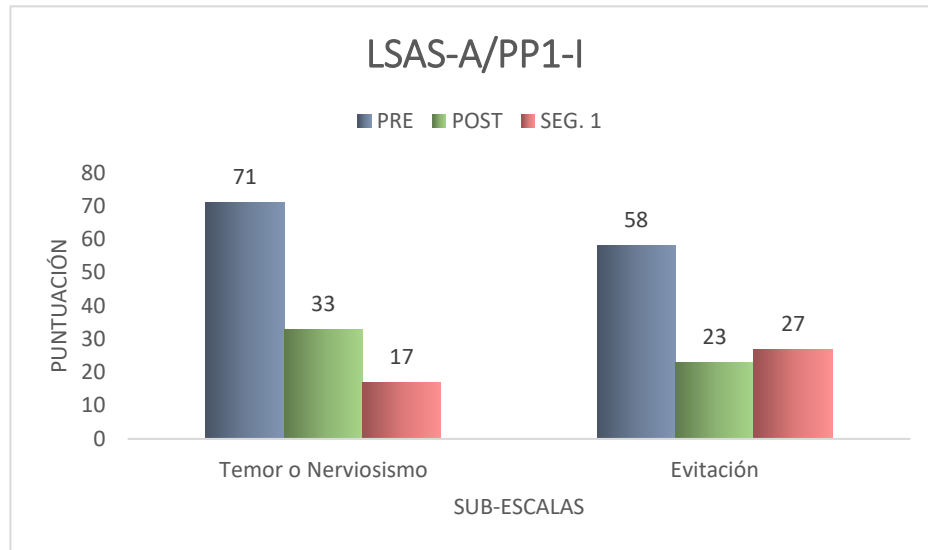


Fig. 7. Puntuación del LSAS-A/PP1-I

Como se puede notar en la fig.7, la puntuación para las subescalas del LSAS-A, muestran una notable disminución. No debemos olvidar que una puntuación menor a 52 indica AS leve, o bien, conforme a las subescalas de este instrumento, un nivel de temor o nerviosismo leve, así como de evitación.

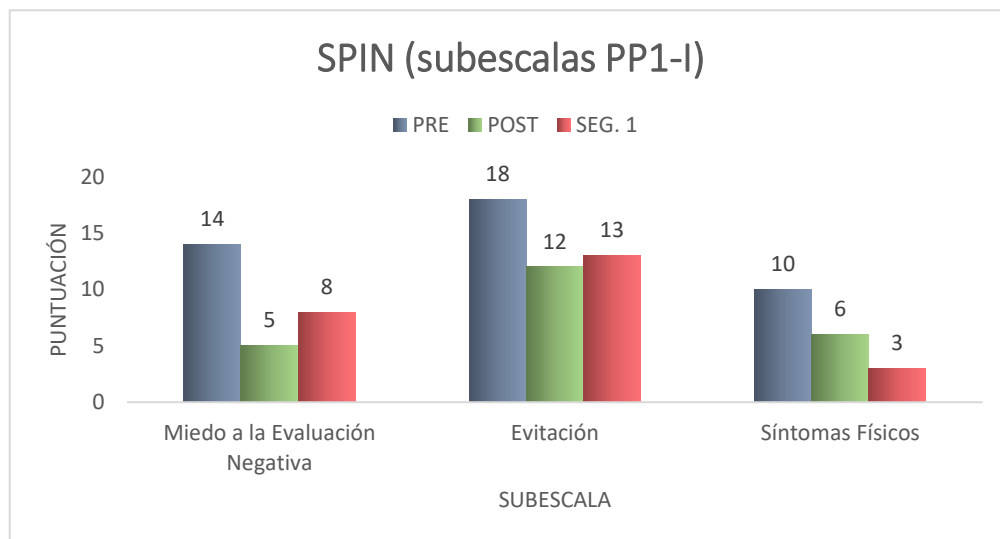


Fig. 8. Puntuación del SPIN (subescalas) PP1-I

Dentro de lo más destacable de la fig.8, encontramos un descenso importante en el factor miedo a la evaluación negativa, el cual si bien vuelve a aumentar tres puntos en el seguimiento, se

puede considerar que no es significativo, sobre todo si tomamos en cuenta la puntuación inicial de 14 puntos para dicho factor. En cuanto a los síntomas físicos, podemos decir que hay una disminución continua de éstos.

Por último, encontramos que para la subescala síntomas físicos los resultados obtenidos en el pos test no sólo se mantienen, sino que siguen disminuyendo.

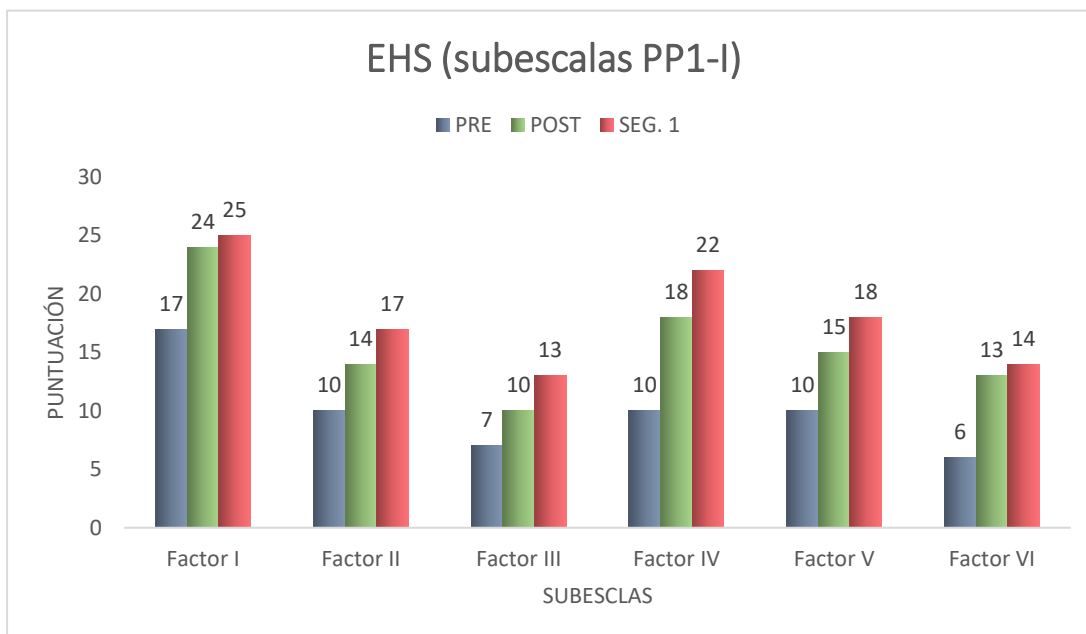


Fig. 9. EHS (subescalas) PP1-I. Factor I = Autoexpresión en situaciones sociales; Factor II = Defensa de los propios derechos como consumidor; Factor III = Expresión de enfado o disconformidad; Factor IV = Decir no y cortar interacciones; Factor V= Hacer peticiones; y Factor VI = iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

En lo que respecta a la EHS para el PP1-I, podemos notar un incremento de forma general en los seis factores. Cabe además señalar, que fue el único pp en el que hubo incremento en las HS después de la intervención.

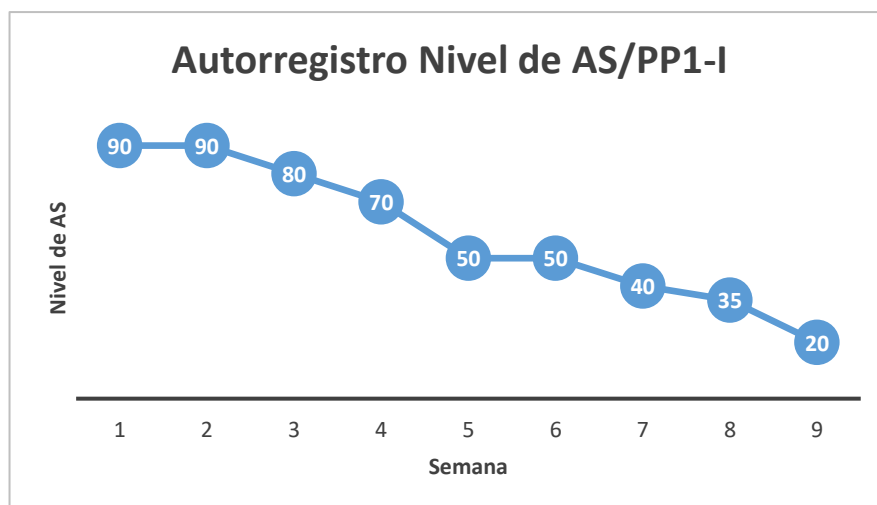


Fig. 10. Niveles de AS del PP1-I, durante la ICCAS-A

La fig.10, muestra una clara disminución en los niveles de ansiedad, en el cual tenemos una puntuación máxima de 90 unidades subjetivas de medición (USM), y un nivel

Descripción de las sesiones del PP1-I

Nota: Cabe señalar, que a todos los participantes del ICCAS-A, se les aplicaron las pruebas psicológicas correspondientes durante la primera sesión, además de que se les dio la bienvenida a la intervención, explicándoseles de manera detallada en qué consistía ésta, el número de sesiones y la duración de las sesiones.

Sesión 1

En esta sesión se le brinda al participante el autorregistro, con el fin de que el éste se familiarice con él y comience a registrar niveles de ansiedad, PA, conductas y síntomas físicos, entre otros. Se le hace hincapié en el uso de éste, y se le explica la importancia de la información que se recabe.

Sesión 2

El PP1-I refiere que las situaciones que más ansiedad le causaban, eran aquellas donde tenía que dar su opinión delante de varias personas, específicamente, si era una opinión contraria a la de alguien; reporta además altos niveles de ansiedad en los momentos donde debía ejecutar piezas musicales en solitario.

Dentro de los pensamientos más frecuentes estaban aquellos referentes a su capacidad como músico y los cuales el identificaba como “no soy lo suficientemente bueno”, “voy a fallar”, “no puedo”, “el profesor va a pensar que soy un tonto”.

Sesión 3

El participante comenta mayor facilidad para identificar sus pensamientos y emociones. Los pensamientos que siguen apareciendo con más frecuencia son aquellos relacionados con el “no puedo”, y el “voy a quedar mal”.

Se le deja de tarea el seguir practicando las técnicas de respiración y relajación revisadas durante la sesión.

Sesión 4

El PP1-I, indica haber realizado los ejercicios de respiración durante los momentos en que se sintió más ansioso, a lo que comenta, estos le ayudaron a sentirse más tranquilo. Agrega que en los momentos donde llegó a realizar los ejercicios de respiración fueron antes de tener que ejecutar un solo con su instrumento.

Por otra parte, se realizó la primera sesión de exposición durante la sesión, en la cual se le pidió al pp., que pidiera información durante al menos 15 min. en la agencia de viajes contigua a su escuela.

Durante dicha exposición el pp. se percató principalmente de los síntomas físicos a causa de la ansiedad, comentando que no se había dado cuenta de cuánto le molestaban hasta ese momento. Dentro de los síntomas físicos más intensos que tuvo estuvieron el temblor de la voz y del cuerpo, así como la sudoración

Otro de los temores que tenía antes de realizar dicha exposición fue el de quedarse en blanco.

Sesión 5

El PP1-I, refiere una mayor facilidad al momento de detectar aquellos PA, que más intervienen al momento de ejecutar alguna pieza delante de sus profesores, o bien, al momento de hacer alguna intervención en clase. Comenta que dichos PA, ya no tiene tanto peso sobre él, debido a que ha aprendido a interpretarlos de forma distinta, más objetivamente.

Sesión 6

El PP1-I, comenta que aunque se ha sentido más confiado y más capaz de controlar su ansiedad, tuvo un incidente durante una clase en la cual comenzó a sentirse “*muy ansioso e intranquilo, incapaz de estar quieto*”, sin ninguna razón aparente; por lo cual se analizan las posibles causas, así como algún cambio en su rutina diaria o alimentación, de lo cual sólo se pudo concluir que era debido a que no había estado durmiendo bien.

Debido a lo anterior, se revisan nuevamente las técnicas de relajación y se le pide que las siga practicando durante la semana.

Sesión 7

Durante esta sesión se revisan las metas alcanzadas y las que falta por alcanzar, además se verifican las HS que requieren ser afianzadas. Para ello se realizan diversos ejercicios de juego de roles durante la sesión, además de planearse nuevas tareas de exposición para que el pp pueda practicar dichas HS, a su vez se identifican los posibles problemas y se generan los planes de acción correspondientes.

Por otra parte, en esta sesión también se trabaja con la situación seleccionada por el pp como exposición final y la que representa mayor AS. Para dicha exposición el pp seleccionó su examen final, en el que debía tocar distintas piezas delante de profesores, compañeros y familiares, además de ofrecer un pequeño discurso al concluir.

Para prepararse para el evento mencionado, se utilizaron técnicas de imaginación guiada, en las que se simulaba la situación, así como se identificaron los problemas que podían surgir, y de acuerdo con ello se generaron los planes de acción correspondientes.

Sesión 8

El pp., refiere que aunque durante la exposición final comenzó un tanto titubeante, conforme fue avanzando su interpretación fue tomando más confianza, además de que recordó como relajarse mediante la respiración. Por otra parte, indica que aunque el discurso que dio fue más breve de lo que esperaba, se sintió más tranquilo en comparación con otras ocasiones en las que debía hablar ante varias personas.

Sesión 9

Se aplicaron las pruebas correspondientes a la segunda evaluación y se generó el cierre correspondiente, no sin antes seguir identificando situaciones que pudieran ser problemáticas, además se generaron los planes de acción correspondientes.

Respecto a la intervención, el pp comenta que le fue de utilidad y que le es mucho más sencillo controlar los síntomas provocados por el nerviosismo. Agrega además, que seguirá poniendo en práctica lo aprendido.

Conclusiones del PP1-I:

Como se pudo observar, este participante, tuvo una disminución constante de los síntomas relacionados con la AS, misma, que se mantuvo hasta el primer seguimiento. En cuanto a las HS, se

observó un incremento, obteniéndose un porcentaje de cambio clínico de un 51.7% con respecto al post test, y de un 81.7%, con respecto al primer seguimiento; lo cual, de acuerdo con Pinjarkar et. al (2015), indica un cambio clínicamente significativo (**Nota:** Pinjarkar, 2015, menciona que a partir del 50% son porcentajes de cambio clínicamente significativos). Por otra parte, en el SIAS y el SAS-A, también se observaron porcentajes de cambio clínicamente significativos; con respecto al LSAS-A, se observó lo mismo para la subescala de temor o nerviosismo. Cabe agregar que este participante mostró un descenso en los niveles de AS, semana tras semana, y de acuerdo con las UMS.

Participante 2

Características sociodemográficas: Joven de sexo masculino de 19 años de edad, oriundo de la ciudad de Puruándiro, Michoacán, en donde vivía con su madre y hermano menor hasta hace dos años, que decide trasladarse a ciudad de Morelia, Michoacán, con el fin de poder realizar sus estudios para ser cellista profesional.

En las pruebas de tamizaje el PP2-C, mostró puntuaciones altas en lo concerniente a AS, razón por la que se le contactó, por medio de su escuela, para invitarle a participar en la ICCAS, a lo que éste aceptó gustosamente, aceptando que, en efecto, la ansiedad llegaba a ser tan alta que interfería con sus actividades diarias.

Tabla 12

Puntuaciones del PP2-C

Instrumento	Pre	Post	%Cambio (Pre-Post)	Seg. 1	%Cambio (Pre-Seg.)
BFNE	39	36	7.7	33	15.4
SIAS	38	27	28.9	25	34.2
SPIN	29	25	13.8	21	27.6
SAS-A	54	54	0	51	5.6
LSAS-A	33/24	30/6	9/75	22/11	33.3/66.6
BAI	23	29	26.1	20	13.0
BDI	17	13	23.5	11	35.3
EHS	84	89	6.0	92	9.5

Tabla obtenida a partir de las puntuaciones pre, pos y seg.1 del PP2-C, así como el porcentaje de cambio clínico entre el pre y el post, y el pre y el seg.1 (ver fórmula, en el apartado de análisis de resultados).

Como podemos observar en la tabla 12, si bien el PP2-C, no obtuvo puntuaciones mayores al PC propuestas por el BFNE, en el resto de las pruebas que miden niveles de AS (SAS-A, LSAS-A,

SIAS y SPIN), si muestra puntuaciones mayores al PC, lo cual indica sino un TAS, si un nivel de AS que puede llegar a intervenir en la funcionalidad del paciente.

De cualquier forma el pp., reafirma lo anterior durante la primera entrevista, la cual se detallará más adelante.

Otro aspecto importante que vale la pena mencionar es el hecho de que en los resultados del pos-test no arrojaron grandes diferencias respecto al pre-test, específicamente para el BFNE, SAS-A, SPIN y el LSAS-A, no obstante, aunque fue el pp. que mostró las puntuaciones más bajas en pre test, respecto a la AS, es también el pp. que menos cambió (tomando en cuenta las puntuaciones) representó.

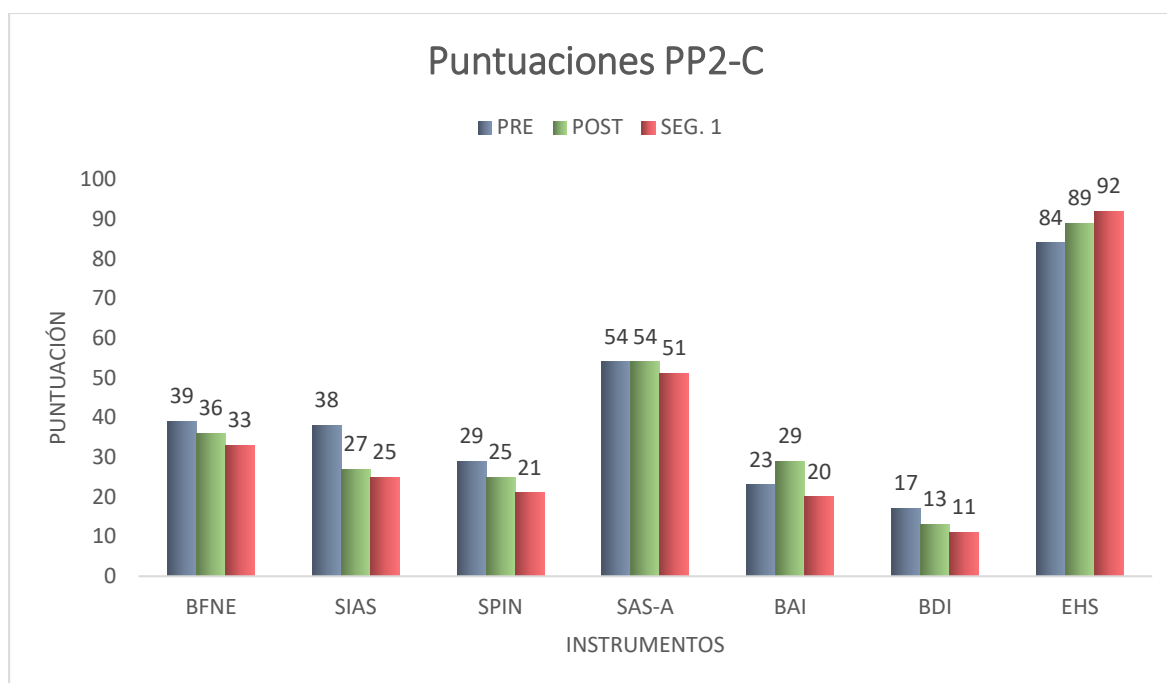


Fig. 11. Puntuaciones del PP2-C

Dentro de lo que podemos destacar de acuerdo a la fig. 11, podemos observar que en la mayoría de las pruebas los resultados se mantienen, tomando en cuenta el pos test y el seg. 1. Con respecto a la puntuación del BAI, lo que se puede resaltar en la puntuación del pos test, que resultó ser mayor al pre test por seis puntos, de lo cual podemos inferir que debido a que la segunda evaluación se aplicó en temporada de exámenes finales, esto pudo haber influido de forma significativa en los niveles de ansiedad general.

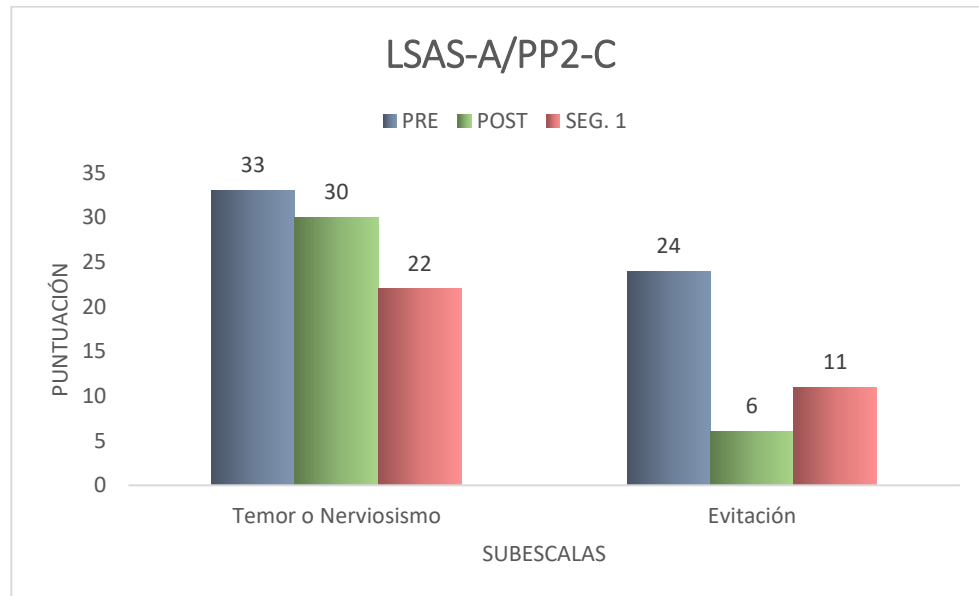


Fig.12. Puntuación del LSAS-A/PP2-C

De acuerdo con la fig.12, se puede observar que la subescala en la que hubo mayores resultados, es la correspondiente a la evitación, y que si bien hay un aumento de ésta en el seg. 1, realmente no es representativo, comparado con la puntuación inicial. 1

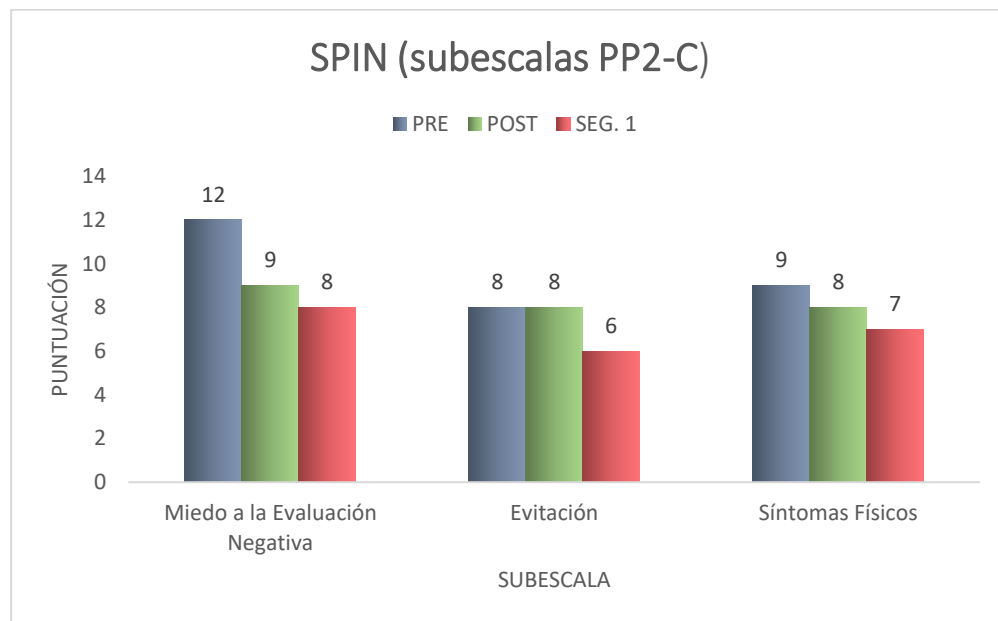


Fig.13. Puntuaciones del SPIN (subescalas) PP2-C

Para el caso del SPIN, la subescala de evitación para el pre y pos test nos muestran las mismas puntuaciones, lo cual contrasta con la información que nos da el LSAS-A- Por otra parte, se puede observar que la subescala miedo a la evaluación negativa (MEN), es la que indica mayor cambio, lo cual coincide con que el PP2-C siempre miedo a ser criticado (se profundizará sobre lo anterior en la descripción de las sesiones).

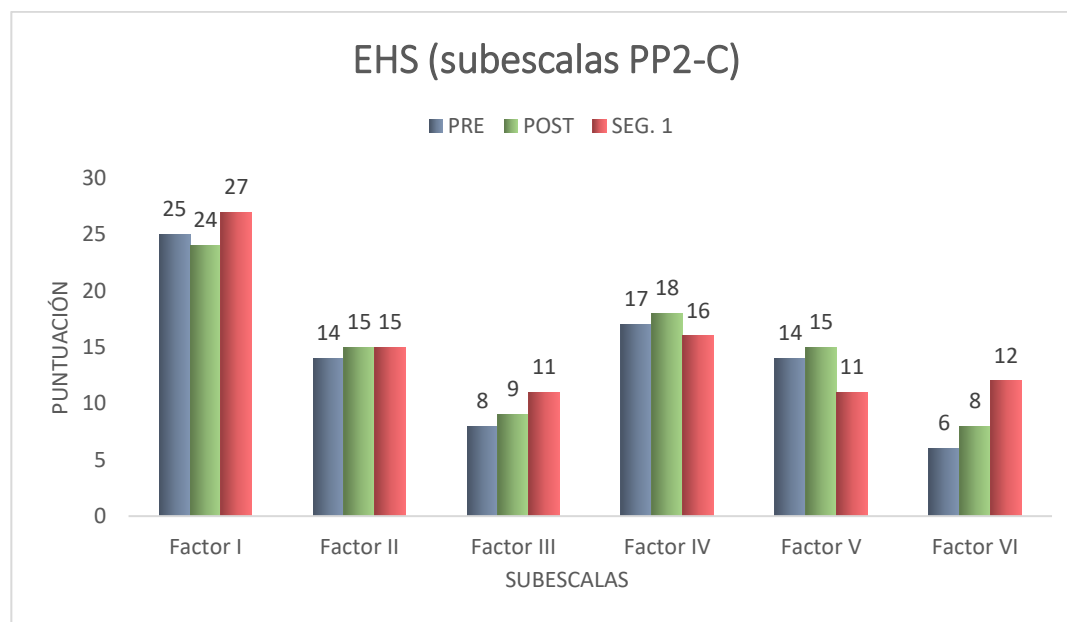


Fig.14. EHS (subescalas) PP2-C. Factor I = Autoexpresión en situaciones sociales; Factor II = Defensa de los propios derechos como consumidor; Factor III = Expresión de enfado o disconformidad; Factor IV = Decir no y cortar interacciones; Factor V= Hacer peticiones; y Factor VI = iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Respecto a las subescalas de la EHS, en la que se encuentra más contraste, respecto a la primera evaluación, es en el seg. 1 del factor I (autoexpresión en situaciones sociales), para el resto de los factores las puntuaciones no muestran diferencias visuales significativas.

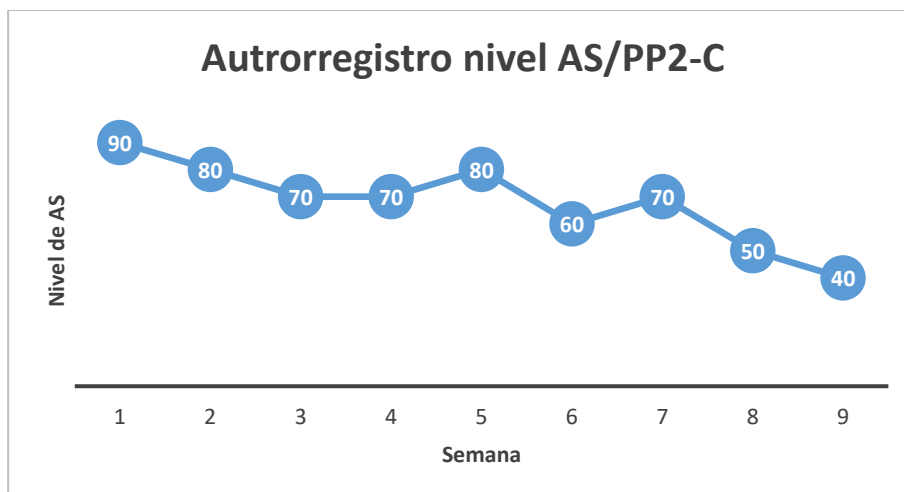


Fig.15. Niveles de AS del PP2-C durante la ICCAS-A

Lo que se observa en la fig. 15, es un nivel máximo de AS (subjetivo) de 90 puntos, y un nivel mínimo de 40 puntos, lo cual en cierta manera coincide con los resultados obtenidos en las pruebas.

Descripción de las sesiones del PP2-C

Sesión 1

El participante accede gustoso a participar en la ICCAS-A, y comenta que ya desde hacía algo de tiempo se sentía “algo nervioso o ansioso”, específicamente en las situaciones que implicaban hablar con autoridades, con gente nueva e inclusive con personas que ya tenía tiempo de conocer como sus compañeros de clase.

Entre los pensamientos identificados y registrados en el autorregistro estaban aquellos referentes a que las demás personas pudieran pensar que era “molesto o fastidioso”. Otro pensamiento recurrente era que criticaran su físico, o como el participante lo externaba: “que pensarán que no se veía bien”. Respecto a este último pensamiento el PP2-C, comenta que tendía mucho a mirarse en el espejo.

En cuanto a las tareas y actividades que se le dejaron al participante para realizar fuera de la sesión, estuvieron el continuar identificando y registrando situaciones ansiógenas.

Sesión 2

El participante continúa refiriendo “miedo” a lo que pudieran pensar de él, comenta además que en diversas situaciones que se suscitaron en su salón de clases, en las que debía dar su opinión, decidió quedarse callado por miedo.

Por otra parte, el participante comenta que dentro de los síntomas físicos que asociados a las situaciones ansiógenas presenta temblores y sudoración, los cuales le generan molestia e incomodidad, por lo que se le pide los siga registrando, así como su intensidad, a lo que se le comenta, que con los ejercicios de respiración, dichos síntomas físicos se podrán disminuir y por ende, controlar mejor.

Por todo lo anterior expuesto, se le pide al pp que haga mayor énfasis en la identificación y registro de los pensamientos negativos recurrentes para trabajarlos en la siguiente sesión.

Sesión 3

Se trabaja con los pensamientos identificados anteriormente mediante el autorregistro, tomando específicamente aquellos más recurrentes, siendo estos los referentes a ser considerado como una molestia para los demás, o bien, verse mal. Comenta además sentir que los demás lo observaban y/o criticaban.

Para tratar tales pensamientos se utilizaron técnicas como la reatribución y la parada de imágenes catastrófica, mediante las cuales el participante comenzó a darse cuenta que el sentirse observado o criticado sólo es parte de su percepción y consecuencia de que su atención, por lo general, está centrada en él mismo y en lo que los demás pudieran pensar.

Se le explica además, que todo ello forma parte del sesgo que tiene al interpretar las reacciones de los demás, es decir, tiene que ver con la tendencia del participante a maximizar de forma negativa las actitudes que tienen los demás con él.

Sesión 4

El participante indica que ha comenzado a no dar tanta importancia a lo que pudieran pensar de él las otras personas, además de que ya no da tanta importancia a la forma en que los demás se comportan cuando él está presente.

Comenta también, que ha estado practicando las técnicas de relajación, específicamente las de respiración, las cuales le han ayudado al momento de interpretar alguna pieza musical delante de sus profesores y/o compañeros.

En cuanto a la exposición realizada durante la sesión, en la cual se le solicitó al participante pedir información en una agencia de viajes durante al menos 15 minutos, el participante comentó ponerse ansioso aunque no tanto como el esperaba.

Por otra parte, mediante la exposición realizada en la sesión el participante pudo percatarse nuevamente de que los pensamientos más recurrentes son aquellos relacionados con ser una molestia y el no saber qué decir, o bien, quedarse en blanco.

Sesión 5

El participante reporta haber estado trabajando en los PA que tenía al interactuar con otras personas, además de que siguió practicando las técnicas de relajación, las cuales señaló, le habían sido de mucha ayuda.

Durante la sesión se revisaron las HS que el participante requería trabajar, tales como el iniciar y mantener conversaciones con personas nuevas o conocidas, y el hablar con figuras de autoridad; se dejaron algunas tareas de exposición referentes a esas HS sociales (dichas actividades se practicaron en la sesión a manera de juego de roles)

Sesión 6

El participante indica que aunque aún sigue teniendo pensamientos del tipo “me van a criticar”, “estoy fastidiando a las personas”, éstos ya son menos recurrentes, además de que cada vez les da menos importancia.

El participante comentó además, que durante la semana interactuó con personas desconocidas, de las cuales, para su sorpresa, recibió halagos respecto a sus interpretaciones musicales, percatándose de esta forma que la creencia “voy a ser una molestia” sólo era su percepción.

Sesión 7

El participante refiere que si bien, la ansiedad no había desaparecido del todo, ésta si había disminuido, además de que ya era más manejable, pues contaba con más herramientas para ello.

En cuanto a la exposición final, el participante elige hacer una presentación musical ante familiares, amigos y personas en general, de manera previa a su examen final de grado en la cual nunca se había presentado antes, razón por la cual dicha exposición le causaba cierto grado de ansiedad.

Para prepararse para dicha presentación, se utilizó la técnica de imaginación guiada, además de una simulación de la ejecución dentro de la sesión, las cuales sirvieron para trabajar con aquellos PA que seguían surgiendo, así como las emociones relacionadas a dicha exposición

Sesión 8

El participante refiere un grado de nerviosismo medio durante la última exposición, es decir, la ansiedad que presenta es manejable al punto de poder llevar a cabo la exposición planeada (la ejecución del instrumento que estudia delante de varios amigos, familiares y desconocidos).

Al finalizar dicha exposición el PP2-C, comenta sentirse satisfecho con el resultado y agrega que de ser necesario volver a realizarla, lo haría sin problema alguno.

Sesión 9

En la sesión de cierre se identifican algunos problemas o áreas en las que debe seguir trabajando, tales como el iniciar y mantener conversaciones con desconocidos, y se generan planes de acción de acuerdo a éstas.

Por último, el participante arguye que aunque sigue presentando ansiedad en algunas situaciones de índole social, ésta ya es mucho más llevadera y que si bien, piensa, difícilmente desaparecería tal ansiedad del todo, ya tiene más herramientas para disminuirla.

Conclusiones del PP2-C:

Con respecto a este participante, cabe recordar, que fue el que inicialmente tuvo menores puntuaciones de AS en las pruebas del pre-test; por otro lado, por lo general refirió niveles de ansiedad mayores a 50, de acuerdo con las UMS. Cabe agregar, que fue también el participante que menos cambios mostró en las puntuaciones del posttest con respecto al pretest, lo cual se refleja en los porcentajes de cambio obtenidos, ya que ninguno fue clínicamente significativo. Por otra parte, y como se verá en la discusión, este participante fue el que mostró más rasgos de perfeccionismo y sobre exigencia hacia sí mismo, lo cual influye en gran medida en el efecto que pueda tener la intervención para disminuir los síntomas de ansiedad, específicamente en lo que refiere a las tareas de exposición, en las cuales, las personas con dichas características, tienden a evaluar de manera más severa su actuación, y por lo tanto los resultados de éstas. Por último, es importante agregar que el momento en que se aplicó en post test, también pudo haber influido en los resultados, ya que el participante se encontraba en exámenes finales, lo cual se refleja en la puntuación del BAI.

Participante 3

Características sociodemográficas: mujer de 19 años, perteneciente a la ciudad de Morelia, Mich, en la que radica actualmente al lado de su padre y madre de 43 y 42 años respectivamente. Tiene dos hermanos menores de 15 y 13 años respectivamente, ambos de sexo masculino y estudiantes de secundaria.

La participante, de quien ahora en adelante nos referiremos como PP3-S, se encuentra en su segundo año de licenciatura en el Conservatorio de las Rosas, para convertirse en una trompetista profesional.

A continuación se muestran las puntuaciones obtenidas por la PP3-S en el pre, pos y primer seguimiento.

Tabla 13

Puntuaciones del PP3-S

Instrumento	Pre	Post	%Cambio (Pre-Post)	Seg. 1	%Cambio (Pre-Seg.)
BFNE	42	26	38.1	33	21.4
SIAS	39	24	38.5	30	23.1
SPIN	26	15	42.3	25	3.8
SAS-A	58	50	13.8	55	5.2
LSAS-A	28/31	13/11	53.5/64.5	24/25	14.3/19.3
BAI	18	10	44.4	13	27.8
BDI	6	7	16.7	14	133.3
EHS	73	89	21.9	71	2.7

Tabla obtenida a partir de las puntuaciones pre, pos y seg.1 del PP3-S, así como el porcentaje de cambio clínico entre el pre y el post, y el pre y el seg.1 (ver fórmula, en el apartado de análisis de resultados).

En la tabla 13, se pueden observar puntuaciones altas para la mayoría de las pruebas que miden la AS en el pre test, así como un descenso de significativo de éstas para el post. Lo remarcable de este caso, es que aunque es la pp. que mostró mayores cambios (positivos) para el post, fue también la que mostró mayor retroceso en la evaluación del primer seguimiento.

Un factor que se debe analizar detenidamente es el momento en el que se aplicó el primer seguimiento, el cual coincidió con estrés escolar debido a que era período de exámenes, además de algunas cuestiones de índole personal. Por otra parte, lo anterior también coincide con la puntuación obtenida en seg. 1 para el BDI.

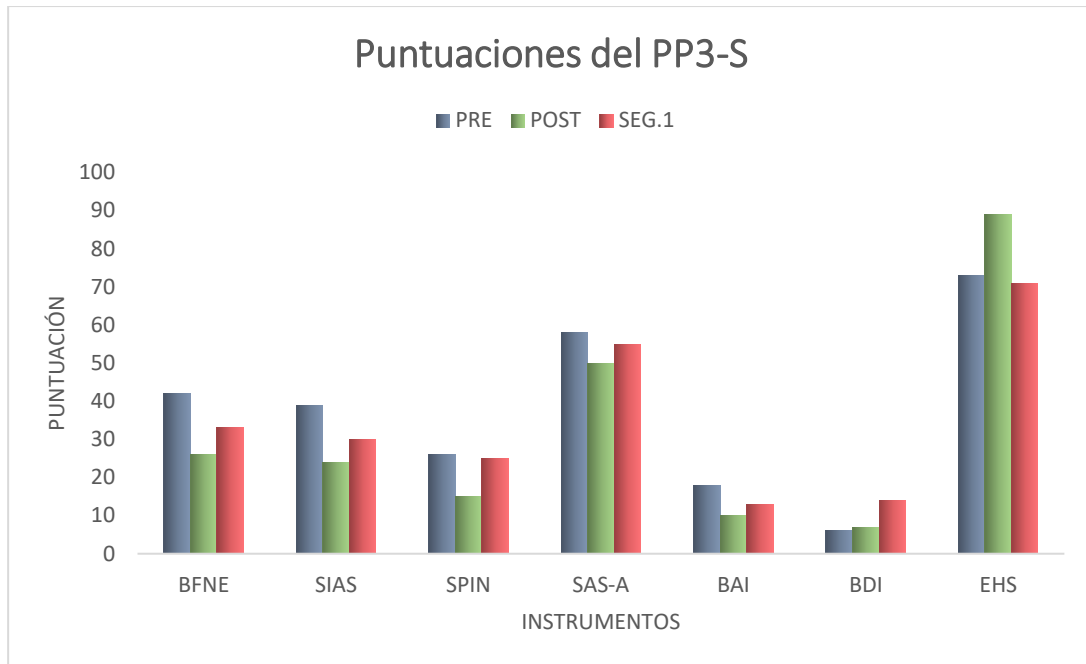


Fig. 16. Puntuaciones generales del PP3-S

De la fig.16, se puede destacar sobre todo el retroceso marcado en el BFNE, el BDI y la EHS del seg. 1, con respecto al pos test. Para el resto de las escalas, si bien también se observa que no se mantuvieron los resultados obtenidos en el pos test, la diferencia de puntuaciones entre éste y el seg. 1 es menor.

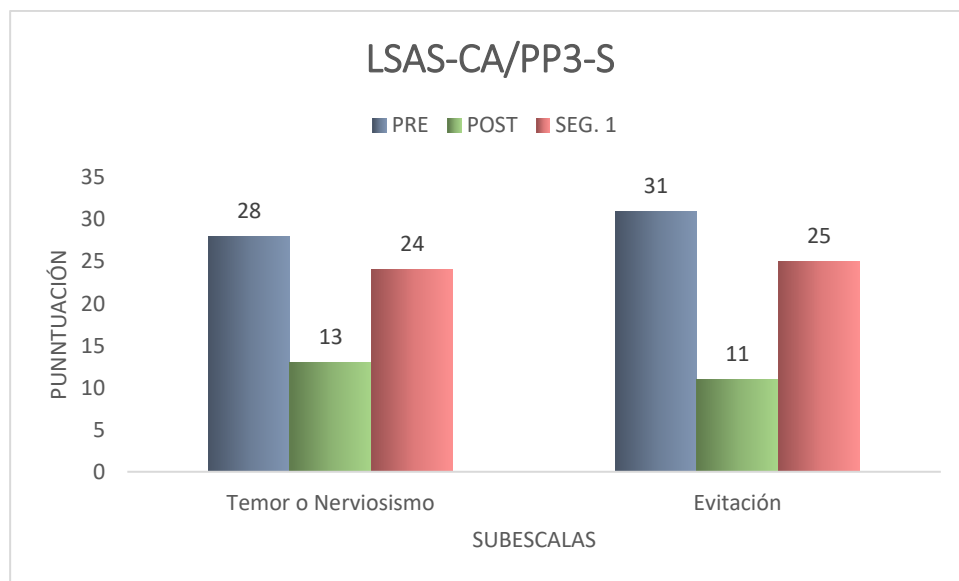


Fig.17. Puntuación del LSAS-A/PP3-S

En la fig. 17, se observa nuevamente un claro descenso en la evitación para el pos test, la cual incrementa para el seg. 1, sin llegar a igualarla. Para el caso de la subescala temor o nerviosismo se observa algo similar.

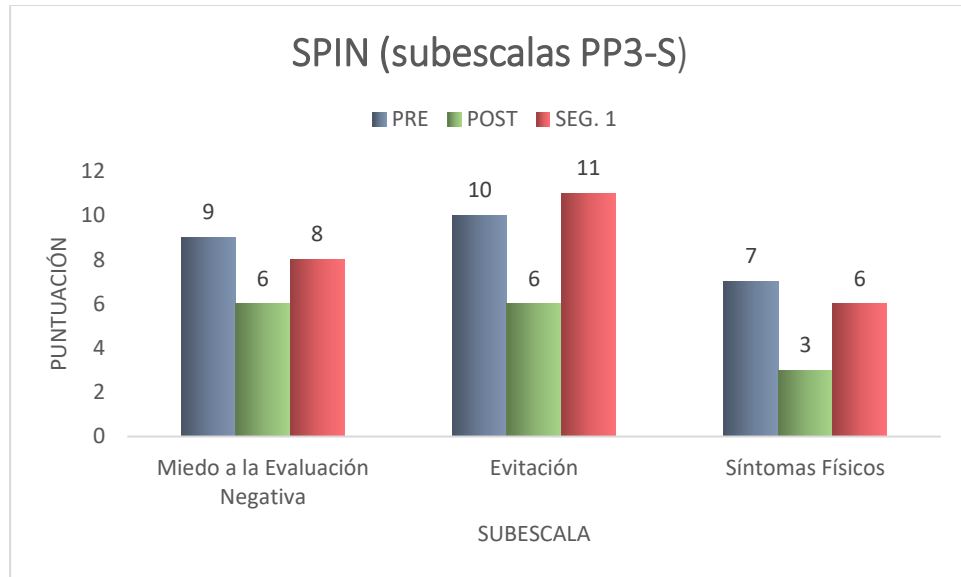


Fig.18. Puntuación del SPIN (subescalas) PP3-S

Los resultados para las subescalas del SPIN (fig. 18) son similares a los obtenidos en las escalas y subescalas que miden el MEN, la evitación y los síntomas físicos, por lo que se puede deducir que en efecto, en el factor donde más incidió la ICCAS-A para la PP3-S, fue en la evitación de las situaciones sociales ansiógenas.

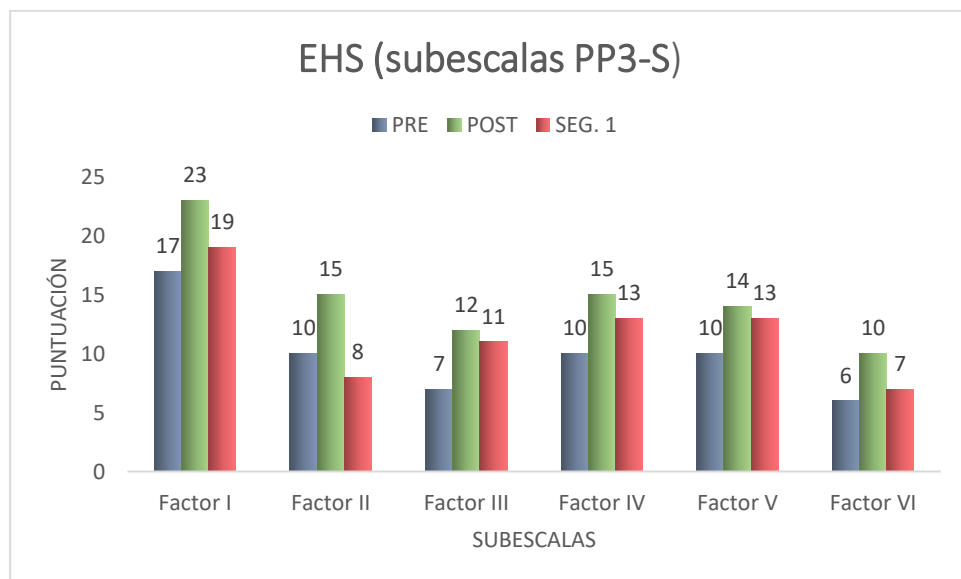


Fig. 19. EHS (subescalas) PP4-O. Factor I = Autoexpresión en situaciones sociales; Factor II = Defensa de los propios derechos como consumidor; Factor III = Expresión de enfado o disconformidad; Factor IV = Decir no y cortar interacciones; Factor V= Hacer peticiones; y Factor VI = iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

En los factores en los que se puede observar que los resultados obtenidos en el pos test, prácticamente, se mantuvieron (ya que no varió tanto la puntuación), es el factor I, el III, el IV y el V, los cuales se relacionan con la expresión o desenvolvimiento en situaciones sociales y la asertividad.

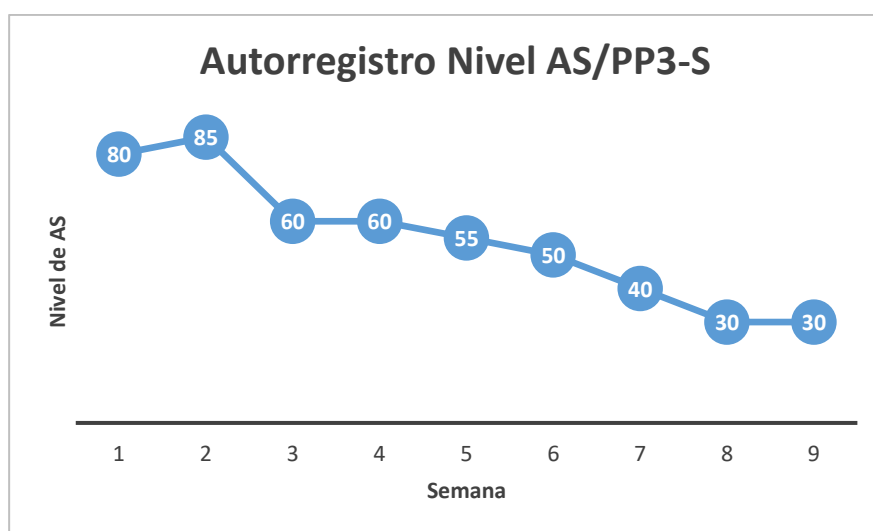


Fig. 20. Nivel de AS durante el ICCAS de la PP3-S

Se observa un nivel de AS máximo de 85, y un nivel mínimo de AS 30 para la novena y última sesión. Si bien no se llegaron a niveles de AS óptimos ($< \text{o} = 10$), durante la ICCAS-A, dichos niveles disminuían de manera consistente.

Descripción de las sesiones de la PP3-S

Sesión 1

La PP3-S, llega de forma puntual y con el autorregistro llenado a medias, a lo cual ella replicó que se debió a que no había entendido del todo la manera de registrar; razón por la cual se le explica nuevamente cómo y en qué momentos registrar.

Dentro de las situaciones que registró estaban aquellas en las que debía participar en clase, o bien, exponer. Mientras que los pensamientos que identificó relacionados a dichas situaciones fueron:

“qué pena hablar delante de todos”, “qué van a pensar si me equivoco, mejor me quedo callada”. Como consecuencia a tales pensamientos, la participante decidió quedarse callada.

Sesión 2

La PP3-S comenta percatarse con mayor facilidad de aquellos pensamientos que surgen en las situaciones sociales que le causan ansiedad; dichos pensamientos están relacionados con el miedo al qué dirán y miedo al ridículo, por lo que se comienza a trabajar con dichos pensamientos analizando la falta de veracidad y subjetividad de éstos, de tal forma, que la participante comenzó a dejar de darles la atención e importancia que les daba.

Comenta también, que dentro de los síntomas físicos asociados a la ansiedad, sólo identifica el temblor de la voz al momento de hablar frente a varias personas.

Sesión 3

La participante indica haber practicado algunos días las técnicas de relajación vistas la semana anterior. Por otra parte, refiere que el hecho de seguir identificando los pensamientos negativos aunados a alguna situación social ansiógena, le ha ayudado a controlarlos y a ser más consciente de la forma en que éstos influyen en sus emociones.

Sesión 4

Mediante las técnicas de detención de PA revisadas en la sesión anterior, la PP3-S comenta haber podido disminuir los PA más recurrentes relacionados con la AS, de tal forma, que participaba más frecuentemente en clase, además de que en la última reunión social a la que había asistido pudo “*ser más desinhibida y sociable*”.

Cabe señalar que en la exposición durante la sesión, la cual, al igual que los otros participantes, consistió en pedir información en una agencia de viajes durante al menos 15 min., la participante se sintió algo ansiosa y temerosa de “quedarse en blanco”, ante estas preocupaciones se le sugirió implementar algunas de las técnicas utilizadas durante los ejercicios de modelamiento, tales y como confirmar la información que le brindaban, preguntar nuevamente alguna duda o bien, sacar a la plática algo referente a eventos actuales como clima, fiestas de temporada o sobre la clientela que tienen.

Cabe resaltar que mediante este ejercicio lo que se pretendió fue que los participantes se percataran de que el hecho de “quedarse en blanco” o “no saber que decir”, no era tan grave como lo

percibían, además de que siempre hay algún tema con el que se puede iniciar y/o mantener conversaciones.

Sesión 5

Durante esta sesión, la participante enumeró las HS que ella considera debe desarrollar o trabajar más, por lo que mediante el modelamiento en vivo y de algunos videos se ejemplificaron algunas técnicas para practicar y desarrollar las HS que la participante seleccionó.

En el caso de la PP3-S, las HS que se decidieron trabajar fueron el iniciar y mantener conversaciones con extraños y el de ser asertiva (al momento de dar una opinión contraria, o de hacer valer sus derechos).

Sesión 6

Tomando en cuenta los temas revisados, la participante comentó que quería trabajar un poco más las técnicas de relajación. Por otra parte, durante la sesión se planeó una actividad de exposición en la que pudiera aplicar las HS que quería desarrollar, además de las técnicas de relajación y detención de PA.

La actividad de exposición consistió en pedir un cambio de orden en un restaurante café cercano al consultorio (**Nota:** todas las actividades de exposición fueron en presencia del terapeuta y con el acuerdo previo entre ésta y el personal que participó). Respecto a dicha actividad de exposición, la PP3-S, refiere haberse sentido “*apenada y nerviosa*”, pues no esperaba que el mesero accediera amablemente a cambiar la orden inicial.

Cabe mencionar, que siempre después de una actividad de exposición se revisan los pensamientos recurrentes, los síntomas de ansiedad, así como el nivel de ésta, pues constituye información sobre lo que se debe seguir trabajando.

Sesión 7

Para la última exposición, considerada por la participante como una situación altamente ansiógena, ésta eligió el dar un pequeño discurso al finalizar su examen final, al cual asistirían familiares, profesores y amigos.

Para ello, se le había pedido con anterioridad llevar para esta sesión el discurso de forma escrita.

Una vez con el discurso practicado, se hizo una simulación del evento, lo cual a su vez sirvió para identificar PA ansiógenos, síntomas físicos debidos a la ansiedad y nivel de ansiedad para los cuales se generaron planes de acción.

Sesión 8

La participante comenta haber realizado la exposición sin mayor problema, ya que el nivel de AS era tolerable y por tanto manejable. Por otra parte, los pensamientos relacionados con el qué dirán y el miedo a hacer el ridículo, habían disminuido de forma considerable.

Nuevamente se revisan las metas o situaciones que se requieren seguir trabajando, así como los planes de acción pertinentes para cada situación.

Sesión 9

Se aplica la evaluación final y se realiza el cierre correspondiente en el que la participante comenta sentirse satisfecha de los logros que tuvo. Indica que los ejercicios de exposición le ayudaron mucho tanto a enfrentar y a manejar la ansiedad, como a percatarse de los PA que le generaban.

Conclusiones del PP3-S:

En esta participante se pudo observar cierto cambio en los puntajes de pre test, con respecto al post test, sin llegar al porcentaje de cambio considerado como clínicamente significativo, más que en las subescalas de LSAS-A (temor o nerviosismo y evitación). Por otra parte, podemos observar que cierto retroceso en las puntuaciones obtenidas en el seguimiento, esto con respecto al post test, lo cual pudo deberse en parte, a que estaba teniendo algunos problemas personales (se puede notar en el BAI). Cabe agregar, que durante la intervención la participante refirió cambios, específicamente, en su vida social, además de que se mostraba más alegre, esto se puede ver en la medición subjetiva de los niveles de ansiedad, en los que hay un decremento constante (sin llegar a ser extremo).

Participante 4

Características sociodemográficas: Joven de sexo masculino con 17 años de edad, estudiante de segundo año de bachillerato del Conservatorio de las Rosas en Morelia, Mich, con la finalidad de convertirse en violinista profesional.

Es el mayor de dos hermanos y vive con sus padres. Su padre es un hombre de 50 años y músico de profesión, mientras que su madre, mujer de 45 años se dedica a labores del hogar.

El PP4-O, refiere que desde hace algún tiempo se ha sentido ansioso en diversas situaciones, las cuales incluyen lo social, razón por la que después de contactarlo debido a las puntuaciones que

obtuvo en las pruebas de tamizaje, éste aceptó participar en la ICCAS-A. A continuación se muestran las puntuaciones obtenidas por la PP4-O en el pre, pos y primer seguimiento.

Tabla 14

Puntuaciones del PP4-O

Instrumento	Pre	Post	%Cambio (Pre-Post)	Seg. 1	%Cambio (Pre-Seg.)
BFNE	42	30	30	32	23.81
SIAS	43	27	27	30	30.23
SPIN	37	29	29	27	27.03
SAS-A	85	50	50	47	44.71
LSAS-A	70/64	56/50	56/50	59/51	0.71
BAI	28	20	20	22	21.43
BDI	15	11	11	10	33.33
EHS	70	92	92	90	28.57

Tabla obtenida a partir de las puntuaciones pre, pos y seg.1 del PP1-I, así como el porcentaje de cambio clínico entre el pre y el post, y el pre y el seg.1 (ver fórmula, en el apartado de análisis de resultados).

Lo que se observa en la tabla 14, son puntuaciones que en el pos test muestran resultados positivos, por debajo de los PC, además de que la mayoría de esas puntuaciones se mantienen para el seg. 1. Los instrumentos en los que se muestran las puntuaciones más destacadas son el BFNE, SIAS, SPIN, SAS-A y el EHS; los tres primeros enfocados en medir el TAS, y el último en medir las HS, cuyo déficit, como se mencionó anteriormente, está directamente relacionado con niveles marcados de AS.

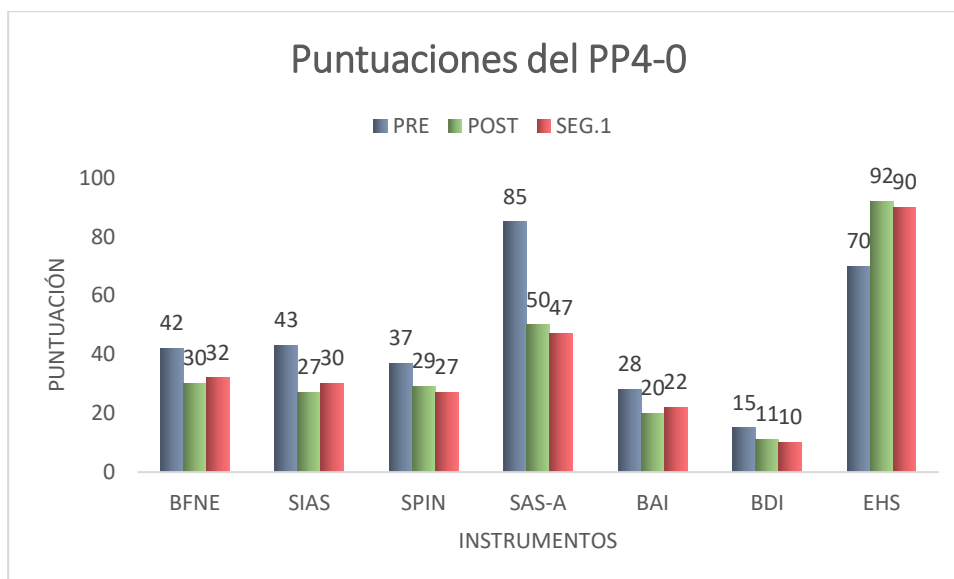


Fig. 21. Puntuaciones generales del PP4-O

Mediante la fig.21, y su respectivo análisis visual, se obtiene que el instrumento que denota mayor mejora o bien, disminución en el nivel de AS, es el SAS-A, información que se sustenta con los puntajes obtenidos en el resto de las pruebas.

A diferencia con la PP3-S, se observa que los resultados si se mantuvieron para el seg. 1, con pequeñas variaciones en los puntajes.

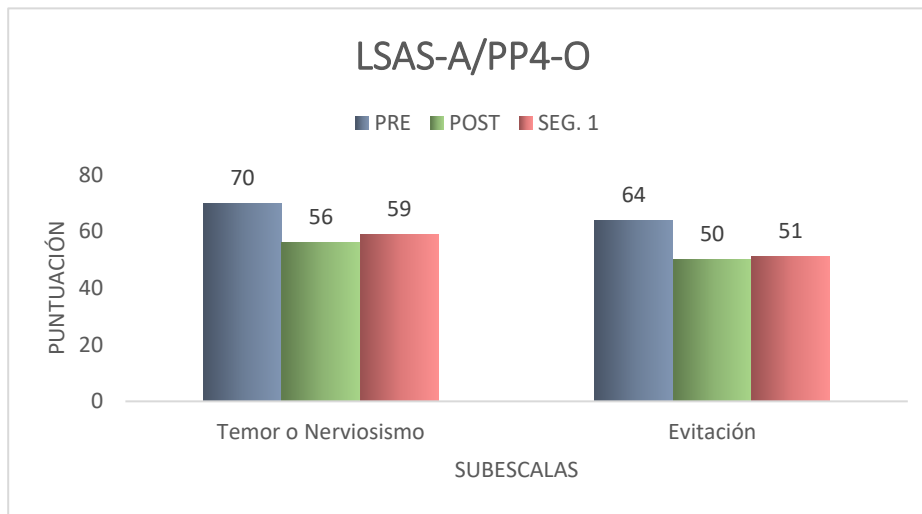


Fig.22. Puntuación del LSAS-A/PP4-O

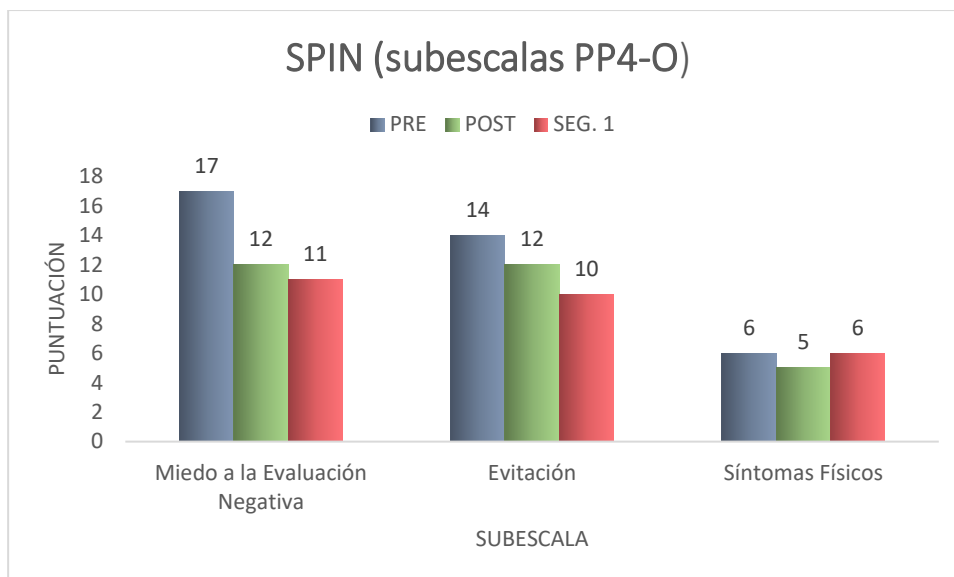


Fig.23. Puntuación de SPIN (subescalas) PP4-O

Como se registra en las fig. 22 y fig. 23, las puntuaciones para las subescalas de evitación son consecuentes entre sí, es decir, muestran un decremento similar para el pos test, y una puntuación similar para el seg. 1; lo mismo sucede para la subescala de temor o nerviosismo (fig. 22) y la de miedo a la evaluación negativa (fig. 23), cuyas puntuaciones son similares en proporción, tomando en cuenta que cada una maneja escalas distintas.

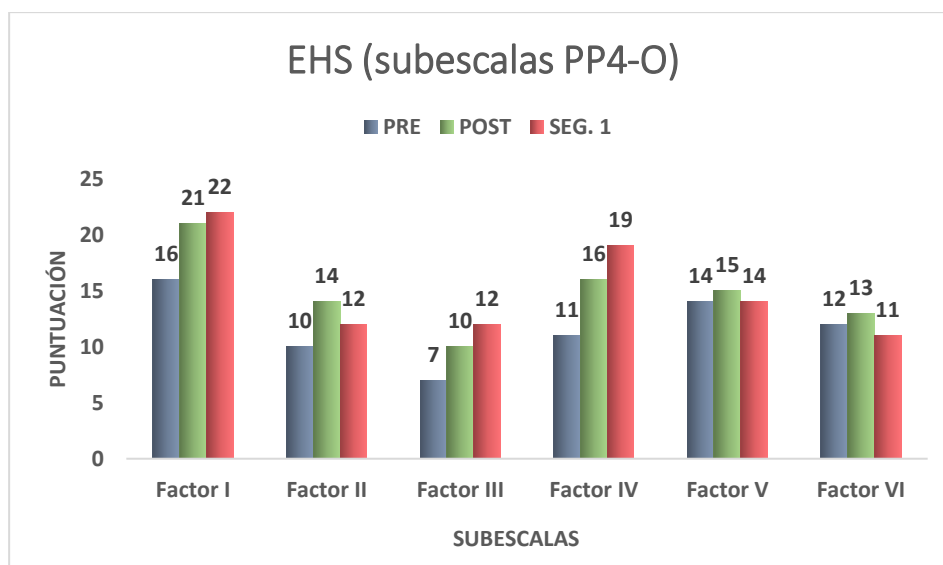


Fig.24. EHS (subescalas) PP4-O. Factor I = Autoexpresión en situaciones sociales; Factor II = Defensa de los propios derechos como consumidor; Factor III = Expresión de enfado o disconformidad; Factor IV = Decir no y cortar interacciones; Factor V= Hacer peticiones; y Factor VI = iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Se observa un nivel de AS máximo de 85, y un nivel mínimo de AS 30 para la novena y última sesión. Si bien no se llegaron a niveles de AS óptimos ($< \text{o} = 10$), durante la ICCAS-A, dichos niveles disminuían de manera consistente.

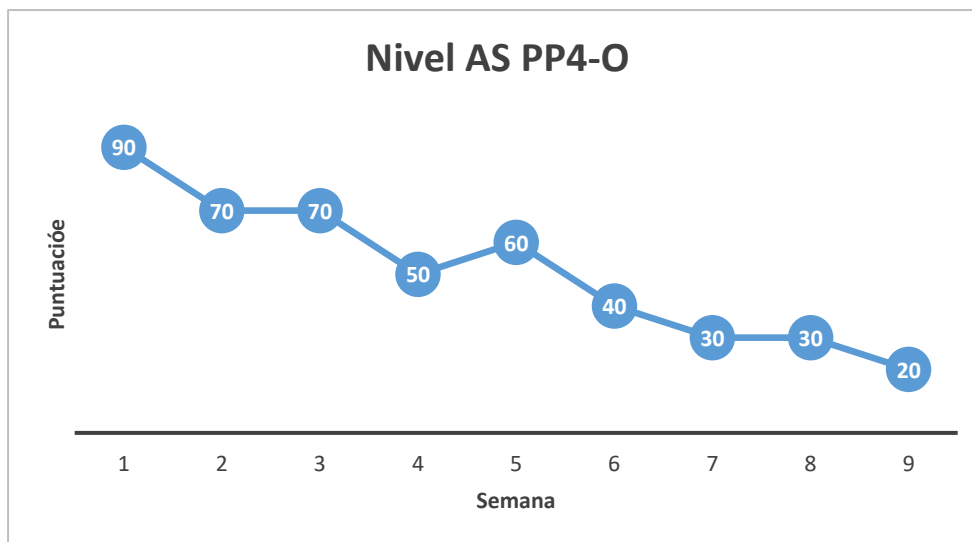


Fig.25. Nivel de AS durante el ICCAS-A para el PP4-O

En la fig. 25, se muestra el nivel de AS del PP4-O durante la ICCAS-A el cual tuvo una disminución prácticamente constante semana a semana.

Descripción de las sesiones del PP4-O

Sesión 1

Aunque el participante se mostró participativo y dispuesto, era evidente que tenía bastante dificultad para expresar en la que se sentía y las dificultades que enfrentaba al tratar de relacionarse con otras personas.

En consecuencia, el participante comentó no haber podido llenar el autorregistro por falta de tiempo, razón por la cual se le hizo hincapié en que no se le juzgaría por nada de lo que comentara en la sesión, además de que todo lo que se trabajara sería confidencial. Por otro lado, mediante la explicación del MCW (tópico de la sesión), el participante pudo comprender el porqué de muchas de sus conductas, emociones y sensaciones físicas.

Sesión 2

El participante asistió esta vez con varias situaciones sociales, que el detectaba como problemáticas. Acepta que tiende a aislarse muchas veces, por lo que no tiene muchos amigos, razón por la cual elige como una de las metas de la intervención el ser más sociable.

Dentro de los pensamientos que detectó estaban el: “*no sabré que decir*” y “*les voy a caer mal*”. En cuanto a las manifestaciones físicas comentó que le molestaba mucho que le temblara la voz al hablar frente a varias personas, además de que en ocasiones llegaba a sudar más de lo habitual.

Sesión 3

El participante indica haber practicado “algunos días” las técnicas de relajación vistas la sesión anterior, las cuales, comenta “*le ayudaron un poco*”.

En cuanto a los pensamientos registrados, nuevamente estaban los relacionados a no saber cómo comportarse o qué decir, agregando esta vez, pensamientos relacionados a su aspecto físico tales como “*seguro me van a criticar y se van a burlar de mí*”. Respecto a estos últimos, se trabajó el tema de la autoimagen con la finalidad de hacerle ver, que no había nada malo con respecto a su físico, y que lo que el temía que pudieran pensar los demás no tenía por qué suceder.

Sesión 4

El participante comenta sentirse un poco menos nervioso al interactuar con algunos chicos de su edad. Reporta además que ha estado trabajando con los pensamientos respecto a su imagen, de tal forma que ya no los ve “*tan ciertos*”.

Al igual que con el resto de sus compañeros se realiza la primera actividad de exposición durante la sesión, la cual nuevamente consistió en pedir información en la agencia de viajes cercana a su escuela. El participante acepta realizarla, y comenta estar “algo nervioso”, por lo que se le aliente y se vuelven a revisar los planes de acción para dicha exposición.

Al concluir tal exposición el participante comenta sentirse aliviado, además de que se percató de que no era tan difícil como le parecía en un inicio.

Sesión 5

Durante esta sesión se realizaron diversos ejercicios con el objetivo de ejemplificar las habilidades sociales que el participante debía trabajar.

Por otra parte, se realizó una pequeña actividad de exposición en la que debía aplicar alguna de las habilidades sociales trabajadas.

Sesión 6

El participante refiere mayor facilidad para iniciar y mantener conversaciones con sus compañeros, de tal forma que estaba considerando en asistir a una reunión que organizaban. Se le alienta a asistir y se revisan nuevamente las técnicas aprendidas tales como la relajación, el cambio de PA, las HS, además de que se generan distintos planes de acción.

Sesión 7

Para la exposición final el participante elige asistir al evento social que estaban organizando sus compañeros, para lo cual se identifican las posibles dificultades o desencadenantes de ansiedad, generando para ello, los planes de acción correspondientes. Para ello se utiliza la técnica de imaginación guiada.

Sesión 8

El participante comenta haberse sentido tranquilo durante la fiesta a la que fue, además de que pudo interactuar con varios de los compañeros con los que casi no hablaba. Debido a lo anterior, se siente más confiado para volver a asistir a algún evento social.

En lo que respecta a la sesión, se revisaron nuevamente las metas faltantes, o bien, aquellas HS, que se debían seguir trabajando y se generaron los planes de acción correspondientes.

Sesión 9

El PP4-O indica haber aprendido varias estrategias que le van a ayudar posteriormente. Comenta además, que aunque en menor grado, sigue sintiendo miedo o ansiedad en las situaciones en las que debe hablar delante de varias personas, (no así para ejecutar su instrumento), razón por la cual se le incita a seguir practicando las técnicas vistas, para que con la práctica, el temor siga disminuyendo.

Conclusiones del PP4-O:

A diferencia del PP2-C, este participante, aunque en las puntuaciones obtenidas sólo mostro un porcentaje de cambio clínicamente significativo para las subescalas del LSAS, por lo general indicaba cada vez menores niveles de ansiedad social, cada vez menores, señalando que le era más sencillo realizar entablar conversaciones con sus compañeros y con algunas figuras de autoridad. En lo que tenía que ver con el miedo a ser criticado, refería ya no darle tanta importancia a lo que pudieran decir o pensar de él. Otro aspecto a destacar, es el incremento en las HS, mismo que se mantuvo hasta el seguimiento. Por todo lo anterior, podemos concluir, que aunque este participante aún tenía varias áreas que trabajar (hubieran sido convenientes más sesiones), comenzó a experimentar cambios

positivos que, de ser constantemente reforzados, pudieran generar una disminución considerable en los síntomas de AS, siendo ésta prácticamente nula.

Discusión

El objetivo general de este trabajo fue aplicar y evaluar la eficacia de un TCC para adolescentes con AS, para lo cual, como se mencionó en el capítulo anterior, se realizó una investigación con un diseño N=1, en la cual se aplicó la intervención diseñada durante la primera fase de este proyecto, misma que está constituida de nueve sesiones conformadas por las técnicas CC, más utilizadas en investigaciones previas para tratar la AS.

Respecto a los resultados obtenidos, y de acuerdo a los parámetros e instrumentos establecidos para medir y contrastar los resultados adquiridos (pre-test, respecto al pos-test), podemos inferir que el ICCAS-A, resultó ser útil tanto en la disminución de los niveles de ansiedad anticipatoria, como en la ansiedad percibida durante las tareas de exposición, (específicamente en los participantes 1, 3 y 4); en lo que respecta a los síntomas físicos, los mismos tres participantes mencionados anteriormente, refirieron una reducción considerable de éstos. Por otro lado, y en lo que respecta a las cogniciones distorsionadas, o sesgos cognitivos (característicos de la AS), se pudo observar el cambio de tales pensamientos por unos más funcionales. Cabe señalar, que tales resultados se detallarán a continuación.

En cuanto a las investigaciones anteriores que más se asemejan a la de este trabajo, está la realizada por Pinjarkar, Sudhir, Math (2015), la cual constó de seis sesiones semanales de 90 min., cada una, y se aplicó a una muestra de siete participantes entre los 18 y 50 años de edad. Los resultados obtenidos en dicha investigación, indicaron la TCC breve fue efectiva en general para todos los pacientes, ya que hubo una reducción en los síntomas de AS en un rango del 56% al 95%; por otra parte, esta TCC no resultó ser efectiva para todos los participantes, en lo que respecta a la reducción del miedo a la evaluación negativa, por lo que se sugería agregar más sesiones de tal forma que se propiciara un cambio a nivel cognitivo respecto a las creencias disfuncionales.

La ICCAS-A por su parte, al tener nueve sesiones, permitió no sólo incluir más técnicas cognitivas, sino también reforzarlas; no obstante, se observó también la necesidad de agregar más sesiones para trabajar de manera más profunda las creencias disfuncionales y el cambio en el foco de atención, pues como indica la teoría, los sesgos cognitivos que presentan estos pacientes, son en medida los que perpetúan el ciclo de la AS.

En relación a las investigaciones en las que se aplicó algún tipo de tratamiento CC a personas con AS, utilizando un diseño N=1, es decir, estudios de caso, podemos señalar únicamente dos; el

primero, realizado en el 2016 por Leigh y Clark, el cual, como se mencionó anteriormente, constó de 12 sesiones en las que se aplicaron distintas técnicas cognitivas a cinco adolescentes entre 11 y 17 años de edad, con TAS. Los resultados de esta intervención fueron favorables en cuanto a que hubo remisión de los síntomas de AS; para determinar lo anterior se utilizaron once pruebas distintas las cuales se aplicaron pre, post y de 2-3 meses después de la intervención.

Esta investigación hace especial énfasis en el uso de las técnicas cognitivas por lo que se revisaban semana a semana los registros de los pensamientos disfuncionales relacionados con la AS y como estos, a partir de las técnicas cognitivas utilizadas, se iban modificando.

Cabe mencionar, que aparte de evaluar la AS mediante las pruebas en cuestión, también se realizó un análisis descriptivo de cada una de las sesiones, tal como se realizó en la *ICCAS-A*. Por otro lado, y en lo que respecta a los autorregistros, éstos tuvieron un papel fundamental para identificar cuáles eran los pensamientos disfuncionales más repetitivos durante las situaciones ansiógenas, lo cual permitió que mediante las técnicas de RC, se disminuyera su recurrencia e intensidad, además de lograr la sustitución de éstos, por otros pensamientos que resultaran más realistas y funcionales.

En lo que respecta a los resultados, la investigación de Leigh y Clark (2016) obtuvo efectos significativos en todos los participantes, para la mayoría de las pruebas aplicadas (tanto en post, como en el primer seguimiento); en contraste, aunque la *ICCAS-A* obtuvo una disminución, en lo que a AS se refiere, en los cuatro participantes, debemos recordar que los resultados para el primer seguimiento, sólo se mantuvieron en dos de los participantes, por lo que valdría la pena añadir algunas de las técnicas aquí empleadas, y que por practicidad se decidió no incluir en el *ICCAS-A*; las estrategias empleadas fueron, el video feedback, la participación de los padres y maestros, y en caso de haber bullying, tomar las medidas necesarias.

En cuanto a la segunda investigación con un diseño N=1, está el de Ortega y Climent, el cual aunque se realizó en el 2004, aporta información importante respecto a los TCC para tratar el TAS, concluyendo que los casos de TAS pueden mejorar significativamente, en especial, si se realizan exposiciones sistemáticas a distintas situaciones sociales. Cabe señalar, que dicha intervención se llevó a cabo en 16 sesiones en las cuales se utilizaron técnicas de exposición, de relajación y de RC; en lo que respecta a la *ICCAS-A*, podemos inferir que el hecho de que se aplicaran de manera constante, tareas de exposición, pudo haber sido un factor importante que influyera en los resultados positivos de la mayoría de los participantes.

Por otra parte, y como lo reafirma Hawley (2016), es importante tener cautela en las tareas de exposición, con los pacientes con alto grado de perfeccionismo, ya que si no ven resultados inmediatos durante las primeras sesiones, éstos arguyen que es debido a que no están haciendo algo bien, lo cual puede provocar que abandonen la terapia prematuramente, además de que tienden a interpretar de manera más negativa lo que sucede durante las tareas de exposición.

El fenómeno mencionado se pudo observar con el participante PP2-C, el cual, si bien fue el que mostró menores puntuaciones iniciales en los niveles de AS, fue también el que tuvo un menor grado de disminución de los síntomas de AS, de acuerdo a las pruebas aplicadas; además de que siempre registro niveles de AS de moderados a altos en los autorregistros (dichos niveles de AS, como se especificó anteriormente, eran determinados de manera subjetiva en una escala del 0-100).

Lo anteriormente expuesto se podría explicar conforme a lo que plantea el artículo de Hawley (2016), ya que dicho participante, fue el que, de acuerdo los PA identificados, una mayor tendencia al perfeccionismo, así como un alto grado de auto exigencia (y de responsabilidad, tanto con la escuela, como con la intervención), lo cual a su vez, le generaba altos niveles de ansiedad al realizar sus exámenes. De lo anterior podemos deducir, que tal grado de perfeccionismo pudo interferir con los resultados de la ICCAS-A.

Respecto a intervenciones CC utilizadas para el TAS, pero enfocadas en alguna o algunas características determinadas de este trastorno, podemos mencionar la elaborada por Scheiber, Heimlich, Schweitzer y Stangier en el 2015, la cual se centraba en el impacto que tienen este tipo de intervenciones, específicamente, en la atención centrada en sí mismo y en las conductas de seguridad. Dicha intervención tuvo 16 sesiones aplicada a 32 pacientes con TAS y sus resultados revelaron una reducción significativa de la AS, lo cual se adjudica a las tareas orientadas a reducir las conductas de seguridad y el cambio en el foco de atención.

En lo que respecta a la ICCAS-A, durante las tareas de exposición, se le pedía al participante tratar de centrar su atención en el exterior, así como registrar en la semana, las conductas de seguridad que tenía en las situaciones ansiógenas, para posteriormente, reducirlas. Los participantes que mostraban mayores conductas de seguridad fueron el PP1-I y el PP-4; mientras que el PP2-C, refería una mayor dificultad para centrar su atención en el exterior. Cabe señalar, que de acuerdo a lo anterior, se le enfatizaba a cada participante en qué debía enfocarse en las distintas tareas que se realizaban.

Otra investigación que sustenta lo anteriormente mencionado, en este caso enfocándose en las creencias emocionales, es la llevada a cabo por Castella, Goldin, Jazaieri, Heimberg, Dweck y Gross (2015), y que lleva por título “Emotion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder”. El objetivo de dicho trabajo fue examinar el papel de lo que denominan, creencias emocionales, como un mecanismo de cambio en el TCC para el TAS; se aplicó un análisis de la varianza (ANOVA), el cual arrojó que las creencias implícitas de los pacientes podrían predecir qué tanto se podrían beneficiar de la intervención, así como el mantenimiento de los resultados obtenidos en lo que refiere a los síntomas físicos de ansiedad, después de los 12 meses.

En lo que respecta a investigaciones realizadas en México en las que se haya aplicado un TCC para el TAS, hasta el momento, sólo se registra la realizada por Gil-Bernal y Hernández- Guzmán en 2009, la cual, como se mencionó en el apartado de la justificación, mostró cambios clínicamente significativos en la muestra conformada por 17 niños entre los 7 y los 12 años de edad, a la que se le aplicó el protocolo de Intervención en Adolescentes con Fobia Social de Olivares, la cual, al igual que el *ICCAS-A*, tiene nueve sesiones donde se aplican técnicas psicoeducativas, EHS, juego de roles y RC.

Limitaciones y Sugerencias

Aunque como bien se menciona en estudios previos tales como el de Mayo et.al, (2014), la psicoterapia tiene mejores resultados, sobre todo a largo plazo, en el TCC, no se puede ignorar el hecho de que requiere más tiempo, y aunque una de las finalidades de la TCC es la de obtener resultados en poco tiempo, hubiera sido enriquecedor poder hacer un comparativo entre la TCC de ocho sesiones y otro TCC de al menos 10 sesiones con la finalidad de observar qué tanto incide la cantidad de éstas en la disminución de la AS.

Por otro lado, una de las limitaciones para el desarrollo de este proyecto fue la obtención de la muestra, ya que debido a la naturaleza del trastorno, quienes llegan a padecer AS, por lo general, no buscan tratamiento; a esto, se debe agregar el factor de que la investigación se centró en jóvenes (preferentemente en edad preparatoria), los cuales, al ser en su mayoría menores de edad, requerían a parte del consentimiento de sus padres, la autorización de las escuelas en las que estudiaban, ya que fue por medio de dichas instituciones que se contactó a la muestra. Cabe señalar que de ocho preparatorias a las que se solicitó permiso para aplicar las pruebas de diagnóstico, más de la mitad no accedió.

Respecto a los instrumentos de evaluación, se sugiere añadir o cambiar las pruebas para diagnosticar el TAS (o bien, pruebas de tamizaje), ya que en algunos casos, el BFNE, no discriminaba entre AS y ansiedad generalizada. Tomando en cuenta lo anterior, se propone aplicar algún tipo de entrevista a profundidad (estructurada o semiestructurada) tanto al participante, como a sus padres y maestros, todo ello con la finalidad de poder diagnosticar de manera más confiable y precisa.

Otro aspecto a considerar en futuras investigaciones, es el cómo tratar los trastornos comórbidos, que si bien para éste proyecto fungieron como criterios de exclusión, debieran tratarse, durante la intervención, pues como se revisó en el marco teórico, la gran mayoría de quienes padecen TAS, tienen algún otro trastorno como TDM, abuso de sustancias, TAG, entre otros. La propuesta para un nuevo TCC para el TAS, sería añadir apartados que trabajen específicamente con esos trastornos comórbidos, y para lo cual se incluyan técnicas de tercera generación de la TCC, tales como la activación conductual, aceptación y compromiso y mindfulness.

Además, se deben tomar en cuenta son las particularidades de cada participante y sus distintas necesidades vs la “rigidez” que implica la intervención para cuidar la validez de la investigación, situación por la cual es importante, en la medida de lo posible, ajustar cada sesión al paciente según lo vaya requiriendo, y de ser necesario poder intercambiar algunas sesiones de tal forma que se prioriza aquellos aspectos que la persona en cuestión deba trabajar primero.

Por otra parte, es necesario mencionar es que debido a que muchas de las sesiones se llevaron a cabo dentro de la institución en los horarios de clase de los participantes, cuando hubo vacaciones o suspensiones, se tuvo que retrasar las sesión, lo cual implicaba cierta pérdida de la secuencia del tratamiento, o bien dificultad para afianzar los tópicos trabajados, por lo que era importante retomar y volver a revisar dichos temas.

Esta última situación también afectó la estandarización de las sesiones donde había actividades de exposición dentro de ésta, ya que dichas actividades debían ajustarse a los elementos disponibles cerca de cada institución, además de que debieron omitirse ciertas técnicas tales como el video feedback, debido a los lineamientos de la institución con la que se trabajó.

En cuanto a la evaluación de la intervención, se sugiere realizar, de ser posible, evaluaciones cada sesión, utilizando algún instrumento como el SASCI (ver cap. 4), ya que de esta manera se podrá realizar un análisis estadístico más completo, de acuerdo con el diseño N=1 (Kratochwill y Levin, 2014).

Otro aspecto a tener en cuenta para futuras investigaciones, es la participación de los padres y maestros, con el fin de que 1) Ayuden a confirmar el diagnóstico, así como los cambios durante y después de la intervención, 2) Puedan apoyar al adolescente durante y después de la intervención.

Aunque como tal, el DSM-V no marca a la autoestima, como un criterio de diagnóstico para el TAS, este podría ser un factor o variable a correlacionar con la AS, debido a que otras fuentes literarias sí indican que la mayoría de las personas con este trastorno, tienen un pobre imagen de sí misma y de sus capacidades, además de que en la mayoría de los casos hay sentimientos de inferioridad con respecto de las otras personas (Antona, 2009). **Nota:** Debido a que algunas de las técnicas de la ICCAS-A se sustentan de la teoría cognitivo social de Bandura, la cual más que hablar de autoestima, maneja el término de autoeficacia, se tendría que buscar el instrumento correspondiente para evaluar dicha variable.

En lo que refiere al perfeccionismo, otra característica de la mayoría de las personas con AS, sería importante hacer las correlaciones correspondientes de esta variable con respecto a la AS, antes, durante y después de la intervención; aquí la disyuntiva es, cómo evaluarla de forma correcta, ya que si bien existe la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP, Frost et al., 1990; validada para población joven mexicana por Franco en el 2010), el resultado obtenido en esta, siempre se verá sesgado por el factor de deseabilidad social (Hawley, 2016).

Otro tema a considerar, o bien a agregar en el ICCAS-A, sería el referente al bullying, ya que las personas (en específico niños y adolescentes), con AS, debido a las características propias del trastorno, tienden a ser un blanco fácil para dicha práctica (Leigh, 2016). Es por ello que sería importante profundizar en las características del bullying y cómo abordarlo de manera adecuada y en conjunto con los padres y la institución a la pertenezca.

Por otra parte, autores como Manolov (2017; Shea et al., 2007), señalan que en los diseños N=1, es importante utilizar herramientas como el AMSTAR (Assesing the Methodological quality of Systematic Reviews), la cual incluye ítems enfocados en las características propias del participante, tales como, edad, raza, sexo, nivel socioeconómico, estado de salud, duración y severidad del trastorno a evaluar, así como de otras enfermedades. Todo lo anterior debido a que, como se pudo observar en este trabajo, es necesario tomar en cuenta las peculiaridades de cada individuo, ya que estas repercuten de manera directa en los resultados de los tratamientos aplicados.

Por último, no podemos dejar de lado, la parte neurobiología del TAS, así como las nuevas investigaciones en las que, en mancuerna con la neuropsicología y las neurociencias se estudia el

efecto de los TCC sobre funciones cognitivas tales como: memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, memoria y orientación viso espacial, entre otras (O'Toole, Pedersen Hougaard, Rosenberg, 2015); o bien, como lo establecen Whitfield-Gabrieli et al., (2015) a partir de los conectomas cerebrales (mapas del cerebro), observados mediante las señales de imagen de resonancia magnética funcional de baja frecuencia (fMRI), poder predecir que pacientes pueden obtener mejoría a partir de los TCC.

Conclusiones

De acuerdo a todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir que a pesar, de las limitaciones que se presentaron al aplicar la *ICCAS-A*, esta puede ser útil tanto en el control como en la disminución de los síntomas de AS, incluyendo todos aquellos que involucran el sesgo cognitivo que caracteriza a este trastorno.

Por otra parte, es necesario aplicar la *ICCAS-A* a una mayor cantidad de pacientes, y hacer otras pruebas piloto agregando una o dos sesiones más a ésta, tomando en cuenta las características del paciente; todo ello con la finalidad de eficientizar la intervención en cuestión y determinado momento crear una versión estandarizada que pueda ser aplicada a cualquier joven entre los 12 y los 20 años de edad, con algún grado de AS.

Es por ello, que como se mencionó en el apartado de limitaciones y sugerencias, la *ICCAS-A*, o cualquier intervención, debe ser lo suficientemente flexible para que las sesiones se pueden modificar (en su justa medida) e intercalar, de acuerdo a las necesidades de los pacientes; ya que, para el caso de la AS, puede ser que alguna persona requiera trabajar más las HS, mientras que otra tenga la necesidad de trabajar más la parte cognitiva, antes de realizar tareas de exposición.

Referencias

- Albano, A. M., y DiBartolo, P. M. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for Social Phobia in Adolescents-Stand Up, Speak Out*. D. H. Barlow (Ed.). New York, E.U.A.: Oxford University Press.
- Aldana A. D. R., Rey C. A. A. y Sujelid H. R. (2006). Estado del Arte sobre el Tratamiento de la Fobia Social. *Revista Terapia Psicológica*. 2 (24), 191-200.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual for mental Disorders*, 4ta edición (texto revisado) (DSM-IV-TR) Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual for mental Disorders*, 5ta ed. (DSM-V) Washington, D.C.
- Anthony M. M., y Swinson, R. (2008). *The Shyness and Social Anxiety Workbook*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.
- Antona J. A. C. (2009). *Fobia Social: Evaluación y tratamiento*. México, D.F: Trillas.
- Austin, K., Hunter, M., Gallagher, E., y Campbell, L. (2018). Depression and anxiety symptoms during the transition to early adulthood for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(5), 407–421.
- Badós A. (2009). Fobia Social, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Barcelona.
- Barrett, L., Mesquita, B., Ochsner, K., y Gross, J. (2007). The Experience of Emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva- Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Blanco, C., Xu, Y., Schneier, F. R., Okuda, M., Liu, S., y Heimberg, R. G. (2011). Predictors of persistence of social anxiety disorder: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1557–1563.

- Blanco, C., Bragdon, L. B., Schneier, F. R., y Liebowitz, M. R. (2013). The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16, 235–249.
- Blanco, C., Bragdon, L., Schneier, F. R., y Liebowitz, M. R. (2014). EN *Psychopharmacology for Social Anxiety Disorder*. *Social Anxiety* (625-659). Elsevier Inc.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1.
- Bravo, C. (2010). *Propiedades psicométricas de la versión mexicana del Inventario de Fobia Social (SPIN)* (Tesis de pregrado). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.
- Bravo, M. A., González, F., Castillo, A., y Padrós, F. (2015). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE): Propiedades Psicométricas en muestras clínicas y de universitarios en México. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 69–77.
- Bruce L.C., Heimberg R. G., y Coles M. E. (2012) Social phobia versus social anxiety disorder: effect of disorder name on recommendation for treatment. *American Journal of Psychiatry* 169:538.
- Brühl, A. B., Delsignore, A., Komossa, K., y Weidt, S. (2014). Neuroscience and Biobehavioral Reviews Neuroimaging in social anxiety disorder - A meta-analytic review resulting in a new neurofunctional model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 260–280.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., y Gelder, M. (1984). Exposure and Anxiety Management in the Treatment of Social Phobia, 52(4), 642–650.
- Caballo, V. E. (Ed.) (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Caballo, V. E. (Ed.) (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológico* (Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos). Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

- Cárdenas, E., Feria, M, Lino P., y De la Peña F. (2010). *Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. S. Berenzon, J. Del Bosque y M. E. Medina-Mora (Eds.). México D.F., México: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- Chambless, D. L., y Tran, G. Q. (1997). Predictors of Response to Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 221–240.
- Chávez-León, E., (2015). A propósito del tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social). *Asociación Psiquiátrica Mexicana*, 2(2), 5-7.
- Clark D. M. y Beck A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y práctica*. España: Desclee Brouwer, S.A.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 568–578.
- Clark, D. M., y Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. En R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope y F. Schneier. (Eds.), *Social Phobia- Diagnosis, Assessment and Treatment* (p. 69-93). New York, E.U.A: The Guilford Press.
- Columbia, B. (2001). Psychological and Pharmacological Treatments of Social, 21(3).
- Damasio, A., y Carvalho, G. (2013). The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews Neuroscience*, 14 (February), 143-152.
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., y Gross, J. J. (2015). Emotion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 128–141.
- Den, J. A., Van, I. M., y Westenberg, H. G. M. (1994). Recent Advances in the Psychopharmacology of Social Phobia, 18, 625-645.
- Esbec E. y Echeburúa E., (2011) La reformulación de los trastornos de personalidad en el

DSM-V Artículo Especial. *Universidad del País Vasco*. Facultad de Psicología

- Etchebarne, I., Fernández, M., y Roussos, A. (2007). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia personal. *Anuario de Investigaciones*, (15), 15-31.
- Feske, U., y Chambless, D. L. (1995). Cognitive Behavioral Versus Exposure Only Treatment for Social Phobia : A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695–720.
- Frith, C., y Frith, U. (2012). Mechanisms of Social Cognition. *Annual Review of Psychology*, 63, 287-313.
- Garay C. J. (2016). *Terapia Cognitivo-Conductual y Psicofarmacología Una guía para cambiar tratamientos en salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia.
- Fiske, S. (2016). How to publish rigorous experiments in the 21st century. *Journal of Experimental Social Psychology*, 66, 145-147.
- Gil-Bernal, F., y Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 89–104.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Weeks, J., Heimberg, R. G., y Gross, J. J. (2014). Behaviour Research and Therapy Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 97–106.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., y Yap, L. (1997). Cognitive-Behavioral and Pharmacological Treatment for Social Phobia : A Meta-Analysis. *American Psychological Association*, 4(4), 292-306.
- Hariri A. R., Drabant E. M., Munoz K. E., Kolachana B. S. y Mattay V. S. (2005). A susceptibility gene for affective disorders and the response of the human amygdala. *Genetic Psychiatry Journal* (62)146-52.

- Hartman, L. M. (1989). A metacognitive model of social anxiety: implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 435-456.
- Heimberg, R. G. (1989). Cognitive Behavioral Treatments for Social Phobia: A Critical Analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 107-128.
- Hawley, L. L., Rector, N. A., y Laposa, J. M. (2016). Examining the dynamic relationships between exposure tasks and cognitive restructuring in CBT for SAD: Outcomes and Moderating Influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 1-37.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101–108
- Heimberg, R. G., y Barlow, D. (1988). Psychosocial Treatments for Social Phobia. *Psychosomatics*, 29(1), 27–37.
- Heimberg, R. G., Hofmann S., Liebowitz, M., Schneier, F., Smits J., Stein, M., Hinton, D., y Craske, M. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Wiley Periodicals, Inc., Depression and anxiety Review*, 31, 472–479.
- Heimberg R.G. y Liebowitz, M., Hope, D., y Schneier, F. (1995). *Social Phobia- Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York, E.U.A: The Guilford Press.
- .
- Heinrichs, N., Rapee, R. M., Alden, L. A., Bögels, S., Hofmann, S. G., Ja Oh, K., y Sakano, Y. (2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1187–1197.
- Heinze, G., y Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. S. Berenzon, J. Del Bosque y M. E. Medina-Mora (Eds.). México D.F., México: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz, México.

- Hoffart, A. (2009). Change Processes in Residential Cognitive and Interpersonal Psychotherapy for Social Phobia : A Process-Outcome Study. *Behavior Therapy*, 40(1), 10–22.
- Hollander, E., y Bakalar, N. (2011). *Coping with Social Anxiety*. New York, E.U.A.: Henry Holt and Company.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., y Heimberg, R. G. (1990). Representations of the Self in Social Phobia : Vulnerability to Social Threat 1, 14(2), 177–189.
- Jacobson, E., (1987). Progressive relaxation. *The American Journal of Psychology*, 3(4), 522-537.
- Juster, H., Heimberg, R, Frost, R., Holt, C., Mattia, J., y Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism, *Elseier Science Ltd*, 21(3), 403-410.
- Kashdan, T. B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences : Theoretical synthesis and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 348–365.
- Kearney, C. A. (2005). *Social Anxiety and Social Phobia in Youth – Characteristics, Assessment, and Psychological Treatment*, n.d. Las Vegas, E.U.A.: Springer.
- Kim, H. y Sasaki, J. (2014). Cultural Neuroscience : Biology of the Mind in Cultural Contexts. *Annual Review of Psychology*, 65, 487-514.
- Kleinknecht, R. A. Dinnel, D., Kleinknecht, E. E., Hiruma, N., y Harada, N. (1997). Cultural factors in social anxiety : A comparison of social phobia symptoms and Taijin Kyofusho Cultural Factors in Social Anxiety : A Comparison of Social Phobia Symptdms and Taijin Kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 157-177.
- Kratochwill, T. T., y Levin, J. R. (Eds.). (2014). *Single-Case Intervention Rearch- Methodological and Statistical Advances*. Washignton D.C., E.U.A.: American Psychological Association.
- Lampe, L. (2015). Psychiatry Australasian Social anxiety disorders in clinical practice : differentiating social phobia from avoidant personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 1-4.

- Lampe, L., Franz, B., Sunderland, M. (2013). Social phobia and avoidant personality disorder : similar but different? *Journal of Personality Disorders*, 27, 1–16.
- Landriscini, M. (1980). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. Razón y emoción en psicoterapia. Desclée de Broker S. A.
- Lau, E. X., Rapee, R. M., y Coplan, R. J. (2017). Combining child social skills training with a parent early intervention program for inhibited preschool children. *Journal of Anxiety Disorders*, 51(August), 32–38.
- Leary, M. R., y Kowalski, R. M. (1995). The Self-Presentation Model of Social Phobia. En R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope y F. Schneier. (Eds.), *Social Phobia- Diagnosis, Assessment and Treatment* (p. 94-112). New York, E.U.A: The Guilford Press.
- Leichsenring F., Salzer, S., Beutel, M.E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., y Stangier, U. (2014). Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder. *Am J Psychiatry*, 171(10), 1074-1082.
- Leigh, E., y Clark, D. M. (2016). Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder in Adolescents : A Development Case Series. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 44, 1–17.
- Levin, A., Schneier, F., y Liebowitz, M. R. (1989). Social Phobia : Biology And Pharmacology. *Clinical Psychology Review*, 9, 129–140.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia, *New York State Psychiatric Institute, New York*, 22, 141–173.
- Luciano, M. C., y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Manolov, R. (2017). Reportin single-case design studies: Advice in relation to the designs' methodological and analytical peculiarities. *The UB Journal of Psychology*, 47, 45-55.

- Mañas, I. (2002). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Martínez, S. A., Treviño, L. J., Díaz, E. M., García-Portilla, M. P., Marina, P., Al-Halabí, N. S., Bobes, J., y Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad : recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 23(3), 254-274.
- Mattick, R. P., Peters, L., y Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20(1), 3–23.
- Mayo-Wilson, E., Dias S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D., Ades, A. E., y Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults : a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 1, 368-376.
- Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., López-Montoyo, A., Zabaleta-del-Olmo, E., y Cuijpers, P. (2017). Is cognitive–behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–12.
- Montes R. y Oropeza R., (2012) Eficacia de un programa psicoeducativo para el autocontrol de la diabetes mellitus tipo 2. *Tesis para obtener grado de Doctor*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Nagata, T., Suzuki, F., y Teo, A. R. (2015). Generalized social anxiety disorder: A still-neglected anxiety disorder 3 decades since Liebowitz’s review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 724–740.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Social Anxiety Disorder- Recognition, assessment and treatment*. Londres, Inglaterra: The British Psychological Society.
- Nezu, A., Nezu, C., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México D. F.: Manual Moderno.
- Norton, A. R., Abbott, M. J., Norberg, M. M., y Hunt, C. (2015). A Systematic Review of Mindfulness and Acceptance-Based Treatments for Social Anxiety Disorder, 71(4), 283–301.

- Öhman, Wiens - 2004 - The concept of an evolved fear module and cognitive theories of anxiety.pdf. (n.d.).
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 7–21.
- Olivares, J., Alcázar, A., Caballo, V., García-López, L., Orgilés, M., y López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes : una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11(3), 599-622.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*.
- Ortega, J. A., Climet, A. M., (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2), 177-214.
- O'Toole, M. S. O., Mennin, D. S., Hougaard, E., Zachariae, R., y Rosenberg, N. K. (2015). Cognitive and Emotion Regulation Change Processes in Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 667-676.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington III, J. J., McArdle, E. T., y Rosenbaum J. F. (2000). A Comparison of the Efficacy of Clonazepam and Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia. *Journal of Anxiety Disorder*, 14(4), 345-358.
- Papalia, D. E., Wendkos, S., Duskin Feldman, R. D. (2004). *Psicología del desarrollo- De la infancia a la adolescencia*. Distrito Federal, México: McGraw Hill.
- Pascual-Salin, R., Arroyo-Guzmán, M. A. y Pérez de León-Vázquez, M. P. (2015)
- Pedrerros C. (2013). Efecto de un protocolo de intervención conductual en la respuesta de ansiedad ante situaciones de tipo social en una adolescente, Pontificia Universidad Javeriana.
- Pinjarkar, R. G., Sudhir, P. M., y Bada, S. (2015). Brief Cognitive Behavior Therapy in Patients with Social Anxiety Disorder : A Preliminary Investigation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 20-25.

- Rapee, R. M. (2016). *Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes- Naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención*. M. Irrázaval (Ed.). M. Irrázaval, y Estefan, M. T. (Traductores). Recuperado de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-SPANISH-2016.pdf>
- Rapee, R. M., y Hayman, K. I. M. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behav. Res. Ther.*, 34(4), 315–322.
- Rapee, R. M., y Heimberg R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav. Res. Ther.* 35(8), 741–756.
- Rapee, R., y Spence, S. (2004). The etiology of social phobia : Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737–767.
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., y Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7).
- Rodebaugh, T. L. (2004). I might look OK, but I'm still doubtful, anxious , and avoidant : The mixed effects of enhanced video feedback on social anxiety symptoms. *Behavior and Research Therapy*, 42, 1435–1451.
- Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., e Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: Una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 23–42.
- Ruiz, L. J., y Callejón, Z. (2014). Terapias conductuales de tercera generación en personas mayores : una revisión de la literatura. *Psychology, Society, & Education*, 6(2), 113–124.
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer, S. A.
- Salín-Pasual, R., Arroyo-Guzmán, M. A., y Pérez de León-Vázquez, P. (2015). La neurobiología del Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social). *Asociación Psiquiátrica Mexicana*, 2(2), 8-17.

- Salzer, S. D., Beutel, Herpertz, Hiller, W. (2013). Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial, (July), 759–767.
- Salzer, S. D., Stefini, A., Kronmüller, K.T., Leibing, E., Leichsenring, F., Henningse, P., Peseschkian, H., Reich, G., Rosner, R., Ruhl, U., Schopf, Y., Steinert, C., Vonderlin, E. y Steil, R. (2018). Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Adolescents with Social Anxiety Disorder : A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2-11.
- Sarudiansky M., (2012), *Neurosis y Ansiedad: Antecedentes conceptuales de una categoría actual*, IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., y Battaglia, M. (2016). A Comprehensive Meta-analysis of Cognitive-Behavioral Interventions for Social Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Schreiber, F., Heimlich, C., Schweitzer, C., y Stangier, U. (2015). Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: The Impact of the “Self-Focused Attention and Safety Behaviours Experiment” on the Course of Treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 158–166.
- Stahl, S. M. (2013). *Psicofarmacología Esencial Bases Neurocientíficas y Aplicaciones Prácticas*. Delhi, India: Cambridge University Press.
- Stein, M., y Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125.
- Stopa, L., y Clark, D. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behavior Research and Therapy*, 38, 273–283.
- Sue, D., Sue D., y Sue S. (2010) *Psicopatología: Comprendiendo la Conducta Anormal*. México D.F.: Cengage Learning.

- Turk, C. L., y Heimberg, R. G. (1998). An Investigation of Gender Differences in Social Phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 209–223.
- Turner, M. J., Ewen, D., y Barker, J. B. (2018). An idiographic single-case study examining the use of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) with three amateur golfers to alleviate social anxiety, 1533–1571.
- Van A. M. A., Lane R. M., Walker J. R., Bowen R. C., Chokka P. R., Goldner E. M., Johnston, D. G., Lavallee Y. J., Nandy S, Pecknold J. C., Hadrava V. y Swinson R. P. (2001) Sertraline treatment of gneralized social phobia: a 20 week, double-blind, placebo-controlled study. *American Psychiatry Journal*. 158:275-281.
- Vreeke, L., Muris, P., Mayer, B., Huijding, J., y Rapee, R. M. (2013). Skittish, shielded, and scared : Relations among behavioral inhibition overprotective parenting , and anxiety in native and non-native Dutch preschool children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 703–710.
- Whitfield-Gabrieli, S., Ghosh, S. S., Nieto-Castanon, A., Saygin, Z., Doehrmann, O., Chai, X. J., Reynolds, G. O., Hofmann, S. G., Pollack, M. H., y Gabrieli, J. D. E. (2015). Brain connectomics predict response to treatment in social anxiety disorder. *Molecular Psychiatry*, 1–6. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.101>.
- Williams, M. T., Capozzoli, M. C., Buckner, E. V., y Yusko, D. (2015). Cognitive-Behavioral Treatment of Social Anxiety Disorder and Comorbid Paranoid Schizophrenia. *Clinical Case Studies*, 1-19.
- Wilson, J., y Rapee, (2006). Self-concept certainty in social phobia, *Behavior Research and Therapy*, 44, 113–136.
- Wong, Q. J. J., y Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder : A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84–100.
- Yoshinaga, N., Matsuki S., Niitsu, T., Sato, Y., Tanaka, M., Ibuki, H., Takanashi, R., Ohshiro, K., Ohshima, F., Asano, K., Kobori, O., Yoshimura, K., Hirano, Y., Sawaguchi, K., Koshizaka, M., Hanaoka, H., Nakagawa, A., Nakazato, M., Iyo, M., y Shimizu, H. (2016). Cognitive Behavioral

Therapy for Patients with Social Anxiety Disorder Who Remain Symptomatic following Antidepressant Treatment : A Randomized, Assessor-Blinded, Controlled Trial, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1692, 208–217.

Anexos

Cartas Descriptivas del ICCAS-A

Sesión 1 Evaluación e Introducción al ICCAS-A		
NOTA: el consentimiento informado debe estar previamente firmado, en este caso por tratarse de menores de edad, debe incluirse la autorización del padre o tutor del participante.		
Objetivos de la sesión	1.- Realizar el encuadre correspondiente. 2.- Aplicar los instrumentos de evaluación correspondientes 3.-Explicar en qué consiste la intervención 4.- Dar información acerca del TAS	
Materiales	1.- Autorregistro 2.- Manual del participante (Folleto 1) 3.- Manual/folleto psicoeducativo acerca del TAS.	
Tipo de técnicas utilizadas en la sesión	Psicoeducativas	Cognitivas
	Brindar información acerca del TAS	Autorregistro
Observaciones	La actividad No. 6 servirá para planear tareas de exposición para cada participante, de tal forma que estas sean estratégicas y detonen más conductas deseables, en otras palabras se aplicarán técnicas de la terapia de Activación Conductual (TAC).	

Sesión 2 Explicación del TAS mediante el Modelo de Clark y Wells (MCW)				
Objetivo de la sesión	1.- Mediante el MCW se explicará al participante algunos otros componentes implicados en éste, tal como los PA, las conductas de seguridad y la función de las habilidades sociales (Ver diagrama 1 en el Anexo).			
Materiales y/o instrumentos	1.- Autorregistro 2.- Manual del participante (Folleto 2) 3.- Manual psicoeducativo acerca de TAS			
Tipo de técnicas utilizadas en la sesión	Psicoeducativas	Conductuales	Cognitivas	Otras
	- Explicación del Modelo de Clark y Wells para la Fobia Social.	- Identificación de conductas de seguridad.	- Autorregistro - Explicación del concepto de pensamientos automáticos y del sesgo en la atención. - Explicar en qué consisten las creencias	- Balance decisional
Observaciones	- En cuanto a los conceptos expuestos al explicar el MCW, se deberá hacer especial hincapié en cómo los pensamientos “distorsionados” generan emociones respecto a las situaciones que se presentan, en éste caso las relacionadas con la interacción social. - Al revisar el concepto de conductas de seguridad se hará especial énfasis en las consecuencias que éstas traen consigo.			

Sesión 3

Introducción a las Técnicas de Relajación mediante las Técnicas de Respiración

Objetivo de la sesión:	Explicar en qué consisten las técnicas de relajación, así como su utilidad en los problemas relacionados con la ansiedad y enseñar la técnica más pertinente de acuerdo con las características del participante.	
Materiales y/o Instrumentos:	1.- Autorregistro 2.- Manual del participante (Folleto 3) 3.- Manual psicoeducativo acerca de TAS	
Tipo de técnicas utilizadas en la sesión	Cognitivas	Conductuales
	- Identificación de pensamientos automáticos así como de distorsiones cognitivas. - Autorregistro	- Identificación de conductas de seguridad. - Técnicas de respiración

Sesión 4

Detención de PA y cambio en el foco de atención

Objetivos de la sesión	Identificar los PA que surgen durante las situaciones sociales ansiógenas y conocer algunas técnicas de detención de PA.	
Materiales y/o Instrumentos	1.- Autorregistro 2.- Manual del participante (Folleto 4)	
Tipo de técnicas utilizadas en la sesión	Cognitivas	Conductuales
	- Autorregistro - Detención de PA	- Técnica de relajación de Jacobson.

Sesión 5			
Entrenamiento en Habilidades Sociales			
Objetivo de la sesión	Mediante de técnica de “juego de roles”, comenzar con EHS, las cuales a su vez servirán de preparación para exposiciones subsecuentes ante situaciones altamente ansiógenas.		
Materiales y/o Instrumentos	1.- Autorregistro 2.- Manual del participante (Folleto 5)		
Tipo de técnicas utilizadas en la sesión	Cognitivas	Conductuales	Otras
	- Autorregistro - Detención de PA	- Relajación - Exposición	- EHS
Observaciones	- En caso de ser necesario (porque el participante así lo requiera), este tópico puede intercambiarse con el Tópico 4: Detención de PA. - Utilizar las técnicas de relajación vistas en sesiones anteriores, para facilitar el juego de roles con personas desconocidas.		

Sesión 6 Revisión y afianzamiento de las técnicas trabajadas en los tópicos anteriores		
Objetivos de la sesión	1.- Hacer una recapitulación de las técnicas trabajadas hasta ese momento y afianzar aquellas que lo requieran. 2.- Revisar qué objetivos se han alcanzado hasta ese momento, cuáles faltan y qué otras cuestiones relacionadas con la AS, quiere trabajar o revisar el participante. 3.- Comenzar a planear las técnicas de exposición correspondientes a las situaciones que causen mayor ansiedad.	
Materiales y/o Instrumentos	1.- Autorregistro 2.- Manual del participante (Folleto 6)	
Tipo de técnicas utilizadas en la sesión	Cognitivas	Conductuales
	- Imaginería - Parada de PA - Cambio en el foco de atención - Autorregistro	- EHS - Técnicas de relajación
Observaciones	En caso de que el participante quiera volver a profundizar en alguno de los temas o técnicas vistas anteriormente, se procederá a revisar estas.	

Sesión 7

Preparación ante una situación social altamente ansiógena

Objetivo de la sesión	Haciendo uso de todas las técnicas aprendidas en los tópicos anteriores, se seleccionará una situación que al participante le resulte altamente ansiógena.	
Materiales y/o Instrumentos	1.- Autorregistro 2.- Manual del usuario (Folleto 7)	
Tipo de técnicas utilizadas en la sesión	Cognitivas	Conductuales
	- Identificación de pensamientos automáticos - Autorregistro	- Exposición - Relajación
Observaciones	La situación altamente ansiógena se personalizará de acuerdo a las necesidades del participante.	

Sesión 8		
Exposición ante una situación altamente ansiógena y plan de mantenimiento		
Objetivo de la sesión	El participante realizará una última tare de exposición, la cual será ante la situación socialmente ansiógena seleccionada en la sesión anterior. Por otra parte, se generará un plan de mantenimiento a largo plazo, identificando las posibles situaciones de riesgo, así como los planes de acción correspondiente.	
Materiales y/o Instrumentos	1.- Autorregistro 2.- Manual del participante (Folleto 8)	
Tipo de técnicas utilizadas en la sesión	Cognitivas	Conductuales
	- Autorregistro - Detención de PA	- Técnicas de relajación - Exposición

Sesión 9	
Evaluación final y cierre	
Objetivos de la sesión	- Revisar posibles dificultades a largo plazo y generar planes de acción para enfrentar éstas. - Realizar cierre del tx.
Materiales	1.- Autorregistro 2.- Manual del participante (Folleto 9)
Tipo de Técnicas utilizadas en la sesión	Cognitivas
	Autorregistro

