



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

“Intervención Psicoterapéutica Multimodal Grupal Para Jóvenes Con Síntomas de Ansiedad Social”

Tesis para obtener el grado de
Maestro en Psicología

Alfonso Misael Orozco De la Cruz

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia, Humanidades y Tecnología

Bajo la dirección de

Dra. Ana Cervantes-Herrera

Sínodo

Dra. Marisela Gutiérrez Vega

Dra. Priscila Montañez Alvarado

Dr. M. Archibaldo Bravo Calderón

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 24 de octubre de 2024.



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

**“Intervención Psicoterapéutica Multimodal Grupal
Para Jóvenes Con Síntomas de Ansiedad Social”**

Tesis para obtener el grado de
Maestría en Psicología

Alfonso Misael Orozco De la Cruz

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia, Humanidades y Tecnología

Bajo la dirección de
Dra. Ana Cervantes-Herrera

Sínodo
Dra. Marisela Gutiérrez Vega
Dra. Priscila Montañez Alvarado
Dr. M. Archibaldo Bravo Calderón

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 24 de octubre de 2024.

Dedicatoria

*A mis seres queridos y cercanos: familia y amistades
(incluyendo a Bodoque, Champiñón y Teresita),
y a la comunidad neurodivergente con diagnóstico(s) tardío(s):
porque nuestra voz y nuestros logros también sean reconocidos.*

Agradecimientos

A mis padres, mi hermana mayor y su familia; por su apoyo y cariño incondicionales, además de sus ánimos constantes para lograr no sólo este grado, sino cada una de las metas que me he propuesto en mi vida hasta este momento.

A mis docentes de la maestría, de quienes obtuve no sólo conocimiento, sino la oportunidad de reforzar esa noción tan valiosa para mí: la de tener la disposición de aprender también, mientras se dedican a enseñar con paciencia, mesura y empatía.

A mi directora, la dra. Ana Cervantes-Herrera y con mucho aprecio también a la dra. Marisela Gutiérrez; por todo su tiempo y orientación académica y profesional. De igual forma, a mis lectores: la dra. Priscila Montañez y el Mtro. Archibaldo Bravo.

A todas mis amistades cercanas; tanto a quienes tengo cerca con el privilegio de considerarles como tal después de tantos años y tantos cambios, como a quienes me acompañaron a la distancia (como la dra. Ruva, Caro Puertas, entre otras apreciables personas que están lejos).

Y con especial cariño a mis compañeros y amigos de la maestría; por enseñarme cómo se ve un espacio que me recibe y da la bienvenida por simplemente ser quien soy, teniendo la madurez para juzgarme hasta después de conocerme, y no antes.

Por último, a todas las personas que me ayudaron con este proyecto o a mí directamente, en mayor o menor medida. Con poca ayuda de muchos, se puede lograr mucho.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice de tablas	x
Índice de figuras.....	xi
Resumen.....	xiii
Abstract	xiv
Introducción	15
Coocurrencias de trastornos o conductas desadaptativas con la AS	21
Prevalencia de la AS	24
El modelo cognitivo conductual de la AS.....	27
Teoría social cognitiva	28
Aprendizaje vicario e imitación.....	29
Procesos de identificación	31
Principios del aprendizaje en el contexto social: recompensa, reforzamiento y extinción	32
Atención, retención, reproducción y motivación.....	34
Autoeficacia.....	34
Autoconcepto.....	35

Autorregulación y agenciación.....	36
Ansiedad social desde la teoría social cognitiva.	38
Intervenciones sobre ansiedad social desde la teoría social cognitiva.	39
Estado del arte	41
Objetivos e hipótesis	43
Objetivo general	43
Objetivos particulares.....	43
Hipótesis.....	43
Método	44
Diseño.....	44
Operacionalización de las variables	44
Escenario	46
Participantes	46
Criterios de inclusión	47
Criterios de exclusión.....	48
Consideraciones éticas	48
Instrumentos	48
Cuestionario sociodemográfico	48

Entrevista Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, módulo del trastorno de AS	49
Inventario Breve de Fobia Social (SPIN)	49
Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO-A30	50
Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)	51
Materiales	51
Procedimiento.....	52
Evaluación de la intervención	59
Resultados	59
Discusión.....	63
Conclusión	67
Referencias.....	69
Anexos	85
Anexo 1 – Carta de consentimiento informado.....	86
Anexo 2 – Cuestionario sociodemográfico.	88
Anexo 3 – Módulo del trastorno de ansiedad social de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI.....	89
Anexo 4 – Inventario Breve de Fobia Social SPIN.....	90
Anexo 5 – Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO) A30.	91

Anexo 6 – Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.....	93
Anexo 7 – Formato de cierre de sesión inicial.....	95
Anexo 8 – Formato de cierre de sesión.....	96
Anexo 9 - Registro de la práctica “atención a la respiración” (AR) + Grounding (G).	97
Anexo 10 – formato de jerarquización.....	99
Anexo 11 – Registro de la técnica de relajación muscular progresiva.....	100
Anexo 12.1 – Autorregistro de situaciones o situaciones sociales temidas.....	101
Anexo 12.2 – Lista de situaciones para práctica de la técnica de <i>role play</i>	102
Anexo 13 – Autorregistro actualizado de situaciones/sensaciones sociales temidas..	103
Anexo 14 – Formato de evaluación de las habilidades conversacionales.....	104
Anexo 15 – Formato de cierre de la intervención.....	105
Sesión 1: contacto, tamizaje y admisión a la intervención.....	106
Sesión 2: Psicoeducación sobre la ansiedad social y técnicas para el manejo de la ansiedad.....	107
Sesión 3: Retroalimentación sobre la AS, Relajación Muscular Progresiva (RMP) y jerarquización las sensaciones o situaciones sociales causantes de temor/ansiedad.....	108
Sesión 4: Retroalimentación del trabajo en casa y sesión previa, temor a la evaluación negativa, exposición de situaciones y sensaciones temidas.....	110

Sesión 5: Retroalimentación del temor a la evaluación negativa e introducción a las técnicas de exposición.	111
Sesión 6: Introducción al entrenamiento en HH. SS.: habilidades conversacionales.	112
Sesión 7: Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, ensayo y modelado conductual.....	114
Sesión 8: Sesión de cierre.....	115
Medición postest.....	115

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Síntomas, definición e indicación observable de las variables de ansiedad social</i>	45
Tabla 2. <i>Cronograma de intervención</i>	55
Tabla 3. <i>Hallazgos de la prueba de normalidad</i>	59
Tabla 4. <i>Resultados descriptivos y del nivel de confiabilidad del análisis estadístico</i>	60

Índice de figuras

Figura 1. <i>Estructura del sistema de autorregulación de la motivación y la acción por estándares internos e influencias autorreactivas (adaptada)</i>	38
---	----

Constancia de aprobación

Director/a de tesis: _____

Dra. Ana Cervantes-Herrera

Aprobada por el Jurado de Examen de Grado

Firma: _____

Presidenta Dra. Marisela Gutiérrez Vega

Firma: _____

Secretaria Dra. Priscila Montañez Alvarado

Firma: _____

Vocal mtro. M. Archibaldo Bravo Calderón

Intervención Psicoterapéutica Multimodal Grupal Para Jóvenes Con Síntomas de Ansiedad Social

Resumen

La ansiedad social (AS) se conoce como una experiencia común y aversiva caracterizada por un temor intenso frente a la posible evaluación social ajena. Al experimentar estos síntomas con frecuencia y la severidad, se produce deterioro al punto en que socializar se evita parcial o totalmente. Además, diversos factores como el aumento en las demandas sociales y de responsabilidad al inicio de la adultez, producen que los síntomas de AS se desestimen constantemente en los diversos contextos de las y los jóvenes. Esto debido a la naturaleza misma de la AS, que impediría a quienes la experimentan comunicar abiertamente sus experiencias al respecto.

Ante esto, se desarrolló una intervención psicoterapéutica multimodal grupal que tuvo por objetivo implementarse con jóvenes adultos para disminuir síntomas de AS. La intervención constó de 8 sesiones, con un diseño cuasiexperimental pretest-postest de dos grupos no aleatorizados. La muestra total fue de $N = 38$ (grupo control, $n = 23$; grupo experimental, $n = 15$). Para evaluar la intervención, se emplearon el CASO-A30 y la LSAS. Se aplicó la prueba t de Student (muestras independientes) para la comparación intergrupala, en donde se obtuvieron diferencias significativas en los resultados globales de ambas pruebas y sus subescalas; al comparar las diferencias intragrupalas (prueba t Student, muestras relacionadas), hubo diferencias significativas en el puntaje global del CASO-A30: $t(36) = -2.048, p = 0.048$ ($d = -0.68$, tamaño del efecto moderado) y el factor 5 reportó $t(36) = -2.976, p = 0.005$ ($d = -0.99$, tamaño del efecto grande).

Palabras clave: *ansiedad social, síntomas, intervención grupal, jóvenes adultos.*

Abstract

Social Anxiety (SA) is an aversive and common experience, characterized by an intense fear over the probable social evaluation of others. When these symptoms persist, detriment is produced to the point that social interactions are totally or partially avoided. In addition, several factors such as the increasing social demands and degrees of responsibility when adulthood begins, SA symptoms are underestimated constantly in the lives of young adults. The nature of SA is one of the main reasons for this, because it does not allow the people that experience it to openly communicate about their symptoms.

Considering this, it was developed a psychotherapeutic group intervention, aiming to be implemented with young adults to reduce their AS symptoms. The group intervention consisted of 8 sessions, with a quasi-experimental design with pretest-posttest measurements and two non-randomized groups. The total sample was $N = 38$ (control group, $n = 23$; experimental group, $n = 15$). For its evaluation, two instruments were used: the CASO-A30 (for its Spanish acronym) and the LSAS. The statistical analysis made through the t Student Test (independent samples) for the control-experimental comparison reported significant statistical differences in the global and sub scales scores. The contrast of the pretest-posttest measurements, made through the t Student Test (related samples) indicated significant statistical differences only over the global score of the CASO-A30 questionnaire: $t(36) = -2.048$, $p = 0.048$ ($d = -0.68$, moderated size effect) and its factor number 5: $t(36) = -2.976$, $p = 0.005$ ($d = -0.99$, large size effect).

Keywords: *social anxiety, symptoms, group intervention, young adults.*

Introducción

La ansiedad se encuentra como una de las dos categorías diagnósticas en trastornos mentales más comunes por su comorbilidad y la discapacidad que produce (Centros de Integración Juvenil, 2018). Esta se describe como un estado emocional de alteración desagradable que provoca cambios cognitivos (en los pensamientos) y fisiológicos (reacciones somáticas); dentro de las alteraciones cognitivas, están las preocupaciones vagas e irracionales, intranquilidad, nerviosismo, miedos infundados, entre otros; los cambios fisiológicos son aumento de frecuencias cardíaca y respiratoria, la sensación de *cabeza vacía* (percepción de ligereza o incluso vacío en la cabeza o alguna de sus áreas), taquicardias, sudoración excesiva y más síntomas que varían en intensidad, frecuencia y coexistencia (Asociación de Psiquiatría Americana [APA], 2014; Bados, 2017; Mineka & Zinbarg, 2006; Secretaría de Salud, 2010). Los signos y síntomas de ansiedad no se consideran trastornos, aunque se pueden diagnosticar alguno de los tipos de trastornos cuando se desarrollan afectaciones persistentes y relacionadas con las situaciones diarias (Montelongo et al., 2005).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA, 2014), los trastornos de ansiedad se distinguen según el tipo de objetos o circunstancias que provocan miedo, angustia, conductas de evasión o el pensamiento asignado a dichos objetos o circunstancias. Entre los trastornos que clasifica este manual de diagnóstico, se encuentran el trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, el mutismo selectivo, agorafobia, las fobias específicas, trastorno de pánico, la ansiedad inducida por sustancias o medicamentos y el trastorno de ansiedad social.

La ansiedad social (AS) se explica como una experiencia común caracterizada por un temor intenso ante la posible evaluación de otros en contextos sociales, cuyas conductas o reacciones que cada vez dificultan más los procesos de socialización cuando se desarrolla como trastorno (Morrison & Heimberg, 2013). Así, en el trastorno de AS está implicada una preocupación excesiva e irracional de que el desempeño social de quien lo experimenta se percibirá como inapropiado, llegando a causar incomodidad, humillación o un juicio negativo; estas experiencias generan tal distrés al punto en el que las situaciones sociales se eviten casi del todo (Baeza, 2007; Den Boer, 2000; Rose & Tadi, 2022).

En el DSM-5 se aclara que la particularidad principal del trastorno de AS temor o preocupaciones en torno a las situaciones de interacción social en las que otros puedan evaluar a las personas (APA, 2014). En este mismo manual se establecen criterios para el diagnóstico de este trastorno; a continuación, se abordan y se describen a modo de lista:

- A. Miedo intenso en situaciones sociales de exposición al posible análisis ajeno
- B. Temor agudo sobre el hecho evidenciar síntomas de ansiedad.
- C. Las situaciones sociales tiendan a provocar miedo o ansiedad.
- D. Evitación persistente con respuestas con preocupación intensa.
- E. El temor experimentado es desproporcionado en cuanto los contextos sociales se refiere.
- F. Persistencia de al menos por 6 meses de los indicadores previos.
- G. Malestar o deterioro significativo clínicamente en varias áreas vitales.
- H. El temor experimentado no se explica por consumo sustancias.

- I. Las respuestas de ansiedad a situaciones sociales no se explican por otros padecimientos u otro trastorno.
- J. Los síntomas ansiosos no se relacionan directamente con ese miedo causado por las situaciones sociales.

Por su parte, el manual de diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 (OMS, 2019), plantea el trastorno de ansiedad social. En dicha publicación, el trastorno de AS se aborda desde la distinción de un miedo o ansiedad incisivos e intensos presentes en una o diferentes situaciones asociadas a interacciones sociales, incluyendo ser objeto de observación o de desempeño ante otras personas. Quien experimenta síntomas del trastorno de ansiedad social presenta cierta tendencia a actuar de modo específico o por demostrar dichos síntomas y que pueda ser evaluado(a) de forma negativa. Por ello, la persistencia en la evitación de las situaciones sociales es sistemática, implicando un temor intenso y síntomas que persisten al menos varios meses y con una severidad que produce deterioro en las diversas áreas de la vida y del funcionamiento de las personas.

Como parte de un grupo de trastornos, el de AS o fobias sociales tiene características similares y a la vez diferenciadas de otros diagnósticos de ansiedad. Primero, la AS se distingue de otros trastornos de este mismo grupo tomando en cuenta el objeto principal de la ansiedad; con la agorafobia, fobias específicas y ansiedad por separación, el malestar es producido por situaciones u objetos particulares, y no necesariamente por interacciones sociales. La distinción con el trastorno de ansiedad por consumo de sustancias es que la activación psicofisiológica es causada las sustancias consumidas, y no por la expectativa de la evaluación social de otros. Ahora, al comparar los manuales de la APA y de la OMS, la distinción principal es que en el

primero se considera un periodo para determinarlo como trastorno, y en el segundo se toma en cuenta únicamente la persistencia de los síntomas y del malestar. Así, y para englobar las principales particularidades del trastorno de AS frente al resto de los trastornos de ansiedad es importante distinguir las cualidades e implicaciones clínicas de AS (Hofmann & DiBartolo, 2010).

Una de las consideraciones a tomar en cuenta desde las perspectivas clínicas de la AS, se centra en el miedo desproporcionado ante situaciones específicamente sociales (McNeil & Randall, 2014), esto frente a la distinción de los contextos en los que suelen presentarse los síntomas de AS que deben analizar los profesionales clínicos en psicología. Sobre estos abordajes, se mencionan los subtipos generalizado y no generalizado de este trastorno: el primero distingue temer a la mayoría de las situaciones sociales, mientras que el segundo se enfoca en el miedo a un limitado número de este tipo de circunstancias (Keller, 2003; Stein, 2006). También, en cuanto a la dimensión emocional y las implicaciones clínicas del trastorno de AS, existen hallazgos déficits en las habilidades para percibir, etiquetar, expresar y entender las propias emociones (Rozen & Aderka, 2023).

Ahora, frente a la comprensión y abordaje clínico de la AS como un trastorno, es viable retomar la manifestación de sus síntomas. En la dimensión fisiológica se distinguen indicadores conductuales tales como sudoración, temblores en manos y/o piernas, rubor facial, nerviosismo, fatiga y diarrea, además de conductas de hipervigilancia como en el resto de los trastornos de ansiedad (Fink et al., 2009; Marín-Ramírez et al., 2015). Así mismo, se presenta la activación cognitiva y emocional producida por los componentes de estos tipos implicados en la AS, tales como el temor a la evaluación negativa, sesgos de atención e interpretación de la información y

otros procesos psicológicos asociados con la AS (Carleton et al., 2011; Foytout et al., 2007; Friend & Gilbert, 1973; Kocovski & Ender, 2000;).

Según lo referido en Friend y Gilbert (1973), en el momento que una persona percibe como amenaza el estar frente a información preliminar y evaluativa que indicaría poca habilidad de su parte para desempeñar cualquier tarea, entonces esa persona se vería motivada a evitar dicha información o las situaciones que la produzcan. Conociendo lo anterior, es posible entender que el temor a la evaluación negativa sucede en el momento en el que la valoración de una audiencia sobre el desempeño, la apariencia o las conductas no son congruentes con la propia percepción del estándar de dicha valoración ajena (Rapee & Heimberg, 1997). De este modo, el temor a la evaluación negativa forma parte de los componentes cognitivos característicos de la AS (Carleton et al., 2011).

Otros componentes cognitivos que se asocian con el mantenimiento de la AS son el sesgo de atención y el sesgo de interpretación. Respectivamente, el primero se presenta como uno de los factores de mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Bar-Haim et al., 2007). En Morrison y Heimberg (2013), se enmarcan como un estado causal en la AS, debido a que la atención sesgada se centra no sólo en enfatizar las experiencias sociales desagradables, sino también en desestimar estímulos de interacción social positivos o agradables. En el mismo trabajo citado antes, se explica al sesgo de interpretación como la tendencia a interpretar estímulos neutros o ambiguos como amenazantes. Sobre este último componente, se conocen hallazgos sobre la ansiedad de interacción social y su asociación con interpretaciones negativas de eventos positivos más allá de otras emociones desagradables (Laposa, 2010, como se citó en Alden et al., 2008).

Como tal, el trastorno de AS presenta algunas contradicciones respecto a la percepción de las situaciones sociales. En Sackl-Pammer et al. (2019) se explica que quienes padecen cierto grado de AS sí desean involucrarse en contextos sociales, pero a la vez se ven a sí mismos sobrecargados por los estándares sociales que pudieran o no producir la evaluación de otros, siendo esta posibilidad una de las principales causas del temor que experimentan. Ante esto, es posible atender los resultados de la AS, sus síntomas y sus diversos orígenes o componentes que mantienen la AS, como los mismos factores que aumentan el riesgo de desarrollarla como un trastorno.

Factores de riesgo de la AS

Como factores de riesgo de la AS, se toman en cuenta elementos del contexto de los individuos tales como su dinámica familiar, indicadores ambientales, del desarrollo y lo relativo al temperamento (Sierra et al., 2006). En el trabajo mencionado, los factores ambientales asociados a la AS mencionados como predictores de riesgo son estilos de crianza correspondientes a conductas y actitudes que limitan la privacidad de los hijos, por ejemplo, control e intromisión excesivos, y abandono y contacto social reducido por los cuidadores. En el mismo sentido, se reconocen también como factores de riesgo de la familia para el desarrollo de síntomas o del trastorno de AS en futuras etapas del desarrollo, actitudes generales de timidez, estilos de parentalidad en los que uno o ambos padres aíslan a sus hijos de contextos que fomentan la socialización, junto con la tendencia parental a menospreciar las opiniones de otros, disciplinas de castigo y la crianza sobreprotectora (Bruch & Heimberg, 1994).

Sobre los factores ambientales y del desarrollo que aumentarían el riesgo de síntomas asociados a la AS, se destacan aspectos particulares que se explican a continuación. El primero

de ellos es el aumento en las demandas y las responsabilidades sociales que están sujetas a la evaluación de otros, ante el inicio de etapas como la preadolescencia y la adolescencia (Botella et al., 2003, como se citó en Sierra et al., 2006). Otros factores que abordan tanto en aspectos evolutivos como del entorno se centran en la inhibición conductual y un déficit en las habilidades sociales en la infancia como precursores de trastornos de ansiedad, en los que se incluiría la AS desarrollada en la juventud o adultez (Marín-Ramírez et al., 2015; Rosebaum et al., 1991; Sackl-Pammer et al., 2019); e incluso, sesgos de género involucrados en la desestimación del desarrollo de los síntomas o el desarrollo del trastorno en mujeres, dificultando así su acceso a la debida atención profesional (Pattyn et al., 2015).

Ahora, así como se consideran factores ambientales, familiares y evolutivos, también se consideran factores de riesgo psicosociales en el desarrollo de la AS como trastorno. Estos factores relacionados con las mismas dinámicas sociales son la dependencia emocional, la situación sentimental de soltería, el temor a la evaluación negativa y conductas de evitación fóbica; también se incluyen el estatus y rol socioeconómicos, y los ingresos monetarios; los factores mencionados suelen predictor del desarrollo de AS, especialmente para las mujeres (Marín-Ramírez, et al., 2015; Robles et al. 2008). Frente a la información anterior, como en la mayoría de los trastornos, con la AS y los factores de riesgo asociados a ella, se generan expectativas sobre otros posibles trastornos o patrones de conducta que generan malestar y se correlacionan significativamente con ella.

Coocurrencias de trastornos o conductas desadaptativas con la AS

En la AS, la conducta evitativa es uno de los factores de mantenimiento que resuelve de manera momentánea el malestar causado por el temor a los contextos sociales; sin embargo, esto

produce aislamiento social y afectaciones que no se centran únicamente en la AS, sino en la tendencia a desarrollar otros trastornos (Staudt et al., 2006). Por esto, la prevalencia de la AS es desestimada en ocasiones por médicos generales, debido a la misma naturaleza del trastorno que provoca a los pacientes inhibirse en interacciones sociales; además, por las razones desglosadas anteriormente, se incrementa el riesgo de comorbilidades tales como otros trastornos de ansiedad (generalizada, agorafobia, entre otros) o trastornos del estado de ánimo (Den Boer, 2000).

Por ejemplo, existen hallazgos sobre quienes reportan síntomas de AS, pudieran igualmente desarrollar trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad, y una regulación emocional disminuida (Dryman & Heimberg, 2018; Fink et al., 2009). En cuanto a trastornos de la conducta alimentaria, también se reporta su incidencia en una de cada cinco personas que padecen trastorno de AS (Hinrichsen et al., 2003); en años más recientes llegan a presentarse anorexia y/o bulimia nerviosa en más de la mitad de los casos en los que existe algún nivel de AS (Muñoz & Alpízar, 2016).

Relacionado a los trastornos en comorbilidad con el trastorno de AS, también hay incidencias con el consumo de sustancias. La AS no se relaciona directamente con las razones para beber alcohol, sin embargo, sí se asocia con los problemas implicados en su consumo, como el afrontamiento, conformidad y razones sociales para el uso del alcohol (Ham et al., 2007; Schry & White, 2013), debido a que el consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias se emplea con la intención de controlar los estados ansiosos (Marín-Ramírez et al., 2015). Además, se explica también que la tendencia de la relación entre el trastorno de AS y el consumo de alcohol u otras sustancias no se fundamenta solo emociones desagradables, sino también emociones agradables disminuidas, el temor a la evaluación y en la evitación social, fomentando de este

modo el desarrollo patológico del consumo de sustancias (Buckner et al., 2013; Caumiant et al., 2023).

La prevalencia del consumo de alcohol en adultos colombianos con síntomas de AS se encontró en un porcentaje sobre el abuso en un 24.1%, y un 11.2% que demostró dependencia de esta sustancia; en contraste, un 13% de abuso en consumo de alcohol y 4.4% de dependencia en personas sin los síntomas de este trastorno (Peña-Salas et al., 2014). Otro estudio realizado con adolescentes mexicanos permitió determinar como factores de riesgo síntomas AS, desde leves hasta elevados, en el consumo riesgoso o problemático de alcohol (Jiménez-López & Cárdenas, 2014). Ante la información revisada, es relevante cómo la AS no tiene impacto clínico sólo en dimensiones psicológicas y sociales en la vida de las personas, sino también en las conductas de riesgo que pudieran tener efectos adversos a corto y a largo plazo en poblaciones latinoamericanas.

En cuanto a factores neurológicos de la AS, hay evidencia de estudios del tipo de neuroimagen en estado de reposo importantes al respecto. Existe evidencia concerniente a que las personas con trastorno de ansiedad social presentaron mayor y menor conectividad entre las regiones frontal-amigdalal y frontal-parietal, cuyas asociaciones se consideran en los síntomas de la ansiedad en general (Mizzi et al., 2021). Además, se identifican menor densidad neuronal en la recaptación de dopamina, así como mayor activación y flujo sanguíneo entre la amígdala y áreas como el globo pálido, los giros parahipocampal, fusiforme, temporal superior y frontal inferior (Fink et al., 2009). Esto indicaría un déficit neuroquímico, y a la vez, actividad irregular entre las áreas del cerebro que se involucrarían en una regulación atenuante sobre el mismo sistema nervioso central en cuanto a los síntomas de AS. Ante esta información, es pertinente prestar

ahora atención a la epidemiología de la AS y las implicaciones de su frecuencia en grupos poblacionales amplios de acuerdo con su ubicación geográfica y otros factores psicosociales.

Prevalencia de la AS

Al tener información suficiente para considerar la severidad y frecuencia de los síntomas de AS, se toman en cuenta los indicadores establecidos a niveles globales, continentales y regionales. Según datos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, hasta el 2015 se estimó que existen cerca de 58.9 millones de personas que padecen algún trastorno de ansiedad, siendo un 3.6% de la población global; de esta cantidad, el 7.7% son mujeres, el 3.6% son hombres, y Brasil es el país que más ansiedad reporta en el continente americano, con una estimación del 9.3% en el total de su población (Pan American Health Organization, 2022).

En cuanto a la ansiedad a nivel regional, un proyecto del gobierno municipal de Cuauhtémoc, Chihuahua, realizó estudios en escuelas secundarias para detectar ansiedad en adolescentes de secundaria. Los datos recabados indicaron que el 10% de los estudiantes manifestaron cierto grado de ansiedad, o bien, un diagnóstico como tal (El Herald del Noroeste, 2018). En Chihuahua, de acuerdo con datos de una encuesta realizada por una organización de investigación en psicología, el 22.9% de las personas que formaron parte de este estudio indicaron experimentar al menos uno de los dos criterios para el diagnóstico de algún trastorno por ansiedad (Sosa, 2024). También, a nivel estatal existen estimaciones de que cerca del 29% de la población experimentaría algún grado de ansiedad en su vida, y de este porcentaje, un 12.1% padece síntomas de AS, según datos del Centro de Investigación Médica en Ansiedad (González,

2021). Con la información anterior presente, es evidente la creciente necesidad que existe para atender los efectos adversos que produce la ansiedad no tratada y los síntomas de AS.

Ahora, abordando la edad en la que suele iniciar la AS, aparece en edades tempranas en la mayoría de los casos; cerca del 50 % de las personas que la desarrollan como trastorno, la experimentan por primera vez sobre los 11 años, y en los 20, aproximadamente el 80 % experimenta trastorno de AS (Stein & Stein, 2008). También, según datos presentados por Medina et al. (2003) recopilados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, el hallazgo de la AS a partir de los años 2000 conformó el 4.7% de los trastornos de ansiedad reportados. En años más recientes, se han encontrado también incidencias en sintomatología de AS en un 15.4% de la población muestra, y más de la mitad de esta reportó síntomas moderados (Marín-Ramírez et al., 2015). Además, en estadísticas presentadas por Rentería (2018), en México los trastornos de ansiedad se han reportado rangos de prevalencia del 0.9 – 7.0%, en donde se incluye la AS, correspondiendo a un 2.9%, con una edad de inicio media de 15 años.

Posterior al 2018, se presentaría el progreso de epidemia a pandemia por el Covid-19, apelando a medidas como el distanciamiento y el confinamiento social. En las ideas colectivas de las personas, estas acciones implicaban cierto alivio ante sus experiencias emocionales desagradables, pero diversos estudios mostraron cierta prevalencia considerable en cuanto a la AS y trastornos asociados a ella; conociendo la relación entre ansiedad y AS, durante la pandemia y el confinamiento en Líbano, se evaluaron a 118 adolescentes usuarios de clínicas privadas, de los que sólo en el 18% no reportó alguna correlación entre síntomas severos de AS y la propagación del virus, dado que limitaron el uso de redes sociales al ocio y la comunicación

con amigos, además de dedicar parte de su tiempo a los videojuegos (Itani et al., 2021); estableciendo como factores de protección y mitigantes de la AS a las redes de apoyo sociales y familiares, así como actividades de agrado. Continuando con información sobre el Covid-19 y factores asociados a la ansiedad y AS, Gaitán-Rossi et al. (2021) monitorearon en México de forma mensual los niveles de ansiedad entre abril y junio del 2020, resultando en el hallazgo de niveles de ansiedad de estable a alta de acuerdo con una serie de encuestas relacionadas a la proliferación del Covid-19, por medio del instrumento GAD-7.

Al concluir la emergencia sanitaria por la propagación del Covid-19, fue del interés general las repercusiones del virus mismo y de todas las implicaciones de la pandemia para los diversos campos de estudio relacionados a la salud, incluyendo la salud mental. A partir de una revisión sistemática de 33 investigaciones seleccionadas, se tomó en cuenta como variables la pandemia, el confinamiento y la AS, se determinó que los síntomas de esta se vieron exacerbados tomando en cuenta factores como el ser mujer y a quienes generaron bajos ingresos durante la contingencia por Covid-19; aunado a ello, la AS fue un factor vulnerante junto con estrategias de afrontamiento deficientes, bienestar socioemocional disminuido, redes de apoyo limitadas y el mismo contagio de la infección, provocando una tendencia hacia un deterioro significativo de la salud mental en general (Kindred & Bates, 2023). Ante la información revisada, se destaca que no se encontraron más antecedentes relevantes que consideraran al Covid-19 y los síntomas de AS como variables de estudio, y la mayoría no se desarrollaron como estudios de intervención que partieran de los modelos explicativos que fundamentan las diversas técnicas y trabajos psicoterapéuticos para atenuar la AS.

El modelo cognitivo conductual de la AS

Para casi cualquier trastorno mental, existen modelos explicativos que apoyan en su comprensión, etiología y mantenimiento, y el caso de la AS no es la excepción. El antecedente del modelo cognitivo de la AS explica que esta se desarrolla a partir de una interacción entre predisposiciones conductuales innatas y experiencias de vida individuales, que orienta a las personas a percibir el mundo social como amenazante y peligroso para el que tienen poca habilidad de enfrentar (Clark & Wells, 1995; Clark, 2001). En otras palabras, los síntomas de AS se generan a partir de las interacciones sociales y cómo se retroalimentan desde y hacia esas interacciones, y qué resultados conductuales tiene esto para los individuos y la percepción sesgada de que podrán manejar las situaciones sociales poco o nulamente.

En este modelo, la AS se aborda como un patrón disfuncional de cuatro procesos específicos. El primero de ellos inicia cuando alguien se involucra en una situación social a la que teme y la juzga como amenazante, para así, enfocarse en sus propias reacciones como única fuente de información y retroalimentación; el segundo proceso disfuncional, se relaciona a las conductas de seguridad: acciones que se emplean evitar o aliviar el malestar de la AS, aunque estas generen respuestas ambiguas que se interpretan como ansiosas, o bien, alivian el malestar sólo parcialmente. El tercero de los procesos involucrados ocurre cuando las personas sobreestiman cuán negativamente otros les evalúan en cualquier grado o aspecto, principalmente lo relacionado al desempeño; el último y cuarto proceso disfuncional está delimitado ya sea antes o después de cualquier situación social: antes, se experimenta ansiedad anticipatoria, y después, si dicha ansiedad no produce la evitación de la situación, el enfoque de la atención individual

será tal que no permitirá percibir y/o interpretar retroalimentación positiva por parte de otros (Bravo & Padrós, 2014; Clark & Wells, 1995; Wong et al., 2014).

El procesamiento de las situaciones sociales antes y después de que suceden, además de la interacción ya descrita anteriormente, se obtienen creencias de las situaciones como resultado principal. Las principales ideas en torno a las interacciones previas con otros, se encuadran en tres categorías generales: normas excesivamente altas de esas interacciones, creencias condicionales y consecuentes de determinada situación social y creencias negativas incondicionales; aunado a esto, en el cambio del foco atencional de la situación social en general y su contexto a ellos mismos, los individuos se forman una imagen en mayor o menor medida distorsionada de cómo pudieran ser percibidas por otros, resultando en el procesamiento del *sí mismo* como un objeto social (Bravo & Padrós, 2014).

Así, gracias a este modelo explicativo de la AS, es posible entender que tanto las reacciones y respuestas de cada individuo como sus entornos, pueden influir independientemente de cuánto o en cuáles aspectos vitales, así como en la forma en la que interactúan entre sí. En conductas que se refuerzan o castigan desde primeras etapas de la infancia a través del ambiente y otras personas, o por cómo cada persona puede responder a su contexto y modificarlo, involucrándose en una interacción que modifica los repertorios conductuales mediante la socialización misma. Estos procesos se abordan a través de los antecedentes y fundamentos de la teoría social cognitiva de Albert Bandura.

Teoría social cognitiva

Desde los inicios de la psicología como una ciencia del comportamiento, el conductismo sentó las bases de las que se generaron diversas aproximaciones psicológicas. Los conocimientos

generados por los psicólogos y teóricos conductistas y del aprendizaje se orientaron a aliarse desde una perspectiva científica y en tener presentes las variables inferidas en función de la conducta de los organismos para disminuirlas de ser necesario (Trull & Phares, 2003).

También conocida como teoría del aprendizaje social, desde la perspectiva social cognitiva se propone que “el comportamiento del ser humano, así como es causado por el ambiente, también refleja un tipo de ambiente específico [...]; el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente” (Sanabria, 2008, p. 474). Explicado de otra forma, las personas intervienen en sus ambientes para reforzar sus aprendizajes y las conductas implicadas en ellos, y estos mismos ambientes estimulan dichas conductas si son socialmente efectivas o incluso necesarias, o las castiga y extingue si no son útiles para el contexto que reduce su probabilidad de repetirse. Así es definido uno de los componentes principales de su teoría: el determinismo recíproco.

Como base de esto, se identifica el trabajo experimental de Bandura & Walters (1979), que dirigió la atención a la imitación como un medio de aprendizaje efectivo, y cómo la observación se implica en el reforzamiento social de conductas. Con esto y otras aproximaciones desarrolladas por estos mismos teóricos, se trasladó al aprendizaje vicario a una posición primaria entre los mecanismos de aprendizaje, dando pie al modelado de la conducta, e igualmente argumentando que era una técnica de modificación conductual igual de eficiente que otros procedimientos de aprendizaje comprobados (Grusec, 1992).

Aprendizaje vicario e imitación

El aprendizaje vicario se presenta como un antecedente conductual y un tipo de aprendizaje que se da a través de procesos de aprendizaje de observación o simbólicos, en los

que un observador aprende de determinada conducta y las consecuencias que experimenta un modelo, es decir, otro actor conductual, en lugar de sus propios intentos y/o desempeño de determinada conducta (Gioia & Manz, 1985). Así, los procesos por los que ocurre el aprendizaje vicario se implican en el incremento o disminución de la conducta de quien observa si el modelo de las conductas es reforzado o castigado; de este modo es posible distinguir este tipo de aprendizaje de la imitación, que se remite al momento en el que un individuo empareja su topografía conductual a la de un modelo (Masia & Chase, 1997).

La imitación suele ocurrir cuando existe un observador de conductas ajenas, incluyendo las consecuencias y las respuestas de dichas conductas. Así, quien observa es capaz de aprender nuevas respuestas o modificar las características de la relevancia (jerarquizar) respuestas que pudiera ya tener, sin llevar a cabo por sí mismos alguna respuesta directa o recibir en lo absoluto algún reforzador directo mientras exponen los diversos tipos de modelos involucrados en la imitación. Los modelos simbólicos tienden a presentarse como instrucciones verbales; los modelos plásticos se encuentran por medios visuales o se acompañan de instrucciones directas a quien observa determinada conducta; los modelos ejemplares, por su parte, son los que se presentan mediante descripciones verbales, físicas o por previas exposiciones a modelos antes mencionados (Bandura & Walters, 1979).

Desde la perspectiva social cognitiva, el aprendizaje vicario mediante la observación sucede mediante procesos simbólicos o de identificación durante la exposición a actividades modeladas antes de dar respuesta, y no siempre requiere de otro reforzamiento externo al individuo (Bandura, 1977). Así, es posible comprender cómo el aprendizaje vicario, a través del modelaje de conductas de otros y al considerar la imitación, también destaca los procesos de

identificación por los que ocurren cambios comportamentales, como parte de lo que fundamenta al aprendizaje como un medio social en sí mismo (Grusec, 2020).

Procesos de identificación

Otro componente importante de la teoría del aprendizaje son los procesos de identificación a través de la socialización como una serie de eventos (McLeod, 2016). Estos procesos se definen como la ocurrencia del parecido entre la conducta de un modelo y otro individuo que está en condiciones en las que la conducta de dicho modelo funciona como una señal determinante para las respuestas consecuentes (Bandura, 1969). Las respuestas consecuentes son una de las explicaciones de la teoría del aprendizaje social como las que originan el comportamiento de los individuos, gracias a tres funciones: las informativas, que corresponden a la información que genera hipótesis de las conductas de otros; las motivacionales, cuyas causas están en experiencias previas y las respuestas que causan; y las de reforzamiento, que asume que las consecuencias influyen en conductas sin conciencia de ello (Bandura, 1977).

Para entender los procesos de identificación, es posible apelar a ejemplos en los que se explica su ocurrencia. Poniendo por caso que, a través de un rol que cualquier niño haya visto desempeñado por un adulto, su representación y las implicaciones de dicho rol, es que ocurre la identificación convertida en un impulso adquirido; de ese modo, ese impulso es una respuesta satisfactoria que pasa a actuar como un reforzador y a asociarse repetidamente como imitación, utilizando pautas de recompensas directas o incluso autoadministradas (Bandura & Walters, 1979). Explicado con otras palabras, la identificación ocurre cuando una persona adopta, replica

y/o participa en conductas, valores, creencias o actitudes que ha observado de personas con quienes se siente identificada (McLeod, 2016).

Con el propósito de distinguir entre varios conceptos que se definen por criterios numerosos y arbitrarios, se busca diferenciar los procesos de identificación de los que se involucran con la imitación. La identificación se distingue más frecuentemente de la imitación en términos de variables resultantes de bases supuestas; en dichas bases, la segunda implica la reproducción de respuestas discriminadas, mientras que la primera se asocia más a la adopción de diferentes patrones conductuales, representaciones simbólicas de los modelos o sistemas semánticos (Bandura, 1969). Los patrones, representaciones o sistemas mencionados son los que pasan a reforzar o extinguir conductas a través de la interacción social misma, y es a partir de esto que es posible establecer cómo se involucran los principios del aprendizaje en las situaciones sociales en las que se desempeñan los individuos.

Principios del aprendizaje en el contexto social: recompensa, reforzamiento y extinción

En lo que se refiere a la conducta de imitación, el modelo de recompensa tiende a generar consecuencias apetitivas o gratificantes siempre que el modelo demuestre conductas socialmente efectivas (Bandura & Walters, 1974). Es decir, las conductas que produzcan los individuos como respuestas, si son aprobadas, esperadas y/o útiles para el contexto social en el que se encuentren, serán conductas que se reforzarán positiva y socialmente, así como más propensas a mantenerse como hábitos gracias a la integración de los modelos y del refuerzo diferencial resultantes de la circunstancia social específica en el que fueron observadas.

Entonces, al mencionar los temas del reforzamiento, es preciso mencionar cómo es posible generarlo conforme a programas diversos. Quien esté a cargo de reforzar las conductas,

puede hacerlo bajo una razón fija o en un intervalo fijo; ya sea reforzando únicamente cada determinado número de respuestas esperadas o al haber seleccionado un periodo específico y que este se cumpla. Aunque estos programas de reforzamiento son difíciles de ejemplificar en entornos cotidianos, en los sistemas sociales modernos es posible distinguirlos, gracias a los agentes de socialización que se encuentran en ellos, porque son quienes distribuyen los refuerzos y se organizan en función de determinados momentos o situaciones (Bandura & Walters 1974).

En contraparte a las pautas de reforzamiento en la teoría del aprendizaje social, el castigo y sus alcances son igual de relevantes. Bajo la lente de esta teoría, el castigo es utilizado más como un estímulo que inhibe respuestas que se han adquirido para producir respuestas de evitación; en este escenario es donde se le demuestra a alguna persona que genere respuestas específicas para huir de estímulos aversivos, reaccionando de forma evitativa, esto a la par de pautas estimulares propioceptivas, consumen el proceso de inhibición de la conducta que genera la respuesta emocional condicionada que provocará la tendencia a la baja de la repetición de la conducta inhibida en un inicio (Bandura & Walters, 1974).

Dentro de los procesos que comprenden el aprendizaje vicario a través de la observación y la imitación, se destaca la importancia de las influencias cognitivas que se involucran en la adquisición o extinción de los repertorios conductuales de las personas. Dichos procesos se involucran de igual forma en las decisiones que pudieran guiar dichos comportamientos, siendo estos la atención, retención, reproducción (motriz) y la motivación para integrar nuevos repertorios o ampliar los ya existentes por medio de la observación (Gioia & Manz, 1985; Grusec, 2020).

Atención, retención, reproducción y motivación.

Primero, la atención como variable se toma bajo la premisa de que, para aprender algo es necesario prestar atención; y en sentido contrario, lo que sea que impida esta variable, significará un obstáculo para el aprendizaje. Posteriormente se considera la capacidad de retención: qué tanto y en qué niveles traemos a la memoria aquello a lo que le hemos prestado atención antes, implicando los procesos de imaginación mental y las conductas verbales (Bandura, 1977).

Habiendo puesto la suficiente atención, retenido la suficiente información sobre las conductas observadas y habiendo generado la reproducción de las conductas, es decir, su imitación, habrá que prestarle también atención a la motivación. Como variable, la motivación se involucrará como la voluntad, el deseo para desempeñar dichas conductas, considerando por el observador los reforzadores o castigos que sean consecuentes a la conducta que pudiera emitir; de este modo, de haber recompensas que se superen el valor o satisfacción frente a los posibles costes, la conducta observada será más probablemente imitada, o si el reforzamiento vicario no se percibe como suficientemente importante, entonces la conducta no será imitada (McLeod, 2016).

Autoeficacia.

La autoeficacia, como componente de la teoría del aprendizaje social, es un gran determinante en los demás componentes de esta teoría y su contexto, además de la relevancia que ha generado. Este término se entiende como las percepciones y juicios sobre los propios sentimientos de las capacidades que se tienen para llevar a cabo determinada tarea o el cumplimiento de ciertos objetivos; por dichas ideas es que los cambios en las conductas de las personas pudieran modificarse o mantenerse, ya sea por activación provocada por miedo o por

alguna otra variable que se genere desde la reciprocidad por la interacción individuo-ambiente/ambiente-individuo (Grusec, 1992; Chacón, 2006).

Al interactuar con otras variables, la autoeficacia puede describir con anticipación los resultados de las actividades que las personas desempeñen. Ejemplo de esto es cómo el nivel de autoeficacia influye en qué tan pronto iniciará determinada conducta esperada, cuánto esfuerzo implicará y cuánto tiempo se requerirá, especialmente a la luz de confirmar o descartar evidencia sobre qué tan bien se cumplirá con la expectativa (Stajkovic & Luthans, 2002).

Como componente de la teoría social cognitiva, tanto para distinguirlo de otros como para integrarlo a los procesos que describen el reforzamiento social de las conductas, la autoeficacia se orienta más hacia una evaluación específica de contextos. Esto ocurre en torno a la capacidad de desempeñar determinada tarea junto al análisis de ejecución individual de determinadas conductas en contextos particulares, separándose así del autoconcepto, que no se mide en grados de especificidad; este último incluye creencias de autoestima asociadas a la competencia individual percibida (Falanga et al., 2012).

Autoconcepto.

A través de diversos estudios y postulados generados en diversos campos del conocimiento, todos de índole social, el entendimiento del autoconcepto parte del constructo del “yo” como el fenómeno reflexivo que se desarrolla tanto por medios sociales como por interacciones del mismo tipo, en las que se involucra el carácter social del lenguaje humano (Gecas, 1982). Es a través de dicho fenómeno de abstracción que se genera el autoconcepto, concibiéndose como una estructura de la identidad y sus atributos, evaluados de manera objetiva

o subjetiva por cada persona, que sirven para distinguirse como diferente a otros a través de acciones simbólicas, de socialización y reflexión (Gecas, 1982; Cazalla-Luna & Molero, 2013).

Ante lo anteriormente explicado, el componente cognitivo del autoconcepto desarrollado en cada individuo se ve implicado en el aprendizaje social, por medio de esta teoría a través de dos modalidades. El autoconcepto negativo se define como la tendencia a desvalorizarse, mientras que el de tipo positivo se remite a la propensión a juzgarse favorablemente a sí mismo; y cualquiera de los dos ocurrirá en función de las habilidades, estándares evaluativos según el contexto, las actividades y cómo éstas se desempeñen en áreas distintas, produciendo así diversas formas de autoevaluación (Bandura, 1977); a su vez, dicha autoevaluación puede involucrarse en los repertorios conductuales que los individuos emplean para regularse a sí mismos, y para tomar decisiones en función de ello, sea que resulte en conductas adaptativas o inadecuadas junto con sus respectivos resultados.

Autorregulación y agenciación.

La autorregulación se distingue como el proceso con el que las personas se reajustan gracias a las normas y valores que una de ellas ha adquirido e internalizado mediante los procesos de socialización (Zaldívar, 1994). La autorregulación es planteada mediante procesos de aprendizaje discriminativo y modelado, insertándose en la línea que pudiera explicar que la ausencia de conductas asertivas no adquiridas u obstaculizadas por comportamientos no aceptados, rechazados o castigados por individuos que fungen como modelos generan inhibición o falta de habilidad para expresar sentimientos, puntos de vista y otras conductas que se refuerzan negativamente (Bandura, 1977).

En función de lo explicado anteriormente, es por lo que se concluye que a través de la autorregulación se genera la capacidad de tomar decisiones y actuar en consecuencia de ellas; esto es lo que se conoce como la agenciación (Martin, 2004). Como antecedente, se plantea que las personas no son agentes autónomos ni portadores mecánicos de influencias ambientales, sino contribuyentes y causantes de un propio sistema de motivación y acción dentro de un sistema triádico de causalidad; esto a través de las acciones, emociones y cogniciones, así como otros factores personales y sucesos ambientales que se involucran operativamente como determinantes de la conducta humana (Bandura, 1989).

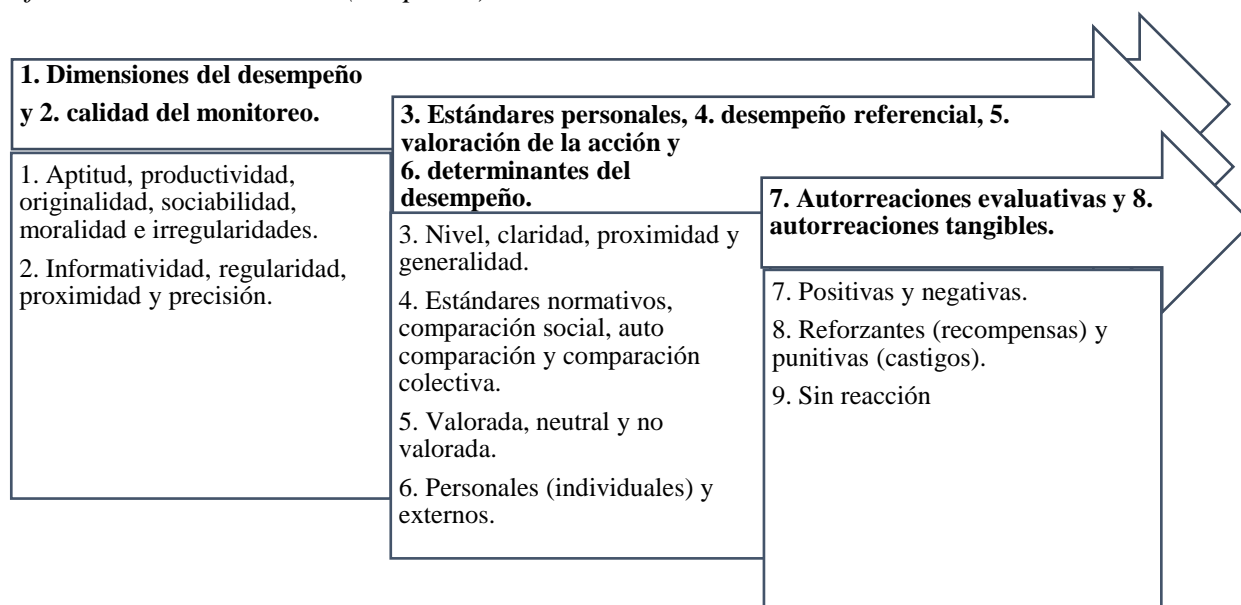
Para Bandura (2001), la agenciación en los individuos consta de cualidades, sistemas de creencias y capacidades para regularse a sí mismos, que se distribuyen en una serie de estructuras y funciones por medio de las que se ejerce influencia personal, más que considerarse como una entidad discreta en un lugar particular. Aquí es también en donde se distingue que la agenciación se integra de intencionalidad, un pensamiento de previsión o anticipatorio, autorreactividad y autorreflexión. Siendo así, la agenciación es un instrumental interno cuyas influencias principales son externas y operan mecánicamente en acción, pero por sí misma no cuenta con propiedades motivacionales, autorreflexivas, autorreactivas, creativas o autodirectivas; no obstante, las propiedades mencionadas se distinguen como procesos que la integran, involucrándose en el aprendizaje de las personas a través de medios sociales (Bandura, 1989).

De este modo y para entender la autorregulación como un resultado, es importante una serie de aclaraciones. La primera es que cualquier sistema de autorregulación está en el núcleo de procesos causales, mediando los efectos de las influencias externas y proveer de fundamento a acciones propositivas, en las que se pueden contemplar la mayoría de los comportamientos

humanos, dirigidos desde y hacia la anticipación para cualquier tarea o actividad; la segunda, se remite a que los individuos se motivan y guían a conductas más decisivas mediante funciones psicológicas secundarias estructuradas para la autorregulación (ver Figura 1).

Figura 1

Estructura del sistema de autorregulación de la motivación y la acción por estándares internos e influencias autorreactivas (adaptada)



Nota: adaptado de “Social Cognitive Theory of Self-Regulation”, por A. Bandura (1991), *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), p. 294. ([https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-1](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-1)).

Ansiedad social desde la teoría social cognitiva.

Ante las conductas que se manifiestan desde la ansiedad y la AS, es de destacarse que hay personas expuestas a ellas. Adquirir temores a través de la observación de las respuestas de otros es un medio efectivo para aprender a qué tenerle miedo y así evitar amenazas potenciales (Selbing & Olsson, 2019). Sin embargo, al generar respuestas anticipatorias aprendidas a través de conductas ajenas y de algo como las situaciones sociales, es donde pudiera generarse una serie de patrones que a las personas tienden a desarrollar temor por la socialización que emiten, o bien, de que esta no sea percibida como apropiada. Se propone desde el modelo de la teoría social

cognitiva refuerza conductas socialmente efectivas mediante estos medios, así como la generación de aprendizaje a largo plazo y entre individuos con circunstancias similares, aproximándose a que se incremente o/o se genere la suficiente agencia o autoeficacia necesaria para disminuir los síntomas de AS.

De igual manera, la autoeficacia como constructo medible toma relevancia en la teoría social cognitiva. La eficacia que las personas perciba de sí mismas interactúa como elemento principal en las destrezas humanas, y determina la selección de actividades, motivación, esfuerzo y persistencia ante situaciones adversas, y de igual forma los patrones de pensamientos y respuestas emocionales asociados a ello. Por tanto, quienes presenten un nivel elevado de autoeficacia tienden a aumentar su desempeño sociocognitivo en variados aspectos y áreas, sin dejar de afrontar tareas difíciles que después se perciben como modificables, más que como un riesgo o un obstáculo (Carrasco & Del Barrio, 2002).

Intervenciones sobre ansiedad social desde la teoría social cognitiva.

En Brasil, se desarrolló un estudio en el que se empleó un taller basado en reestructuración cognitiva, exposición a situaciones temidas, relajación y entrenamiento en habilidades sociales (HH. SS.) para jóvenes mayores de 18 años con AS. Este trabajo empleó medición pretest-postest, revelando que el protocolo planteado (16 sesiones de 90 minutos) alcanzó las metas planteadas, aunque en cuanto a cambios necesarios se explica que es necesario el registro o evaluación de diferentes modificaciones para que se probara su efectividad de manera más satisfactoria (Dittz et al., 2015).

Una intervención más, orientada al trabajo sobre ansiedad social y, en este caso, al trabajo en equipo también (Mendo et al., 2016), demostró resultados significativos en España al

implementarse como una clase un programa de entrenamiento en HH. SS. en estudiantes universitarios. A través de instrumentos de autoinforme, mediciones pretest-postest develaron efectos importantes en la mejora del trabajo en equipo y una disminución de los síntomas de AS, reiterando la importancia de modificar esta última variable en los programas que se fundamenten en este tipo de intervenciones. Se resalta la importancia de una muestra de 149 participantes, que el entrenamiento en HH. SS. permite la desinhibición de estas, resultando en un mejor manejo de las interacciones sociales en las que los participantes pudieran desempeñarse, aunque las limitaciones se centran en la falta de control, uso de instrumentos de autoinforme como único medio de recolección y un desequilibrio marcado entre una mayoría de mujeres sobre menos participantes hombres.

Retomando a la AS como variable de interés, Caballo et al. (2019) plantean la implementación de un programa del tipo multidimensional para este padecimiento y sus síntomas. En este caso, el entrenamiento en HH. SS. se remite a disminuir los síntomas de preocupación sobre interacción con desconocidos y con el sexo opuesto, expresión asertiva de emociones desagradables, entre otras situaciones que generan angustia, a la par del uso de estrategias de terapias de tercera generación consciencia plena, por mencionar un ejemplo. Aspectos importantes de esta propuesta multidimensional para el trastorno de AS son que, a pesar de encontrarse en desarrollo en algunos países, se ha desarrollado e implementado en países de Iberoamérica, abordando el trabajo con poblaciones hablantes de portugués y español, aunado a la integración de técnicas cuya efectividad cuenta con evidencia importante.

Sobre intervenciones fundamentadas en el entrenamiento en HH. SS. en Latinoamérica, también hay hallazgos relevantes. En Frost et al. (2020) se reporta la implementación una guía de

intervención grupal para participantes entre 12 y 17 años, conformando una muestra de 56 individuos que se dividieron en dos grupos (control – experimental) con el propósito de evaluar a través de un autoinforme en momentos pre y post intervención. Ante dicho trabajo, se produjeron diferencias significativas entre los grupos mencionados, demostrando que la mejora en las HH. SS. funge como un factor protector en los diversos aspectos que integren el bienestar físico, psicológico y social en este grupo etario. Aunque esta intervención no aborda la AS como variable de interés, recomiendan la replicación en otros contextos de las técnicas que emplea para el entrenamiento en HH. SS., en donde pudiera retomarse su utilidad en los signos y síntomas del trastorno mencionado.

Estado del arte

Sobre lo revisado y expuesto anteriormente, se rescatan una serie de estudios e investigaciones relevantes realizados siendo la AS el principal objeto de estudio. Ejemplo de esto es un plan estratégico y psicoterapéutico basado en técnicas de desensibilización sistemática (Rodríguez, 2020). La intervención constó de 13 sesiones de 60 minutos, en las que se desarrollaron actividades como el entrenamiento en habilidades sociales, discriminación de creencias irracionales, jerarquización y después el desarrollo de la desensibilización en sus diversas etapas. Estudios como este plantean la actualización y contextualización de la AS y sus síntomas en situaciones presentes o recientes, atendiendo prevalencias revisadas, confirmando mayor prevalencia reportada en mujeres y la necesidad de tomar acción en el desarrollo de intervenciones que disminuyan o rehabiliten desde síntomas hasta posibles diagnósticos del trastorno de ansiedad o fobia social.

Un programa creado y desarrollado en Perú, ahora con un enfoque cognitivo-conductual dirigido al tratamiento de determinados grados de AS; la muestra de este estudio fue de 50 estudiantes entre 14–16 años; en este grupo un 54% presentó un nivel moderado de ansiedad y el 46% restante reportó un nivel grave (Flores, 2021). Este trabajo se desarrolló y se aplicó de manera parcial, y según lo reportado, impactó positiva y significativamente en la disminución de síntomas de ansiedad que se encontraron en la muestra de este trabajo. De este modo, es relevante su consideración como referencia a la implementación de programas psicoterapéuticos que aborden la AS para su disminución y rehabilitación de ser necesaria. Sin embargo, como limitaciones en esta investigación se distinguen particularmente el uso de un instrumento de ansiedad para evaluar AS, así como la poca claridad y falta de especificaciones en la comunicación de resultados y los efectos de la intervención.

Respecto a intervenciones cognitivo-conductuales, también se atienden hallazgos en España. En un caso de una estudiante universitaria que fue evaluada en áreas de depresión, asertividad y habilidades sociales desde una AS referida, se obtuvieron resultados positivos luego de emplear técnicas y herramientas (autorregistro de conductas, sensaciones y pensamientos) cognitivo-conductuales tanto en sesiones de psicoterapia como de trabajo en casa: “psicoeducación, relajación muscular progresiva, entrenamiento en habilidades sociales y exposición en imaginación y en vivo” (Montero, 2018). Considerando esto, se tiene presente la relevancia de este trabajo no directamente en el apoyo teórico-empírico sobre intervenciones para atender AS, sino también en el uso de técnicas y herramientas que continúan demostrando su eficacia para su tratamiento dentro y fuera del contexto terapéutico.

En una investigación más, en este caso en una población de adolescentes estadounidenses que buscaba evaluar los niveles de AS y el temor a la evaluación, además de la relación que pudiesen presentar; en este trabajo se encontró que en la muestra evaluada AS se vinculaba positivamente al temor negativo, aunque también se reportó temor a la evaluación positiva que pudiesen recibir (Hunt, 2019). Al tener evidencia de los vínculos entre la AS y el temor a la evaluación negativa, se considera su relevancia para intervenir también sobre este componente cognitivo, incluso para contemplarse su evaluación y análisis sobre su relación con la AS.

Objetivos e hipótesis

Objetivo general

- Desarrollar y evaluar la efectividad de un plan psicoterapéutico de intervención de modalidad grupal para participantes con síntomas asociados a la ansiedad social para su implementación con jóvenes juarenses.

Objetivos particulares

- Construir un plan psicoterapéutico de modalidad grupal enfocado en el tratamiento de síntomas y signos asociados la ansiedad social.
- Implementar el plan psicoterapéutico de intervención grupal para intervenir en síntomas y signos asociados la ansiedad social en jóvenes.
- Evaluar síntomas y signos de los participantes asociados a la ansiedad social antes y después de la intervención psicoterapéutica.

Hipótesis

- H₁: El programa de psicoterapia grupal disminuye los niveles de ansiedad social en los grupos que se aplica.

- H₀: El programa de psicoterapia grupal no disminuye los niveles de ansiedad social en los grupos que se aplica.

Método

Diseño

El proyecto de intervención tendrá un enfoque cuantitativo, con un diseño cuasiexperimental una muestra de dos grupos no aleatorizados, uno como grupo experimental y otro como grupo control en lista de espera (sin tratamiento), estableciéndose con una inferencia del tipo hipotética-deductiva. Respecto al periodo temporal, se considera como transversal porque se implementaron evaluaciones en dos momentos: previas y posteriores a la intervención. El tratamiento de los datos se llevará a cabo de forma cuantitativa en condiciones de evaluación pretest-postest (NR O₁ – X – O₂ / NR O₁ – --- – O₂) (Shaddish et al., 2002).

Operacionalización de las variables

Para determinar los aspectos importantes de los indicadores asociados a la AS a evaluar, es necesario establecer la operacionalización de las variables. A través de este proceso, también es posible analizar y así determinar las técnicas de la intervención planteada y los instrumentos que se utilizan para las mediciones pretest y postest (Tintaya-Condori, 2015). La operacionalización de las variables de la AS se atiene a los elementos esbozados como síntomas y signos de ella en apartados previos (ver Tabla 1), tales como el temor intenso y desproporcionado a las situaciones sociales y a la posible evaluación ajena que estas pueden o no implicar, conductas de evitación de los diversos contextos de interacción con otros, activación psicofisiológica y psicomotriz, y por último el deterioro en el funcionamiento en las diferentes áreas vitales de quienes experimentan síntomas de AS.

Tabla 1*Síntomas, definición e indicación observable de las variables de ansiedad social*

Síntoma	Definición	Indicador observable
Miedo o preocupación desproporcionado ante situaciones sociales en las que sea propenso a la evaluación de otros.	Temor intenso, excesivo e irracional ante la posible evaluación de otros sobre el propio desempeño social en contextos de este mismo tipo.	<p>Hablar o expresar temor o preocupación a la evaluación negativa, a ser objeto de humillaciones o a quedar en ridículo frente a otros por un desempeño social inadecuado o la evidencia de síntomas ansiosos percibidos como negativos.</p> <p>Comentarios sobre pensamientos, ideas o conclusiones subjetivas de índole catastróficas sobre el posible resultado negativo o humillante de cualquier situación social no amenazante.</p> <p>Comportamientos de hipervigilancia y anticipación en función de interacciones sociales y/o de la evidencia real o imaginaria de síntomas ansiosos.</p>
Evitación de situaciones sociales en las pudiera implicarse la evaluación negativa de otros, o bien, la necesidad esconder los síntomas ansiosos que genera interactuar con otras personas.	Esfuerzo sostenido por evadir el inicio de conversaciones, dar discursos o presentaciones grupales o en público, asistir a juntas o entablar pláticas directas con superiores (jefes, profesores), desconocidos o pares.	<p>Conductas pasivas o activas que disminuyen la probabilidad de interacciones sociales.</p> <p>Respuestas conductuales gestuales o verbales mínimas; poco o nulo contacto visual, gestos faciales ambiguos, proxemia distante según la interacción social y su contexto, respuestas monosílabas, entre otras.</p> <p>Disminuir y/o interrumpir las interacciones sociales a partir de los síntomas de ansiedad que pudieran demostrarse.</p>
Activación psicomotriz.	Actividad intensa y poco controlable, percibida como incongruente o incoherente para quien la observa, dado no corresponde a las circunstancias en las que se produce, además de que no parece hay intención o propósito aparentes de dicha actividad.	<p>Inquietud motriz: movimientos rápidos, repetitivos de manos, dedos, pies, piernas y/o cabeza.</p> <p>Respuestas conductuales agresivas y/o repentinas, físicamente exacerbadas e intensas ante determinados estímulos.</p>
Activación psicofisiológica.	Experiencia de alteración conductual y emocional como un estado temporal y común que se desencadenan	Diaforesis; sudoración excesiva, e hiperreflexia: espasmos musculares, temblores, cambios en coloración de la piel; palidez o rubor facial.

Deterioro de áreas vitales del funcionamiento de la persona asociado al temor de ser evaluado negativamente.	en su propio sistema de respuesta, y se analizan o miden en frecuencia, intensidad y duración.	Afectaciones al desempeño académico y/o laboral, así como en la percepción propia y ajena de un bienestar individual (malestares físicos, entre otros) y social disminuido.
	Resultados objetivamente adversos y negativos asociados al temor generado por y hacia las situaciones sociales.	Recibe poco o nulos inicios de interacción social; respuestas a inicios de interacción social tienen latencia larga.

Escenario

El escenario que se utilizó para la intervención fueron un par de aulas del Instituto de Ciencias Sociales y Administración (ICSA) de la UACJ. Dicho espacio contó con mobiliario como sillas y/o pupitres, al menos dos mesas o escritorios grandes, con acceso a sanitarios y otros servicios básicos, espacios de recreación o descanso, además de alguna red Wi-Fi o conexión a Internet disponible.

Participantes

Los participantes fueron personas jóvenes adultos entre los 18 a los 24 años, que presenten niveles de AS de acuerdo con el punto de corte del instrumento de evaluación utilizado para el tamizaje y el filtraje de los candidatos seleccionados, tomando también en cuenta la información que proporcionan a través del cuestionario sociodemográfico. La edad de los participantes era de 18 a 24 años, con una media de 19.92 años (DE = 1.836); el rango de edades del grupo experimental se encontró únicamente de los 18 a los 19 años, teniendo como media 18.27 (DE = 0.458). El grupo control se conformó por el rango completo de las edades a las que se dirigió la intervención, es decir, de 18 a 24 años con al menos una persona; como media se obtuvieron 21.0 años (DE = 1.567).

El tamaño de la muestra fue $N = 38$, correspondiendo al grupo experimental con $n = 15$, y el grupo control formado por $n = 23$. La representación de los participantes en cuanto al sexo en el grupo experimental fue de $n = 13$ mujeres, frente a $n = 19$ mujeres del grupo control; en el caso de los varones, el grupo experimental se conformó por $n = 2$ hombres, y $n = 4$ en el grupo control.

Sobre la ocupación de los participantes, el 57.9% ($n = 22$) sólo se dedican a estudiar, mientras que el 42.1% ($n = 16$) restante son estudiantes y trabajan de forma remunerada. Al respecto, del grupo experimental se encontró que $n = 10$ sólo estudian y $n = 5$ estudian y trabajan; frente a esto, $n = 12$ participantes del grupo control sólo son estudiantes y $n = 11$ tienen empleo además de encontrarse estudiando. El total de la muestra tiene licenciatura como nivel de estudios en curso o terminado.

Criterios de inclusión

- Sexo indistinto.
- Edades desde 18 hasta 24 años.
- Puntuación igual o mayor a la de corte (≥ 25) según parámetros del instrumento de tamizaje.
- Participantes sin tratamientos psicoterapéuticos o farmacológicos activos.
- Participantes sin diagnósticos actuales o recientes proporcionados por psicoterapeutas, psiquiatras o neurólogos(as) de cualquier otro trastorno.
- Firma del consentimiento informado.
- Habilidades de lectoescritura básicas.

Criterios de exclusión

- Participantes con un proceso psicoterapéutico y/o farmacológico activo al momento de la selección de la muestra.
- Diagnóstico reciente de otros trastornos o padecimientos crónico-degenerativos.
- Puntuación del instrumento de tamizaje no alcanza el punto de corte.
- No firma del consentimiento informado.

Consideraciones éticas

Sin importar el nivel en el que se profundice con las intervenciones en el área de la psicología clínica, las prácticas implicadas en situaciones psicosociales tienen efectos en la vida de quienes participan en ellas. Así, para garantizar que dichos efectos salvaguarden los derechos de cualquier persona que opte por participar en la intervención psicológica planteada, se especifican los principios y lineamientos éticos tomados en cuenta de parte de los Principios Éticos y Código de Conducta de la APA (2010): principio A: beneficencia y no maleficencia, principio C: integridad, principio E: respeto por la integridad y los derechos de las personas, así como los códigos de conducta 2.01. Límites de la competencia, 3.04. Evitación del daño y 3.10. Consentimiento informado.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico

Una lista de 10 cuestionamientos (uno de ellos opcional) para obtener los datos generales de los participantes, y sus datos de contacto para informarles de su participación en la intervención en los casos de quienes fueron seleccionados. Otro propósito de este instrumento fue el de filtraje en función de los criterios de inclusión y exclusión establecidos anteriormente.

Entrevista Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, módulo del trastorno de AS

La MINI (Ferrando et al., 2000) es una entrevista diagnóstica breve que apoya en la exploración, detección u orientación diagnóstica, a través de 16 módulos, sobre los principales trastornos del DSM y la CIE. Se compone de cuatro reactivos con respuestas limitadas (dicotómicas) y se resuelven en función de la presencia o ausencia de los síntomas. Sobre el módulo del trastorno de AS, consta de cuatro preguntas que abarcan los criterios diagnósticos, y quienes respondan de forma afirmativa a dos de ellas, se tomarán en cuenta para participar en la intervención.

Inventario Breve de Fobia Social (SPIN)

Desarrollado por Davidson et al. (1991) y validado para la población mexicana por Bravo et al. (2017). Primeramente, se emplea este instrumento para el tamizaje de los participantes, entendido como una etapa de admisión y selección de los participantes para el estudio, se establece como instrumento para el cribaje de síntomas de AS el Inventario Breve de Fobia Social (SPIN).

- Cuenta con 17 reactivos, con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert que van del 0 como “para nada” al 4 como “extremadamente”.
- Se evalúa la medida en la que los problemas enlistados en los reactivos le han afectado a la persona participante en la última semana.
- En la publicación original del SPIN, los valores de consistencia interna se reportan entre $\alpha = 0.87$ hasta $\alpha = 0.94$ en individuos con fobia social, y de

$\alpha = 0.82$ hasta $\alpha = 0.90$ en participantes que sí presentaban esos síntomas, planteado un modelo de tres factores:

- Miedo, evitación y síntomas fisiológicos.
- Para la población mexicana, el punto de corte (puntuación) que distingue a quienes experimentan síntomas fobia social de quienes no, se determina a partir de los 25 puntos; así, quienes puntúen 25 o más se contemplan como candidatos para la intervención.
- Los valores de confiabilidad interna para población de México correspondieron al modelo trifactorial (Connor, 2000): $\alpha = 0.908$ para el factor “miedo”, $\alpha = 0.91$ para el de “evitación” y $\alpha = 0.825$ para el de “síntomas fisiológicos”.

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO-A30

Para la evaluación de la AS, se emplea este cuestionario, desarrollado y validado en México por Caballo et al., 2016.

- Su confiabilidad global fue de $\alpha = 0.93$; estos valores correspondientes a los factores que conforman el CASO-A30 se encontraron en un rango de $\alpha = 0.77$ al $\alpha = 0.85$.
- Se evalúa su puntuación a través de una escala tipo Likert, que va desde 1 como “nada o muy poco”, hasta 5 como “mucho o muchísimo” para medir el grado de malestar, tensión o nerviosismo causado por las situaciones sociales descritas en los ítems del cuestionario, obteniendo una puntuación global y también para cada una de las cinco subescalas explicadas más adelante.
- Este cuestionario tiene cinco factores, con seis ítems, conformando 30 en total. Interacción con desconocidos (factor 1), quedar en evidencia o en ridículo (factor 2),

interacción con el sexo opuesto (factor 3), hablar en público/interacción con personas de autoridad (factor 4), expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (factor 5).

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Instrumento construido con el objetivo de evaluar la prevalencia, psicofisiología, severidad, etiología evaluación y tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos para la entonces conocida fobia social (Liebowitz, 1987). Balon (2003) reporta una alfa de Cronbach de $\alpha = 0.96$, y en muestras mexicanas de adultos, su validez y resultados estadísticos demuestran niveles psicométricos confiables, alcanzando un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.946$ (Robles et al., 2008; Suárez-Máximo et al., 2021).

- La escala se compone de 24 reactivos que detallan la presencia de AS en diversas situaciones cotidianas y el grado de evitación de dichas situaciones.
- Las opciones de respuesta se presentan en formato tipo Likert, evaluando cuatro grados (del 0 al 3):
 - El miedo o ansiedad que provocan las situaciones descritas en cada reactivo (nada: 0, un poco: 1, bastante: 2 y mucho: 3).
 - La frecuencia en la que se evitan dichas situaciones (nunca, 0%: 0, en ocasiones, 1 – 33%: 1, frecuentemente: 33 – 67% y habitualmente: 67 – 100%).

Materiales

1. Consentimiento informado.
2. Hojas blancas tamaño carta.

3. Formatos impresos de evaluación, sociodemográficos, autorregistros y material de técnicas a trabajar en las sesiones de la intervención.
4. Bolígrafos, lápices, marcadores para papel y para pizarrón blanco.
5. Pizarrón blanco.
6. Computadora portátil
7. Proyector y el cableado necesario para su uso.

Procedimiento

Habiendo presentado la intervención al Comité de Ética en la Investigación de la UACJ en tiempo y forma, y recibiendo su aprobación, se procedió inicialmente con el reclutamiento de los potenciales participantes de la muestra. Para contar con individuos que participaron en la intervención, se planteó el ejercicio de difusión de la intervención a través de la invitación directa en aulas tanto del Instituto de Ciencias Sociales (ICSA) como de la División Multidisciplinaria en Ciudad Universitaria (DMCU), con docentes que accedan a permitir la invitación antes mencionada.

Al contar con un número adecuado de candidatos para los grupos muestrales de la intervención, con la información proporcionada y recabada en el cuestionario sociodemográfico vía MS Office® Forms, se estableció contacto con los posibles participantes. Como inicio de la intervención psicoterapéutica, se tomaron en cuenta los casos atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, y que cada participante ya hubiera respondido afirmativamente al consentimiento informado. Luego, se conformaron los grupos; el grupo experimental participó directamente en la intervención desde su implementación, siendo primordialmente estudiantes del ICSA, mientras que el grupo control se conformó por estudiantes de la División

Multidisciplinaria de Ciudad Universitaria (DMCU), quienes no recibieron ningún tipo de tratamiento y su estatus se les indicó como del tipo “lista de espera”.

Intervención

La intervención de elaboración propia (ver Tabla 2) constó de 8 sesiones; la primera de contacto y admisión, y las 7 sesiones restantes siendo grupales de entre 120 a 150 minutos según la etapa de la intervención, y en todas las sesiones el autor del trabajo fungió como el terapeuta del grupo. Durante la sesión de admisión y contacto, se realizó la medición pretest de los participantes seleccionados. La segunda sesión de la intervención, primera sesión grupal, se estableció como introducción a la terapia grupal y al constructo de interés, siendo la AS, sus síntomas y signos experimentados por los participantes. La estructura de la intervención fue una primera sección de introducción, y luego se trabajó con psicoeducación sobre la AS (componentes y dimensiones físicas, cognitivas y conductuales). De igual modo, cada sesión tuvo la siguiente estructura específica: bienvenida, técnica de presentación, integración o lúdica, retroalimentación de trabajos en casa y de sesiones previas, técnica o técnicas principales de la sesión, retroalimentación grupal y cierre.

En las sesiones dos y tres, el trabajo de la intervención se centró en técnicas para el manejo de la activación fisiológica causada por la AS, así como de la presentación de otros elementos asociados a ella. Las sesiones cuatro y cinco correspondieron al trabajo con técnicas de exposición a las situaciones o sensaciones que causan síntomas de ansiedad social, así como el desarrollo de estrategias para contrarrestar las conductas de evitación.

En las sesiones número seis y siete, el trabajo de los participantes de la intervención se enfocó en técnicas de entrenamiento en habilidades sociales; estas fueron desde habilidades

conversacionales, interpersonales a partir de técnicas de modelado y ensayo conductual, hasta las respuestas asertivas en la socialización. Por último, la sesión 8 correspondió al cierre de la intervención, durante la que se llevó a cabo la medición posttest.

Tabla 2*Cronograma de intervención.*

Sesión y tiempo estimado	Objetivos	Metas	Técnicas y/o actividades a implementar en la sesión	Materiales e instrumentos	Constructo o variable operacionalizada al que se aproximan las técnicas utilizadas
1 25 - 45 minutos (aplicación grupal).	Realizar la sesión de contacto inicial y tamizaje con participantes de manera individual para su admisión a la intervención y/o canalización.	Definir la participación de los candidatos para la intervención, así como la consideración de sus resultados en la medición pretest.	Evaluación psicométrica.	Aplicación de instrumentos (SPIN, consentimiento informado y cuestionario sociodemográfico) a participantes de la intervención. Sala o salón amplio, sillas, escritorio(s) o mesa(s).	Ansiedad social, síntomas, signos e indicadores de ansiedad social.
	Medición pretest.	Aplicaciones grupales y entrega de resultados (individual).		Formularios de MINI fobia social, SPIN, CASO-A30, LSAS, computadora portátil.	
2 120 - 130 minutos.	Introducción a la terapia grupal y a la AS.	A través de la presentación al grupo experimental de la información necesaria en cuanto a la AS se implementan técnicas del control de la ansiedad.	Técnica de presentación grupal: dos verdades, una mentira. Presentación del programa terapéutico de intervención y sus pormenores. Presentación: sesión 1. Técnica de ensayo conductual: práctica de atención a la respiración y <i>grounding</i> . Cierre: resumen de la sesión inicial; verbal y escrito (formato).	Sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina. Formato de cierre de sesión inicial. Formatos de la medición pretest interpretados.	Definición y síntomas (signos, indicadores conductuales) de la ansiedad social.

3 130 - 140 minutos.	Retroalimentar sobre la ansiedad social, jerarquizar las situaciones sociales causantes de temor/ansiedad y entrenar la técnica la relajación muscular progresiva (RMP).	Los participantes aprenden, refuerzan y/o integran a su repertorio conductual de manejo de la ansiedad fisiológica la técnica de RMP, y se preparan de este modo para las técnicas de exposición.	Técnica de integración: por definir. Discusión: resumen de la sesión previa. Técnica de modificación y ensayo conductual RMP (3 – 4 grupos musculares). Presentación de técnica: jerarquización de las sensaciones o situaciones sociales temidas (inicio y comentar al respecto en el cierre). Cierre: resumen de la sesión; verbal y escrito (formato).	Sillas, proyector, mesa(s) y/o escritorio(s), computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina, formatos de cierre de sesión. Posible material adicional: mantas, tapetes de ejercicio o elementos “cómodos” (ropa, cojines). Formato de cierre de sesión. Entregar para sesión posterior: Formato de registro de la técnica de RMP. Formato de jerarquización de las sensaciones / situaciones sociales temidas.	Síntomas de ansiedad social, activación psicofisiológica y psicomotriz causadas por ansiedad.
4 130 - 140 minutos.	Retroalimentar de trabajo en casa y temor a la evaluación negativa, exposición de situaciones y sensaciones temidas.	Los participantes aprenden sobre la exposición a las sensaciones o situaciones temidas con el propósito de	Bienvenida y actividad lúdica: juego de mesa. Discusión: retroalimentar la sesión previa y el trabajo en casa. Presentación: psicoeducación sobre exposición a las sensaciones o situaciones y temor a la evaluación negativa. Técnica de exposición: exposición imaginaria a las sensaciones / situaciones sociales (1–4, jerarq.). Resumen de la sesión; verbal y escrito (formato).	Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina. P. 227 del libro “Manual Práctico para el Tratamiento de la Timidez y la Ansiedad Social”. Formato de cierre de sesión. Entregar para sesión posterior: formato de jerarquización con respuestas y autorregistro (exposición a sensaciones / situaciones 1 – 4). Lista de elementos de la jerarquización con mayor detalle.	Ansiedad social, modelo de la ansiedad social; temor a la evaluación negativa; sesgos de atención e interpretación. Autoconcepto; atención, retención, reproducción y motivación; autoeficacia.

5 120 - 135 minutos.	Retroalimentación de temor a la evaluación negativa, trabajo en casa y técnica de exposición.	Los participantes aprenden, desarrollan y repasan las técnicas de exposición a la ansiedad social para enlazar la modificación de la conducta a técnicas de ensayo conductual de <i>role-play</i> .	Bienvenida y técnica integración: por definir. Discusión: retroalimentación de la sesión previa y del trabajo en casa. Técnica de exposición: <i>Role-play</i> de las situaciones sociales / sensoriales que generan ansiedad. Cierre: retroalimentación de la sesión; verbal y escrito (formato). Técnica cognitiva (grupal) y cierre: evaluación de la jerarquización; resumen de la sesión, verbal y escrito (formato).	Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina, formatos de cierre de sesión. Formato de cierre de sesión. Entregar para sesión posterior: Formato de autorregistro modificado de situaciones sociales que causan temor o miedo como exposición.	Temor a la evaluación negativa; atención, retención, reproducción y motivación. Autoeficacia, autorregulación y agenciación.
6 130 – 150 minutos.	Iniciar el entrenamiento en habilidades sociales (HH. SS.): habilidades conversacionales (interpersonales).	Con las técnicas presentadas y desarrolladas en la sesión, los participantes fomentan y refuerzan conductas socialmente efectivas en mayor o menor medida al presentarles las HH. SS., y desarrollar técnicas de observación y auto observación.	Bienvenida y actividad lúdica: juego de mesa. Presentación: qué son las HH. SS.; pautas de conductas interpersonales y percepción social. Técnicas de auto observación y observación: “qué noto al conversar”; habilidades conversacionales (interpersonales). Cierre: retroalimentación de la sesión; verbal y escrito (formato).	Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina, formatos de cierre de sesión. Formato “hoja de evaluación de habilidades conversacionales” (adaptada) (en sesión). Formato de cierre de cierre de sesión. Entregar para sesión posterior.	Autoconcepto, autorregulación y agenciación; habilidades sociales.

7 130 – 150 minutos.	Entrenamiento en HH. SS.: asertividad, modelado y ensayo conductual.	Presentar y llevar a cabo técnicas de asertividad por medio del ensayo conductual, así como un repaso breve por medio del modelado conductual.	Bienvenida y técnica de integración: por definir. Retroalimentación de la sesión previa y de trabajo en casa. Técnica de ensayo conductual: aceptación y oposición asertiva en role play. Cierre: retroalimentación de la sesión; verbal y escrito (formato).	Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina, formatos de cierre de sesión. Formato de cierre de sesión.	Autorregulación y agenciación, habilidades sociales.
8 120 – 140 minutos.	Sesión de cierre.	Bienvenida. Retroalimentación general y grupal sobre la experiencia y resultados personales de la intervención.	Bienvenida y actividad lúdica: juegos de mesa y/o proyección de película. Técnica de cierre. Tiempo de convivencia.	Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina Formatos de cierre general de la intervención.	
	Medición pretest (finalizada la sesión o en un momento posterior).	Entrega de resultados (individual).		Formatos de instrumentos CASO- A30 y LSAS.	

Nota. Técnicas y formatos tomados y/o adaptados de “Entrenamiento de Habilidades Sociales” por J. A. Kelly, Descleé de Brouwer; “Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales”, por V. E. Caballo, Siglo XXI Editores; y “Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social” (2da ed.), por M. M. Anthony y R. P. Swinson, Descleé De Brouwer.

^a Las técnicas de *grounding*, a pesar de que provienen de aplicaciones en la Terapia de Baile y Movimiento (DMT por sus siglas en inglés) como se explica en “Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy” por P. de Tord, y I. Bräuninger (2015), *The Arts in Psychotherapy*, 43, 16-22 (<https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.02.001>.), cuenta con diversas aplicaciones para trastornos de ansiedad y otros que comparten cierta sintomatología y/o indicadores conductuales ansiógenos como el Trastorno por Estrés Postraumático, integrándose así a prácticas en los marcos de los modelos cognitivo conductuales y de técnicas de las terapias de tercera generación, según “10 grounding techniques for anxiety”, E. Vohnoutka y Silvestro, S. (2021). Ro.co. (<https://ro.co/health-guide/grounding-techniques-for-anxiety/>).

Evaluación de la intervención

La evaluación de la intervención y sus efectos se realiza a través de los puntajes y la interpretación de los instrumentos seleccionados y desglosados en el apartado de Instrumentos, tomando en cuenta las posibles diferencias de dichos puntajes en las mediciones pretest y postest. A partir de ello, el tratamiento estadístico de los datos se realiza a través del software IBM® SPSS Statistics 22. Se planteó un análisis de comparación de los puntajes de cada instrumento, determinar si existieron o no cambios posteriores a la intervención.

Resultados

La intervención psicoterapéutica grupal para jóvenes con síntomas de AS se llevó a cabo de febrero a abril del 2024, con una muestra total de $N = 38$. Al realizar el análisis de distribución de los datos, los resultados indicaron una distribución normal de los datos lo que implica que la muestra es apta para la aplicación de análisis estadísticos paramétricos para la evaluación de la intervención por medio de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk (ver Tabla 3).

Tabla 3
Hallazgos de la prueba de normalidad

Mediciones e instrumentos	Grupo	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	GL	Significancia
CASO-A30 pretest	Experimental	.961	15	.707
	Control	.968	23	.645
LSAS pretest	Experimental	.936	15	.338
	Control	.962	23	.498
CASO-A30 postest	Experimental	.965	15	.776
	Control	.960	23	.453
LSAS postest	Experimental	.968	15	.820
	Control	.946	23	.240

Con la finalidad de ubicar las posibles diferencias intragrupo se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas. En la tabla 3 se muestran las diferencias de los puntajes y

sus respectivas comparaciones pretest-postest de cada uno de los grupos y sobre los datos recolectados con el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos-A30 (CASO-A30) y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS); ambos grupos hay una disminución en las medias.

Tabla 4

Resultados descriptivos y del nivel de confiabilidad del análisis estadístico

Prueba y factor / subescala	Grupos control (N = 15) y experimental (N = 23)	Medición	Media	DE	Alfa de Cronbach
		Pretest	Postest	Pretest	
CASO-A30 global	Control	Pretest	102.48	19.75	0.733
		Postest	97.35	19.99	
	Experimental	Pretest	104	17.059	
		Postest	83.27	21.803	
CASO-A30 factor 1	Control	Pretest	18.61	5.176	0.731
		Postest	17.78	5.143	
	Experimental	Pretest	19.53	5.592	
		Postest	14.67	5.525	
CASO-A30 factor 2	Control	Pretest	22.61	4.335	0.62
		Postest	20.26	4.191	
	Experimental	Pretest	22.87	3.662	
		Postest	18.93	5.147	
CASO-A30 Factor 3	Control	Pretest	20.91	5.308	0.691
		Postest	20.7	5.414	
	Experimental	Pretest	20.6	3.869	
		Postest	17.4	4.983	
CASO-A30 Factor 4	Control	Pretest	19.09	4.166	0.69
		Postest	18.96	4.838	
	Experimental	Pretest	20.67	5.512	
		Postest	16.93	6.681	
CASO-A30 Factor 5	Control	Pretest	20.91	5.026	0.86
		Postest	19.65	4.396	
	Experimental	Pretest	19.73	4.949	
		Postest	15.33	4.337	
LSAS global	Control	Pretest	68.7	26.31	0.869
		Postest	64.91	25.587	
	Experimental	Pretest	72.47	21.128	
		Postest	61.33	19.999	
LSAS subescala miedo / ansiedad	Control	Pretest	33.52	14.1	0.801
		Postest	33.17	13.197	
	Experimental	Pretest	35.73	11.247	
		Postest	30.2	11.182	
LSAS subescala evitación	Control	Pretest	35.17	13.162	0.892
		Postest	31.74	13.143	
	Experimental	Pretest	36.73	10.653	
		Postest	31.13	10.162	

Con respecto al análisis de confiabilidad de los instrumentos empleados en la intervención, se destaca la siguiente información. Del CASO-A30 se obtuvieron valores por debajo del rango aceptable del alfa de Cronbach, específicamente en los factores 3, 4 y 5 ($\alpha < 0.70$); la evaluación global, así como los factores 1 y 2 superaron el rango aceptable ($\alpha > 0.70$). De la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, se obtienen rangos aceptables que superan $\alpha = 0.80$ en la escala global y en sus dos subescalas (miedo y ansiedad, evitación) (ver Tabla 4).

En lo referente al grupo control a partir de la comparación de las mediciones pretest-postest a través de la prueba *t* para muestras relacionadas, para el del CASO-A30, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor 2– temor a hacer el ridículo: $t(22) = 2.975, p = 0.007$, con un tamaño del efecto moderado, dado que $d = 0.51$ (Cohen, 1977). y en la subescala de evitación de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de evitación: $t(22) = 2.109, p = 0.047$, con valor de $d = 0.26$ que determina un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1977). El resto de los resultados por el grupo control no se reportan con diferencias estadísticamente significativas, haciendo referencia específicamente a los factores 1, 3, 4 y 5 del CASO-A30, así como a su puntuación global, y también a la subescala de miedo o ansiedad de la LSAS y a su puntaje total (ver Tabla 3).

Por su parte, en el grupo experimental, a partir de la prueba *t* de Student de muestras relacionadas (tabla 3) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las evaluaciones pretest-postest de la medición global del CASO-A30: $t(14) = 3.943, p = 0.001$, y un valor de $d = 1.07$ (tamaño del efecto grande); así como en sus cinco factores: factor 1 – hablar

con desconocidos: $t(14) = 3.536$, $p = 0.003$, con valor de $d = 0.87$ (tamaño del efecto grande); factor 2 – temor a hacer el ridículo: $t(14) = 2.785$, $p = 0.015$, y el valor de $d = 0.89$ (tamaño del efecto grande); factor 3 – temor por interacciones con el sexo opuesto: $t(14) = 2.759$, $p = 0.015$, con valor de $d = 0.72$ (tamaño del efecto moderado) ; factor 4 – temor a hablar en público: $t(14) = 2.662$, $p = 0.019$, con valor de $d = 0.64$ (tamaño del efecto moderado); y el factor 5 – expresión asertiva de molestia: $t(14) = 5.145$, $p = 0.000$, reportando valor de $d = 0.95$ (tamaño del efecto grande). Los resultados de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) de la prueba t de Student para muestras independientes es un caso similar al del instrumento esbozado previamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la siguiente manera; en su puntuación global, el hallazgo del estadístico mencionado fue: $t(14) = 3.386$, $p = 0.004$, con valor de $d = 0.54$ (tamaño del efecto moderado), la subescala de miedo o ansiedad, reportó $t(14) = 2.921$, $p = 0.011$, y un valor de $d = 0.49$; por último, la subescala de evitación obtuvo $t(14) = 3.081$, $p = 0.008$, así como un valor de $d = 0.54$ (tamaño del efecto moderado).

También se aplicó el análisis la prueba t de Student para muestras relacionadas. Los puntajes del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos A30 (CASO-A30), se asumen varianzas iguales de acuerdo con los hallazgos reportados por la prueba de Levene por medición (CASO-A30 pretest: $F = 0.440$, $p = 0.512$; CASO-A30 posttest, $F = 0.54$, $p = 0.818$). En este caso, se encuentra una diferencia significativa en la medición posttest del CASO-A30 $t(36) = -2.048$, $p = 0.048$; el resultado del tamaño del efecto se obtuvo como moderado ($d = -0.68$) de acuerdo con Cohen (1977). Además, en la medición posttest del factor 5 (expresión asertiva de molestia) del CASO-A30, se asumen varianzas iguales por la prueba de Levene de calidad de varianzas (CASO-A30 factor 5 pretest: $F = 0.135$, $p = 0.716$; CASO-A30

postest: $F = 0.60, p = .807$); en este caso, se encuentra también una diferencia estadísticamente significativa: $t(36) = -2.976, p = 0.005$, y esto resulta en un valor de $d = -0.99$, determinando un tamaño del efecto grande (Cohen, 1977). En el resto de los factores del CASO-A30 (1, 2, 3 y 4), así como en la medición global y por subescalas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

La ansiedad social (AS) incluye como característica esencial el marcado temor o angustia frente a una o más situaciones sociales en las que una persona pudiera o no verse involucrada en el escrutinio de otras personas (Morrison & Heimberg, 2013; Rozen & Aderka, 2023). Frente a esta información y la revisada anteriormente, es por lo que se desarrolló un plan de psicoterapia grupal basado multimodal para jóvenes adultos con síntomas de AS.

En general, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental en función de las dimensiones de la AS evaluadas por ambos instrumentos. Además, al comparar los momentos de las mediciones (pretest-postest) el CASO-A30 y su factor 5 - expresión asertiva de molestia, ira o enojo también se reportaron como diferencias estadísticamente significativas. Esto indica que la intervención, como tratamiento para disminuir los síntomas de AS de los participantes de la intervención, fue eficaz; implicando, por ejemplo y de acuerdo con los datos esbozados en los resultados, que quienes participaron en la intervención, reportaron una disminución de síntomas graves a moderados de AS.

Sobre la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz en la subescala de evitación, los participantes del grupo control es en la que reportaron mayor diferencia de puntos del pretest al postest, a pesar de que no fueron diferencias estadísticamente significativas. De acuerdo con los

datos obtenidos en la intervención, se encontraron niveles de ansiedad elevados en el grupo experimental (CASO-A30 pretest, media: 104; LSAS, pretest: 72.48). Estos datos superan los encontrados en otras poblaciones tales como universitarios españoles (Mendo et al., 2016) y en población general de adultos jóvenes de Brasil (Dittz et al., 2015). A nivel mundial, la AS tiene una prevalencia mínima del 5%, hasta el 8.6% hasta el 10% de la población mundial dependiendo el estudio, y a lo largo de la vida se extiende del 8.4 al 15%, iniciando aproximadamente entre los 8 a los 15 años (Beidel et al., 2019; Rose & Tadi, 2022). A su vez, en las últimas dos décadas, hay estudios que la consideran el tercer trastorno mental más común, sólo por detrás de la depresión y la ansiedad (Sareen & Stein, 2000; Stein, 2006). A nivel nacional, estudios en la última década (Cejudo & Fernández, 2015; Marín-Ramírez et al., 2015) encuentran niveles elevados en más del 50% de las muestras abordadas, como lo es en el caso de la intervención, cuyas puntuaciones de moderadas a elevadas superan la mitad de la muestra.

Sobre los resultados obtenidos en los cinco factores y la puntuación global del CASO-A30 y de la escala LSAS y sus dos subescalas (miedo y ansiedad; evitación), se puede resaltar y señalar que la intervención desarrollada, como otras intervenciones enfocadas en emociones, apoyan en una mejor guía y ejercicio terapéutico para el trabajo en la integración emocional, así como en la disminución del deterioro clínicamente significativo de quienes pudieran experimentar síntomas persistentes de AS (Rozen & Aderka, 2023).

En el caso de las intervenciones que abordan la AS (Dittz et al., 2015; Mendo et al., 2016) la intervención psicoterapéutica grupal desarrollado difiere de la cantidad de sesiones. En los trabajos citados se realizan 22 sesiones y se enfoca tanto en el desarrollo de HH. SS. únicamente para la disminución de síntomas de AS, en una muestra de $N = 120$

(aproximadamente; no reportan dato exacto), puesto que se aplicó en población cautiva de universitarias; en la segunda intervención citada, se reporta una $N = 5$ en la muestra se mencionan únicamente las fases del programa: de bienvenida, de habituación, de formación de habilidades y prevención de recaídas/cierre, explicando de manera explícita que se utilizan técnicas de la terapia cognitivo-conductual como los principales elementos del trabajo terapéutico que también se utilizan en la intervención llevada a cabo.

Con respecto al modelo cognitivo conductual de la AS, al encontrar diferencias significativas en los dos instrumentos empleados para las evaluaciones, se presta especial atención a la subescala de evitación de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), ya que lo reportado en los hallazgos con el grupo experimental, indican una aproximación a la distinción y reducción del patrón disfuncional de las conductas de seguridad. Dichas conductas son las que refuerzan negativamente la evitación y el alivio parcial de la AS que tiende a incrementarse conforme las situaciones sociales se evaden con más persistencia, cuyas consecuencias negativas se remiten a evitación de las situaciones de interacción social por muy necesarias que estas sean, déficit de habilidades sociales y comunicativas y un aumento considerable de síntomas ansiosos.

Además, en lo que respecta al Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos A-30 (CASO-A30) y el modelo cognitivo conductual de la AS, en los factores en los que se encuentran diferencias significativas en su evaluación global (síntomas generalizados de AS) y en el factor 5 sugieren que hay cambios en la sobreestimación negativa de la evaluación que quienes integran la muestra pudieran percibir de su propio desempeño social y el cómo se involucran en dichas circunstancias, para regularse a sí mismos a partir de estrategias observadas

y reforzadas socialmente. De este modo, los datos indican que la intervención multimodal para síntomas de AS logró disminuir la presencia dichos síntomas asociados principalmente a evitar las situaciones sociales en las que se involucra la expresión asertiva molestia ira o enfado.

La intervención aborda en el trabajo terapéutico dimensiones que se entienden e integran a partir del aprendizaje social y los elementos encubiertos que se generan a partir de las interacciones con otros. Al respecto, es posible hacer mención de las técnicas utilizadas para el trabajo terapéutico de los participantes dentro y fuera de las sesiones, como el *role-playing* y el modelado conductual (Anthony & Swinson, 2019; Caballo, 2007; Kelly, 2005) llevadas a cabo en la intervención funcionaron a través del entendimiento y aplicación de los principios del aprendizaje observacional y la imitación, por ejemplo, en cuanto al manejo de situaciones socialmente impredecibles, estresantes o percibidas como amenazantes. Además, las técnicas llevadas a cabo pudieron intervenir en creencias sociales asociadas al temor a la evaluación negativa, sesgos de atención e interpretación y la asociación entre estos componentes de la AS y sus conductas observables (Dugyala & Poyrazly, 2021; Gkika et al., 2017; Lee & Hayes-Skelton, 2017).

Ahora, es preciso indicar una serie de limitaciones y explicaciones de los resultados obtenidos en la intervención. De acuerdo con Shadish et al. (2002), y como se observa en los datos obtenidos, uno de los resultados frecuentes de los diseños cuasiexperimentales es que las puntuaciones de los grupos se muevan en la misma dirección. En este caso, otras posibles explicaciones son la maduración y/o el contexto de los participantes, que en este caso fueron estudiantes universitarios en un periodo ordinario semestral con evaluaciones parciales de por medio. Al respecto, se pudo mejorar la plausibilidad de los resultados por medio de dos

mediciones pretest previas a la aplicación de la intervención-lista de espera, situación que no fue posible llevar a cabo el planteamiento en el diseño de la intervención. Tampoco fue posible realizar un proceso de aleatorización. Una alternativa pudo ser emparejar los grupos, sin embargo, este método no fue viable ni aplicable dado debido a la disponibilidad de tiempo de los participantes. Esto aunando a la naturaleza evitativa que genera la AS, que lleva a aquellos individuos que la viven a no buscar que a buscar apoyo y/o atención psicoterapéutica. Pese a estas limitaciones, los resultados de análisis realizados, específicamente las diferencias estadísticamente significativas encontradas a través de la prueba *t* de Student para muestras independientes en la escala CASO-A30 y sus factores (permiten establecer que la intervención tuvo un impacto positivo para la disminución de síntomas de Ansiedad Social en los participantes de la intervención).

Gracias a la información revisada anteriormente, es pertinente realizar propuestas a futuras líneas de investigación. La primera de ellas es conservar el uso de técnicas de exposición y del manejo de la ansiedad a través del modelado y ensayo conductual e incluso ampliar su desarrollo y práctica a más sesiones. Del mismo modo, la intervención y sus resultados sugieren que se lleve a cabo en contextos similares a los que fue aplicada por cuestiones de su duración y estructura, ya sea en contextos académicos, institucionalizados o en los que se tenga acceso a una muestra cautiva.

Conclusión

El objetivo de la intervención planteada fue desarrollar y evaluar un plan psicoterapéutico grupal para intervenir en síntomas de AS de población joven adulta antes y después de la intervención. Continuando con los objetivos particulares, se enfocó en el tratamiento de los

síntomas y signos de AS, se implementó para intervenir en ellos y, por último, se evaluaron los indicadores de la AS en los participantes previa y posteriormente a la implementación de la intervención. En este caso, y de acuerdo con los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos efectuados, se rechaza la hipótesis nula, ya que el plan psicoterapéutico grupal construido para intervenir sobre los indicadores de AS en jóvenes adultos sí tuvo efectos significativos en los grupos en los que se aplicó, y por lo tanto fue efectiva para la disminución de la sintomatología de la Ansiedad Social, específicamente en lo concerniente al temor a expresar molestia y desagrado (CASO-A30 factor 5: expresión asertiva de molestia, enfado o ira) y al miedo y ansiedad generalizados (LSAS puntaje global, subescala de miedo y ansiedad; CASO-A30 global).

Referencias

- Asociación de Psicología Americana (APA). (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, *American Psychological Association*. [Publicación de Página Web].
<https://www.apa.org/ethics/code>
- Asociación de Psiquiatría Americana (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Anthony, M. M., & Swinson, R. P. (2019). *Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social* (2da ed.). Descleé De Brouwer.
- Bados, A. (2017). *Fobia social o trastorno por ansiedad social: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universitat de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115727/1/Fobia%20social.pdf>
- Baeza, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de fobia social. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(2), 127–138.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000200004&lng=pt&tlng=es
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. En D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 213-262), Rand McNally & Company.
- Bandura, A. & Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall Hispanoamericana.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, *44*(9), 1175–1184. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.44.9.1175>

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 248–287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-1](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-1)

Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviews of Psychology*, *52*, 1 – 26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

Balon, R. (2003). Measuring Anxiety. Are we Getting what we Need? *Depression and Anxiety*, *22*, 22-24. <https://doi.org/10.1002/da.20077>

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, *133*(1), 1–24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1>

Beidel, D., Le, T. A., & Willis, E. (2019). Social Anxiety Disorder: An Update on Diagnostics, Epidemiology, Etiology, Assessment, Treatment, Unanswered Questions, and Future Directions. En S. N. Compton, M. A. Villabø & H. Kristensen (Eds.), *Pediatric Anxiety Disorders*, (pp. 201-223). Elsevier Academic Press.

Bravo, M. A. & Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. *Uaricha*, *11*(24), 134–147.
<http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/82/434>

- Bravo, M. A., González, F., Castillo, A. & Padrós, F. (2017). Evidencias de la validez de la versión en español del Inventario de Fobia Social (SPIN). *Universitas Psychologica*, *16*(2), 1–12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.evvi>
- Bruch, M. A., & Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, *8*(2), 155–168. [http://doi.org/10.1016/0887-6185\(94\)90013-2](http://doi.org/10.1016/0887-6185(94)90013-2)
- Buckner, J., Heimberg, R., Ecker, A. & Vinci, C. (2012). A biopsychosocial model of social anxiety and substance abuse. *Depression and Anxiety*, *30*(3), 276–284. <https://doi.org/10.1002/da.22032>
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Siglo XXI Editores.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Robles, R., Arias, B. & Irurtia, M. J. (2016). Validación del Cuestionario de Fobia social para Adultos (CASO) en México. *Revista Mexicana de Psicología*, *33*(1), 30–40. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243056043004>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. & Hofmann, S. G. (2019). Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa IMAS. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, *27*(1), 149–172. <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/04/09.Caballo-27-1EsAL.pdf>
- Carleton, R., Collimore, K., McCabe, R. & Antony, M. (2011). Addressing revisions to the Brief Fear of Negative Evaluation scale: Measuring fear of negative evaluation across anxiety and mood disorders. *Journal of Anxiety Disorder*, *25*(6), 822–828. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.04.002>

Carrasco, M. & Del Barrio, M. (2002) Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes.

Psicothema, 14(2), 323–332.

<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991>

Caumiant, E. P., Fairbarin, C. E., Bresin, K., Rosen, I. G., Luczak, S. E., Kang, D. (2023). Social

Anxiety and Alcohol Consumption: The Role of Social Context. *Addictive Behaviors*,

143, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107672>.

Cazalla-Luna, N. & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia

en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, (10), 43–64.

<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991>

Cejudo, R. & Fernández, A. (2015). Fobia social: un fenómeno incapacitante. *Revista*

Electrónica de Psicología Iztacalca, 18(2), 836-851.

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/view/50791>

Centros de Integración Juvenil. (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el*

inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Centros de Integración

Juvenil A. C. <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>

Chacón, C. T. (2005) Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de

inglés. *Acción Pedagógica*, 15(1), 44–54.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. Heimberg, M.

Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment,*

and treatment (pp. 69–93). Guilford Press.

- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and intervention relating to the self and shyness* (pp. 405–430). John Wiley & Sons, Ltd.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (revised ed.). Academic Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 176(4), 379–386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Davidson, J., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Ford, S. M., Ranga Rama Krishnan, K., Smith, R. D., & Wilson, W. H. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 48–51. <https://doi.org/10.1037/t07672-000>
- Den Boer, J. A. (2000). Social Anxiety Disorder/Social Phobia: Epidemiology, Diagnosis, Neurobiology, and Treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 405–415. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16564>
- de Tord, P., & Bräuninger I. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 43, 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.02.001>.
- Dittz, C. P., Stephan, F., Gomes, D. A. G., Badaró, A. C., & Lourenço, L. M. (2015). A terapia cognitivo-comportamental em grupo no Transtorno de Ansiedade Social. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(3), 1061–1080.

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300016&lng=pt&tlng=
- Dugyala, M., & Poyrazli, S. (2021). Social Anxiety, Depression, Coping Self-Efficacy, and Coping Strategies among College Students. *Psycho-Educational Research Reviews*, 10(3), 411–425. https://doi.org/10.52963/PERR_Biruni_V10.N3.26
- El Heraldo del Noroeste. (11 de abril de 2018). Padecen ansiedad diez de cada 100 estudiantes. *El Heraldo de Chihuahua*. Recuperado de: <https://www.elheraldodechihuahua.com.mx/local/noroeste/padecen-ansiedad-diez-de-cada-100-estudiantes-1606534.html>
- Falanga, R., De Caroli, M. E., & Sagone, E. (2012). Relationship between self-efficacy and self-concepts in university students. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 227-233.
- Faytout, M., Tignol, J., Swendsen, J., Grabot, D., Aouizerate, B & Lépin, J. P. (2007). Fobia social, temor a la evaluación negativa y evitación del daño. *European Psychiatry (Ed. Española)*, 14(6), 292–296. <https://doi.org/10.1017/S1134066500004203>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gilbert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión 5.0.0. en Español*. Sheehan DV & Lecrubier Y.
- Fink, M., Akimova, E., Spindelegger, C., Hahn, A., Lanzenberger, R., & Kasper, S. (2009). Social anxiety disorder: epidemiology, biology and treatment. *Psychiatria Danubia*, 21(4), 533–542. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol21_no4/dnb_vol21_no4_533.pdf

- Flores, R. (2021). *Programa cognitivo conductual para la fobia social en adolescentes de nivel secundario en la ciudad de Chiclayo*. [Tesis de maestría]. Universidad señor de Sipán.
<https://hdl.handle.net/20.500.12802/8303>
- Friend, R. M., & Gilbert, J. (1973). Threat and fear of negative evaluation as determinants of locus of social comparison. *Journal of Personality*, 41(3), 328–340.
<https://doi:10.1111/j.1467-6494.1973.tb00097.x>
- Frost, D., Madero, A., Salomon, S.M., Velasco, D.M., Riveros E.F., y Méndez, C. (2021). Efecto de una guía de intervención grupal en las habilidades sociales, en una muestra de adolescentes colombianos. *Informes Psicológicos*, 21(2), 125-143.
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v21n2a08>
- Gaitán-Rossi, P., Villar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de la ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud pública en México*, 63(4), 478–485. <https://doi.org/10.21149/12257>
- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1–33.
<https://doi.org/10.1146/annurev.so.08.080182.000245>
- Gioia, D. A. & Manz, C. C. (1985). Linking Cognition and Behavior: A Script Processing Interpretation of Vicarious Learning. *Academy Of Management Review*, 10(3). 527-539.
<https://doi.org/10.5465/amr.1985.4278987>
- Gkika, S., Wittkowski, A., & Wells, A. (2018). Social cognition and metacognition in social anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 10–30.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2127>

González, V. (1 de septiembre de 2021). Conoce más sobre la fobia social y sus efectos físicos y mentales. *El Heraldo de Chihuahua*.

<https://www.elheraldodechihuahua.com.mx/local/chihuahua/conoce-mas-sobre-la-ansiedad-social-y-sus-efectos-fisicos-y-mentales-uach-chihuahua-7158167.html>

Grusec, J. E. (1992). Social Learning Theory and Developmental Psychology: The Legacies of Robert Sears and Albert Bandura. *Developmental Psychology*, 28(5), 776–786.

http://www.asecib.ase.ro/mps/JoanEGrusec_SocialLerningThory.pdf

Grusec, J. E. (2020). Social Learning Theory. En J. Benson (Ed.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (2da ed), (pp. 221–228). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.23568-2>

Ham, L. S., Bonin, M. & Hope, D. A. (2007). The Role of Drinking Motives in Social Anxiety and Alcohol Use. *Journal of Anxiety Disorders* 21(8). 991–1003.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.10.014>

Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating behaviors*, 4(2), 117–126. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00016-3](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00016-3)

Hofmann, S. G. & DiBartolo, P. M. (Eds.). (2014). *Social Anxiety: Clinical, developmental and social perspectives* (3ra ed.). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2011-0-06934-X>

Hunt, L. (2019). *Social Anxiety and Fear of Evaluation in Middle Schoolers*.

[Tesis de Maestría]. Eastern Illinois University. <https://thekeep.eiu.edu/theses/4455>

- Itani M. H., Eltannir, E., Tinawi, H., Daher, D., Eltannir, A., & Moukarzel A. A. (2021) Severe Social Anxiety Among Adolescents During COVID-19 Lockdown. *Journal of Patient Experience*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.1177/23743735211038386>
- Jiménez-López, L. & Jurado, S. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 6(1), 37–50. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v6.1.47601>
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(417), 85–94. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.6.x>
- Kelly, J. A. (2002). *Entrenamiento de habilidades sociales*. Descleé de Brouwer.
- Kindred, R., & Bates, G.W. (2023). The Influence of the COVID-19 Pandemic on Social Anxiety: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1–28. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032362>
- Kocovski, N. L. & Endler, N. S. (2000). Social Anxiety, Self-Regulation, and Fear of Negative Evaluation. *European Journal of Personality*, 14(4), 374–358. [https://doi.org/10.1002/1099-0984\(200007/08\)14:4%3C347::AID-PER381%3E3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1099-0984(200007/08)14:4%3C347::AID-PER381%3E3.0.CO;2-7)
- Laposa, J. M., Cassin, S. E. & Rector, N. A. (2010). Interpretation of positive social events in social phobia: An examination of cognitive correlates and diagnostic distinction. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 203–210. <https://doi:10.1016/j.janxdis.2009.10.009>

- Lee, C. S., & Hayes-Skelton, S. A. (2018). Social Cost Bias, Probability Bias, and Self-Efficacy as Correlates of Behavioral Action in Social Anxiety. *Behavior Modification*, 42(2), 175–195. <https://doi.org/10.1177/0145445517720447>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. En D. F. Klein, T. A. Ban., P. Pichot & W. Pöldinger (Eds.), *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, (pp. 141–173). Karger Basel, AG & New York Psychiatric Institute. <https://doi.org/10.1159/000414022>
- Marín-Ramírez, A., Martínez-Díaz, G. & Ávila-Avilés, J. (2015). Detección de sintomatología de fobia social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 26(1), 23–31. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v26i1.5>
- Martin, J. (2004). Self-Regulated Learning, Social Cognitive Theory, and Agency. *Educational Psychologist*, 39(2), 135–145. http://dx.doi.org/10.1207/s15326985ep3902_4
- Masia, C. L. & Chase, P. N. (1997). Vicarious learning revisited: a contemporary behavior analytic interpretation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(1), 41–51. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(96\)00042-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(96)00042-0)
- McLeod, S. (2023) Albert Bandura – Social Learning Theory, *Simply Psychology*. [Publicación de página web]. <https://www.simplypsychology.org/bandura.html>
- McNeil, D. W., & Randall, C. L. (2014). Conceptualizing and describing social anxiety and its disorders. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3rd ed., pp. 3–26). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00001-7>
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y

- uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1–16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
- Mendo, S., del Barco, B. L., Felipe, E. & Polo del Rio, M. I. (2016). Entrenamiento en habilidades sociales en el contexto universitario: Efecto sobre las habilidades sociales para trabajar en equipos y la ansiedad social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(3), 423–438.
- <https://www.behavioralpsycho.com/producto/entrenamiento-en-habilidades-sociales-en-el-contexto-universitario-efecto-sobre-las-habilidades-sociales-para-trabajar-en-equipos-y-la-ansiedad-social/>
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61(1), 10–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.1.10>
- Mizzi, S., Pedersen, M., Lorenzetti, V., Heinrichs, M. & Labuschagne, I. (2022). Resting-state neuroimaging in social anxiety disorder: a systematic review. *Molecular Psychiatry*, 27, 164–179. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01154-6>
- Montelongo, R. V., Lara, A. C., Morales, G., y Villaseñor, S. J. (2005). Los transtornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2–11.
- https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Montero, M. C. (2018). *Evaluación e Intervención Psicológica en un caso de Ansiedad Social*. [Tesis de Maestría]. Universidad de Jaén.
- <https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/14062/1/TFM%20MCristina%20Montero%20Fernandez.pdf>

Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorders.

Annual Reviews of Clinical Psychology, 9, 249–274. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631>

Muñoz, J. P. & Alpízar, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social.

Revista Cúpula, 30(1), 40–47.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades*.

Estadísticas de morbilidad y mortalidad 11.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*.

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.

Pan American Health Organization. (2022). *Anxiety Disorders*. [Publicación de página web].

<https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-2>

Pattyn, E., Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use.

Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology, 50, 1089–1095.

<https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x>

Peña-Salas, G., Bareño, J., Berbesi D., & Gaviria S. (2014). Prevalencia de abuso y dependencia

de alcohol en adultos con fobia social en Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 66–72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.011>

- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00022-3)
- Rentería, M. E. (2018). Salud Mental en México, *Notas INCyTU*, 007. [Nota]. 1–6. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M. A., & Páez, F. (2008). Fobia social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54–62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328008>
- Rodríguez, V. S. (2020). *Estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la fobia social en adolescentes de una institución educativa*. [Tesis de Maestría]. Universidad Señor de Sipán. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6898>
- Rose G. M., & Tadi, P. (25 de octubre de 2022) Social Anxiety Disorder, *StatPearls Publishing*. [Publicación en página web]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A., & Chaloff, J. (1991). Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 5–9. <https://psycnet.apa.org/record/1992-12992-001>
- Rozen, N. & Aderka, I. A. (2023). Emotions in social anxiety disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 95. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102696>

- Sackl-Pammer, P., Jahn, R., Özlu-Erkilic, Z., Pollack, E., Ohmann, S., Schwarzenberg, J., Plenner, P. & Akkaya-Kalayci, T. (2019). Social anxiety disorder and emotion regulation problems in adolescents. *Children Psychiatry and Adolescent Mental Health*, 13(38), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0297-9>
- Sanabria, H. (2008). El ser humano, modelo de un ser. *Educere*, 12(42), 471–480. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35614569007>
- Sareen, L., & Stein, M. (2000). A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs*, 59(3), 497–509. <https://doi.org/10.2165/00003495-200059030-00007>
- Schry, A. M. & White, S. W. (2013). Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2690–2706. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.014>
- Selbing, I. & Olsson, A. (2019). Anxious behaviour in a demonstrator affects observational learning. *Scientific Reports* 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-45613-1>
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton, Mifflin and Company.
- Sierra, J. C, Zubiedat, I., & Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Malestar E Subjetividade / Fortaleza*, 6(2), 472–517. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v6n2/10.pdf>
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Guia de Práctica Clínica*. México.
- Sosa, L. (18 de febrero 2024). Padecen chihuahuenses altos niveles de ansiedad y depresión. *El*

- Diario*. [Publicación de periódico en línea]. <https://diario.mx/juarez/2024/feb/18/padecen-chihuahuenses-altos-niveles-de-ansiedad-y-depresion-994156.html>
- Stajkovic, A. D. & Luthans, F. (2002). Social cognitive theory and self-efficacy: Implications for motivation theory and practice. En R. M. Steers, L. W. Porter, & G. A., Bigley (Eds.), *Motivation and Work Behavior* (7ma ed., pp. 126–140).
- Staudt, M. A., Stortti, M. A., Thomaé, V. M. N. & Morales, S. M. (2006). Fobia social: una enfermedad discapacitante cada vez más frecuente. *Revista de Posgrado de Via Cátedra de Medicina*, (15), 15–19. https://med.unne.edu.ar/revistas/revista155/5_155.pdf
- Stein M. B. (2006). An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(12), 3–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17092189/>
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). *Social anxiety disorder*. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125. [https://doi:10.1016/s0140-6736\(08\)60488-2](https://doi:10.1016/s0140-6736(08)60488-2)
- Suárez-Máximo, J. D., Mondragón, E. J., & Ayala-Zuluaga, J. E. (2021). Ansiedad en el licenciado de enfermería del estado de Puebla en tiempo de pandemia COVID-19. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*, 14(2), 50-59. <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27216/ansiedad-en-el-licenciado-de-enfermeria-del-estado-de-puebla-en-tiempo-de-pandemia-covid-19/>
- Tintaya-Condori, P. (2015). Operacionalización de las variables psicológicas. *Revista de Investigación Psicológica*, (13), 63–78. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322015000100007&lng=es&tlng=es.

- Trull, T. & Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Editoriales Paraninfo.
- Vohnoutka E. & Silvestro, S. (2021). 10 grounding techniques for anxiety. *Ro.co*. Recuperado de: <https://ro.co/health-guide/grounding-techniques-for-anxiety/>
- Wong, J., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2014). Cognitive-Behavioral Models of Social Anxiety Disorder. En J. W. Weeks (Ed.) *The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder* (1 ed.), (pp. 3–23). John Wiley & Sons, Ltd.
- Zaldívar, D. F. (1994). Entrenamiento asertivo, aprendizaje social y entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Cubana de Psicología*, 12(2-3), 99–107.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v11n2-3/01.pdf>

Anexos

Anexo 1 – Carta de consentimiento informado.

Carta de consentimiento informado

A través de este documento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación “Intervención Psicoterapéutica Grupal Para Jóvenes con Síntomas de Ansiedad Social” que tiene como objetivo evaluar la efectividad de un plan psicoterapéutico de intervención basado la teoría social cognitiva en modalidad grupal para personas con síntomas asociados a ansiedad social, como parte del desarrollo de tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología, del lic. Alfonso Misael Orozco De la Cruz, por parte de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Su participación consistirá en que acuda a 8 sesiones de entre 120 y 165 minutos, **una sesión de contacto inicial y tamizaje (en la que se abordará también la recolección de datos para la evaluación), y 7 de terapia**, durante las que responderá en cuatro instrumentos de evaluación, además de participar en las prácticas de un taller llevado a cabo en las instalaciones de la UACJ.

Los riesgos que se pueden derivar de los procedimientos son: a) ninguno que atente directamente contra su integridad física, psicológica o social, sin embargo, se contará con personal capacitado en el manejo y contención de crisis y primeros auxilios psicológicos en caso de que esto sea requerido.

El estudio presenta los siguientes beneficios: **1. La participación no se restringe a lo económico (gratuita). 2. La intervención brinda recursos personales y prácticos para el incremento o la mejora de las Habilidades Sociales y así contrarrestar el malestar causado por los síntomas de fobia social que experimenten.**

Los investigadores se comprometen a **manejar toda información sensible de manera CONFIDENCIAL en todo momento, atención personalizada en caso de que así se requiera para la resolución de dudas o aclaraciones**, y así mismo **la entrega de los resultados y la información necesaria con respecto a la intervención y su evaluación** sin que signifique gasto alguno por su participación.

“Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Se me ha garantizado que **se protegerá la privacidad con el uso de números de folio y no con mi nombre real como participante en la comunicación de los resultados**; es decir, mis datos y resultados se manejarán de forma **CONFIDENCIAL**; los resultados mencionados **podrán ser usados por los investigadores para fines académicos y/o de publicación científica, protegiendo en todo momento la confidencialidad de mis datos personales y mi anonimato**. Además, se me ha informado sobre mi **derecho a solicitar la destrucción o el anonimato de los registros o partes de registros que pudieran considerarse particularmente delicados, como fotografías, cintas de video o de audio, en cuanto a la ley de Transparencia y protección de datos personales de sujetos obligados**.

También, se me ha informado que en caso preguntas, comentarios o conocer los resultados de mis evaluaciones puedo comunicarme con los responsables del proyecto: el maestrante Misael Orozco al correo electrónico al228476@alumnos.uacj.mx, o con la dra. Ana Del Refugio Cervantes, al correo electrónico ana.cervantes@uacj.mx.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha de _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.”

Nombre, firma y/o huella digital del/de la participante.

Nombre y firma del investigador: _____

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la **Dra. Gwendolyne Peraza Mercado** y/o **Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez**, presidente y secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx

Anexo 2 – Cuestionario sociodemográfico.

Folio: _____ Nombre (e iniciales; Nombre A. A.). _____

Edad: _____ Ocupación / ocupaciones: _____

Sexo: _____ Grado de estudios actual o más reciente: _____

Según corresponda en tu caso, por favor marca “Sí” o “No” en las siguientes afirmaciones:

- Actualmente estoy recibiendo psicoterapia de forma individual: Sí ____ No ____.
- Actualmente recibo tratamiento de psicofármacos por parte algún profesional en las áreas de neurología, psiquiatría o medicina general: Sí ____ No ____.
- Se me ha diagnosticado recientemente con uno o más trastornos: Sí ____ No ____.
- Se me ha diagnosticado recientemente con uno o más padecimientos crónico degenerativos que requieren tratamiento y/o seguimiento: Sí ____ No ____.
 - ¿Cuál? (opcional):

Anexo 3 – Módulo del trastorno de ansiedad social de la Entrevista Neuropsiquiátrica

Internacional MINI.

¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	SÍ	NO
¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	SÍ	NO
¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	SÍ	NO
¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	SÍ	NO

Anexo 4 – Inventario Breve de Fobia Social SPIN

Por favor, evalúa en qué medida los siguientes problemas te han molestado durante la última semana. Haz una sola marca para cada situación y asegúrate de contestar todos los ítems.

	Para nada 0	Apenas 1	Un poco 2	Mucho 3	Extremadamente 4
1. Tengo miedo a las personas de autoridad.	0	1	2	3	4
2. Me molesta ruborizarme frente a la gente.	0	1	2	3	4
3. Las fiestas y los eventos sociales me asustan.	0	1	2	3	4
4. Evito hablar con personas que no conozco.	0	1	2	3	4
5. Temo mucho ser criticado/a.	0	1	2	3	4
6. El miedo al ridículo hace que evite hacer cosas o hablarle a la gente.	0	1	2	3	4
7. Transpirar frente a la gente me molesta.	0	1	2	3	4
8. Evito ir a fiestas.	0	1	2	3	4
9. Evito actividades en las cuales yo soy el centro de atención.	0	1	2	3	4
10. Me asusta hablar con extraños.	0	1	2	3	4
11. Evito tener que dar discursos.	0	1	2	3	4
12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado.	0	1	2	3	4
13. Cuando estoy rodeado de gente tengo palpitaciones.	0	1	2	3	4
14. Tengo miedo de hacer cosas cuando alguien puede estar mirando.	0	1	2	3	4
15. El ridículo o pasar por tonto/a son mis peores miedos.	0	1	2	3	4
16. Evito hablar con personas de autoridad.	0	1	2	3	4
17. Temblar o agitarme frente a otros es angustiante para mí.	0	1	2	3	4

Anexo 5 – Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO) A30.

A continuación, se presenta una serie de situaciones sociales que le pueden producir *malestar, tensión o nerviosismo* en mayor o menor grado. Por favor, responde según el número que mejor lo refleje según la escala que se presenta más abajo.

En el caso de no haber vivido alguna de las situaciones, imagínese cuál sería el grado de *malestar, tensión o nerviosismo* que le ocasionaría y responde según el número correspondiente.

Grado de malestar, tensión o nerviosismo				
Nada o muy poco 1	Poco 2	Medio 3	Bastante 4	Mucho o muchísimo 5

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar y hágalo de manera sincera; no se preocupe porque **no** existen respuestas correctas o incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a.	1	2	3	4	5
2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido.	1	2	3	4	5
3. Hablar en público.	1	2	3	4	5
4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo.	1	2	3	4	5
5. Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto.	1	2	3	4	5
6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto.	1	2	3	4	5
7. Participar en una reunión con personas de autoridad.	1	2	3	4	5
8. Hablar con alguien y que no me preste atención.	1	2	3	4	5
9. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer.	1	2	3	4	5
10. Hacer nuevos amigos.	1	2	3	4	5
11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos.	1	2	3	4	5
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión.	1	2	3	4	5
13. Mantener una conversación con una persona que acabo de conocer.	1	2	3	4	5
14. Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo.	1	2	3	4	5

15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco.	1	2	3	4	5
16. Que me gasten una broma en público.	1	2	3	4	5
17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones.	1	2	3	4	5
18. Que me pregunte un profesor en una clase o un superior en una reunión.	1	2	3	4	5
19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer.	1	2	3	4	5
20. Que una persona que me atrae me pida que salga con él/ella.	1	2	3	4	5
21. Equivocarme delante de la gente.	1	2	3	4	5
22. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona.	1	2	3	4	5
23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta.	1	2	3	4	5
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal.	1	2	3	4	5
25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos.	1	2	3	4	5
26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo.	1	2	3	4	5
27. Sacar a bailar a una persona que me atrae.	1	2	3	4	5
28. Que me critiquen.	1	2	3	4	5
29. Hablar con un superior o persona de autoridad.	1	2	3	4	5
30. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerle mejor.	1	2	3	4	5

Anexo 6 – Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

A continuación, hay una lista de situaciones que pudieran generarte miedo o ansiedad, y además, que sea posible que las evites con cierta frecuencia. En cada enunciado, responde según las siguientes opciones:

Miedo o ansiedad:	Evitación:	
0. Nada de miedo o ansiedad. 1. Un poco de miedo o ansiedad. 2. Bastante miedo o ansiedad. 3. Mucho miedo o ansiedad.	0. Nunca lo evito (0%). 1. En ocasiones lo evito (1-33%). 2. Frecuentemente lo evito (33-67%). 3. Habitualmente lo evito (67-100%).	
	Miedo o ansiedad:	Evitación:
1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas.		
2. Participar en grupos pequeños.		
3. Comer en lugares públicos.		
4. Beber con otras personas en lugares públicos.		
5. Hablar con personas que tienen autoridad.		
6. Actuar, hacer una representación o dar una charla en público.		
7. Ir a una fiesta.		
8. Trabajar mientras le están observando.		
9. Escribir mientras le están observando.		
10. Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado.		
11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado.		
12. Conocer a gente nueva.		
13. Orinar en servicios públicos.		
14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada.		
15. Ser el centro de atención.		
16. Intervenir en una reunión.		
17. Hacer un examen, test o prueba.		
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce.		

19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado.		
20. Exponer un informe frente a un grupo.		
21. Intentar “ligarse” a alguien.		
22. Devolver una compra a una tienda.		
23. Dar una fiesta.		
24. Resistir la presión de un vendedor muy insistente.		

Anexo 9 - Registro de la práctica “atención a la respiración” (AR) + Grounding (G).

Registro de la práctica “atención a la respiración” (AR) + <i>Grounding</i> (G).			
Datos de identificación:		Del día:	al día:
Fecha y hora	Técnica usada (anotar AR o G, o ambas) y duración aproximada	Pensamientos y sensaciones físicas / emociones ANTES de la práctica.	Pensamientos y sensaciones físicas / emociones DESPUÉS de la práctica.

El **grounding**, en español, podemos traducirlo como "tomar tierra" o "aterrizar". En otras palabras, sirve cuando necesitamos centrarnos en el momento presente en caso de que la ansiedad empiece a afectarnos.

Los pasos son los siguientes:

1. Voltea a tu alrededor y elige **5 cosas puedes ver** en ese momento; por ejemplo, un teclado, una ventana, una puerta, una computadora, celular, una nube, un coche llamativo en el camino o a través de la ventana. Intenta ver y distinguir tantos detalles como puedas.
2. Ahora identifica **4 cosas puedes tocar**. El objetivo es que puedas darles alcance y sentir la textura que tienen; por ejemplo, puedes fijarte en el tacto y textura de la camiseta o blusa que llevas puesta, el asiento que tengas, tu teléfono o hasta tu propio cabello.
3. Después, pon atención en **3 cosas puedes escuchar**. Por ejemplo, el ruido del sistema de climatización, el claxon de un coche, ladridos de perros a lo lejos, el andar de una moto, el canto de algún ave que esté lo suficientemente cerca como para que le escuches.
4. A continuación, **analiza 2 olores que puedas identificar**. Puedes fijarte en el perfume, agua de baño o crema corporal que usas; el plástico de tu carpeta o el olor de las hojas de tu cuaderno o libreta; cualquier olor que alcances a distinguir es útil.
5. Finalmente, y después de realizar lo anterior, enfócate en **1 cosa que puedas saborear**. Puede ser un caramelo o chicle que tengas, o incluso pensar en el sabor de la crema dental que usaste, el desayuno que comiste, la bebida que tomas o tomaste antes; cualquier sabor que puedas degustar en el momento.

Anexo 10 – formato de jerarquización.**JERARQUIZACIÓN DE LAS SITUACIONES / SENSACIONES TEMIDAS EN
SITUACIONES SOCIALES**

En este formato, ordenarás de menor (1) a mayor (10) situaciones que comúnmente te malestar (ansiedad, temor, nerviosismo). Puedes escribir experiencias que sí has tenido, o escenarios que te imaginas o no has vivido, pero que aun así te hacen sentir preocupación. Las situaciones o sensaciones que **menos ansiedad te generan**, escríbelas en las posiciones **1 al 4** según aumente tu malestar; las que te generen una **ansiedad que consideres moderada**, enlístalas **del 5 al 7**; por último, las sensaciones o situaciones (reales o imaginadas) que te **más angustia o preocupación te generen**, detállalas entre las posiciones del **8 al 10**.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Anexo 12.1 – Autorregistro de situaciones o situaciones sociales temidas.

FORMATO DE AUTORREGISTRO ABC DE LAS SENSACIONES / SITUACIONES SOCIALES TEMIDAS

En este formato, la instrucción es que registres según la información que se indica en cada columna, registra cualquier situación que hayas descrito en el formato de la **jerarquización** que experimentes en la semana. Si te quedas sin espacio; sigue el mismo esquema atrás de la hoja.

a. Situación que genera malestar (contexto de lo que sucede y causa ansiedad; añadir fecha y hora)	b. Conducta (qué hago o qué impulsos identifico; qué hago, <i>quiero</i> o <i>evito</i> hacer).	c. Pensamientos (qué ideas o recuerdos vienen a mi mente; cuál es el contenido de mis pensamientos).	d. Emoción y reacciones físicas (qué siento en mi cuerpo; qué emociones identifico).	e. Qué sucedió luego; consecuencias de la situación registrada; resultados positivos o negativos.

Anexo 12.2 – Lista de situaciones para práctica de la técnica de *role play*.

Ahora, por favor, añade información según tu propio formato de la “Jerarquización Sensaciones o Situaciones Temidas”, **dos** sensaciones o situaciones que te generen **ansiedad mínima o leve**, **dos** que te generen **ansiedad moderada**, y al menos **una** que te produzca **muchísima ansiedad** para explicarlas y dar detalles tanto como sea posible. Lo importante es que elijas esas situaciones según la capacidad o habilidad con las que las hayas resuelto y te sintieras mejor (con menos ansiedad) después con su resultado, o bien, los escenarios imaginarios que consideres ser capaz de resolver o manejar a pesar de los síntomas de ansiedad que te genera el sólo pensar en ellos.

Situación / sensación (1-4) _____ de la jerarquización. ¿Qué te ha servido o te serviría para enfrentar esta situación? ¿Cuánta ansiedad te genera?
Situación / sensación (1-4) _____ de la jerarquización. ¿Qué te ha servido o te serviría para enfrentar esta situación? ¿Cuánta ansiedad te genera?
Situación / sensación (5-7) _____ de la jerarquización. ¿Qué te ha servido o te serviría para enfrentar esta situación? ¿Cuánta ansiedad te genera?
Situación / sensación (5-7) _____ de la jerarquización. ¿Qué te ha servido o te serviría para enfrentar esta situación? ¿Cuánta ansiedad te genera?
Situación / sensación (8-10) _____ de la jerarquización. ¿Qué te ha servido o te serviría para enfrentar esta situación? ¿Cuánta ansiedad te genera?

Anexo 13 – Autorregistro actualizado de situaciones/sensaciones sociales temidas.

FORMATO DE AUTORREGISTRO ABC DE LAS SENSACIONES / SITUACIONES SOCIALES TEMIDAS (ACTUALIZADO)

En este formato, la instrucción es que registres según la información que se indica en cada columna, cualquier situación que hayas descrito en el formato de la **jerarquización** que experimentes en la semana. Ahora, agrega información sobre alternativas y/o resultados distintos en caso de que los obtengas, si te es posible que has aprendido en las sesiones anteriores.

a. Situación que genera malestar (contexto que causa ansiedad; añadir fecha y hora)	b. Conducta (qué hago o qué impulsos identifico; qué hago, <i>quiero</i> o <i>evito</i> hacer).	c. Pensamientos (qué ideas o recuerdos vienen a mi mente).	d. Emoción y reacciones físicas (qué siento en mi cuerpo; qué emociones identifico).	e. Pensamientos o conductas alternativas a lo que antes pensaba o hacía.	e. Qué sucedió luego; consecuencias de la situación registrada; resultados iguales, positivos o negativos.

Anexo 14 – Formato de evaluación de las habilidades conversacionales.

EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES CONVERSACIONALES

Nombre:

Fecha:

Sesión:

Tema y/o situación de la conversación:

Duración de la interacción: _____ minutos.

CONDUCTAS COMPONENTES DE LAS HABILIDADES CONVERSACIONALES

1. Contacto visual (razón aproximada de contacto visual en relación con el tiempo total que estuve conversando).

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Hubo poco contacto visual							El contacto visual fue constante			

2. Afecto (adecuación de la reciprocidad social y emocional; se responde de forma congruente a la conversación, el contexto que tiene y el contexto de la conversación en sí misma).

1	2	3	4	5	6	7
Hubo poca reciprocidad social y emocional, o fue más inadecuada que adecuada.				Hubo suficiente reciprocidad social y emocional, o fue más adecuada que inadecuada.		

3. Duración de la conversación (simulada): _____ segundos.

4. Preguntas conversacionales (número de veces que el cliente formula una pregunta conversacional con su interlocutor/a):

Recuento: _____ Total: _____

5. Frases de auto evaluación (de veces que el cliente emite una frase que revela información adecuada su interlocutor/a):

Recuento: _____ Total: _____

6. Comentarios reforzantes / cumplidos (número de veces que el cliente hace un comentario reforzante para el interlocutor o le hace un cumplido)

Recuento: _____ Total: _____

7. Otros componentes (elementos) evaluadas (cualquier otra conducta poco deseable y/o inadecuada que surja y pueda examinarse).

Definición, descripción de la conducta: _____

Recuento de frecuencia o valoración: _____

Anexo 15 – Formato de cierre de la intervención.

Formato de cierre de la intervención

1. ¿Qué problemas tienes o tuviste conforme asististe a estas sesiones?

2. ¿Para qué te sirvió la intervención? ¿qué cosas cambiaron en ti, en cómo te sentías antes y cómo te sientes ahora? Explica tanto como lo desees.

3. ¿Qué fue lo que más te gustó? ¿qué fue lo que menos te gustó? Puede ser de la intervención, del terapeuta o de cualquier otra cosa.

4. Según la siguiente escala: 1 (“no sé, para nada o muy pocas cosas” al 10 (“servirá mucho”), ¿qué tanto te servirá lo que se trabajó en estas sesiones?

Anexo 16 – Procedimiento de la intervención por sesión (manual).

Sesión 1: contacto, tamizaje y admisión a la intervención.

Tiempo aproximado de la sesión: 30 – 45 minutos.

Objetivo: Realizar la sesión de contacto inicial y tamizaje con participantes de manera individual para su admisión a la intervención y/o canalización.

Materiales: aplicación de instrumentos impresos para la observación previa (consentimiento informado y cuestionario sociodemográfico; formulario en línea de MINI del trastorno de ansiedad social, SPIN, CASO-A30, LSAS) (ver Anexo 1 a Anexo 6) a participantes de la intervención.

Materiales: sala amplia o salón, sillas, escritorio(s) o mesa(s); internet, proyector y computadora portátil.

Procedimiento: se acude a grupos de distintas carreras y campus de la UACJ para hacer la invitación directa e indirecta (“para familiares, amigos o conocidos que de quien ustedes perciban cierto temor a las diferentes situaciones sociales”, p. ej.) a la intervención con calidez y educación, procurando establecer confianza y un ambiente de empatía. Después se le explican los detalles del consentimiento informado y aspectos generales de su participación en la intervención grupal. En su caso, después de que firme el consentimiento informado, se lleva el llenado de los formatos del cuestionario sociodemográfico, el instrumento MINI en su sección del trastorno de AS y las escalas SPIN, CASO-A30 y LSAS para que los resuelva. Cuando concluya, se le solicita que revise si no dejó algún reactivo / ítem sin contestar, para posteriormente indicarle bajo qué circunstancias se le estaría contactando para su participación en la intervención o su canalización a alguna institución, en caso de que el/la participante así lo soliciten.

Se plantea también el uso de formularios en línea en los que es posible adaptar y construir los instrumentos que se utilizarán para el registro y la selección de los participantes de la intervención. Aunque la aplicación sea en un formulario en línea, la invitación continuará de forma directa y presencial.

Sesión 2: Psicoeducación sobre la ansiedad social y técnicas para el manejo de la ansiedad.

Tiempo estimado: 120 minutos.

Objetivo: Presentar al grupo una introducción a la terapia grupal y a la AS.

Materiales: Sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina; formato de cierre de sesión inicial y formatos de la medición pretest interpretados.

Procedimiento: para comenzar con la sesión 2 (modalidad grupal), se ofrece primero una bienvenida cálida, así como una técnica de presentación con el grupo para fomentar la socialización y la cohesión grupal. Se presenta al grupo el programa de intervención, acuerdos terapéuticos y la estructura de la intervención. Posteriormente se presenta por medio de diapositivas en MS Office PowerPoint información para psicoeducar al grupo sobre AS, síntomas y signos más comunes, así como para obtener retroalimentación de su parte. Se toma un receso de 10 – 15 minutos después de finalizar el tema previo y cuando regresan, se continúa con el trabajo en sesión. Este consiste en la aplicación (ensayo conductual) de un par de técnicas de control de la ansiedad: la primera se denomina “atención a la respiración”, en la que se les pide a los participantes que de la forma que prefieran, se enfoquen en los patrones de las sensaciones que involucra su respiración, sin intentar controlarla de ninguna forma, a través de una serie de instrucciones simples y dirigidas a que cada participante

Cierre de sesión y trabajo en casa para sesión 3: al concluir y retroalimentar verbalmente las técnicas utilizadas y la información presentada, así como su uso y limitaciones, además de indicarles que respondan el formato de “Cierre de Sesión Inicial” (ver Anexo 7). Posteriormente, se indica que para siguiente sesión cada participante realice la práctica atención a la respiración y/o la técnica *grounding*; se implementa también como actividad llenar un formato de registro breve de las prácticas implementadas, y que así los participantes las desarrollen fuera del contexto de las sesiones grupales; registro mencionado solicitará los siguientes datos: fecha / hora de la práctica, técnica seleccionada, ya sea una u otra, o ambas; también la duración aproximada, el contenido de los pensamientos y sensaciones antes y después de la o las prácticas seleccionadas (Anexo 9).

Sesión 3: Retroalimentación sobre la AS, Relajación Muscular Progresiva (RMP) y jerarquización las sensaciones o situaciones sociales causantes de temor/ansiedad.

Tiempo aproximado de la sesión: 120 - 130 minutos.

Objetivo(s): a) desarrollar técnicas y temas que permitan a los participantes aprender; b) reforzar y/o integrar a su repertorio conductual de manejo de la ansiedad fisiológica la técnica de RMP, como preparación para las técnicas de exposición.

Materiales: sillas, proyector, mesa(s) y/o escritorio(s), computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina, formatos de cierre de sesión; posible material adicional: mantas, tapetes de ejercicio o elementos “cómodos” (ropa, cojines); formato de cierre de sesión; para sesión posterior: formato de registro de la técnica de RMP, formato de jerarquización de las sensaciones / situaciones sociales temidas.

Procedimiento: a través de la bienvenida que se establecerá como habitual a partir de esta sesión, se implementa una técnica de integración del terapeuta y de acuerdo a la cantidad de

miembros del grupo experimental, para efectos de generar la dinámica del grupo y fomentar en ellos una actitud de más apertura y participación. Al finalizar el juego de mesa, se lleva a cabo la retroalimentación verbal respecto a lo abordado en la sesión previa y también sobre los resultados obtenidos del trabajo en casa, que se remite a las prácticas de atención a la respiración y de *grounding*. Después se procede a la explicación de las técnicas de relajación, en específico la técnica de Relajación Muscular Progresiva (RMP); se ofrecen instrucciones claras y se resuelve cualquier duda para así, ofrecer al grupo un descanso de 10 – 15 minutos. Al finalizar el descanso, se les dan indicaciones y se empieza con la aplicación de la técnica de RMP, procurando trabajar de tres a cuatro grupos musculares. Las indicaciones básicas se ensayan primero a la vista de todos, pidiéndoles que imiten los movimientos y las instrucciones conforme el terapeuta también los sigue y las realiza, y que posteriormente cada participante la lleve a cabo de la forma más cómoda posible (haciendo uso del material adicional solicitado previamente en caso de que lo traigan); la técnica se aplica en tres a cuatro grupos musculares. Al terminar con la técnica de RMP, se retroalimenta de forma verbal con los participantes de forma voluntaria.

Cierre de la sesión: para concluir la sesión, se presentan el formato de cierre de sesión (ver Anexo 7), así como el formato de trabajo de la “jerarquización de sensaciones o situaciones sociales temidas (10)” (ver Anexo 10) que más síntomas (cantidad, intensidad) de ansiedad social causan. Se solicita a los participantes también la resolución del formato de cierre, para luego presentarles y explicarles el registro de la práctica de RMP (ver Anexo 11), en el que registrarán fecha, hora y duración aproximada de la práctica, pensamientos y/o sensaciones antes y después realizarla.

Sesión 4: Retroalimentación del trabajo en casa y sesión previa, temor a la evaluación negativa, exposición de situaciones y sensaciones temidas.

Tiempo aproximado de la sesión: 130 – 140 minutos.

Objetivo(s): Retroalimentar de trabajo en casa y temor a la evaluación negativa;
b) presentar como estrategia de afrontamiento las técnicas de exposición de situaciones y sensaciones temidas.

Materiales: Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina; p. 227 del libro “Manual Práctico para el Tratamiento de la Timidez y la Ansiedad Social”: situaciones de exposición típicas y situaciones terapéuticas de exposición; formato de cierre de sesión; para sesión posterior: formato de jerarquización con respuestas y autorregistro (exposición a sensaciones / situaciones 1 – 4); lista de elementos de la jerarquización con mayor detalle.

Procedimiento: Al dar la bienvenida y recibir a los participantes, para iniciar con la sesión se una actividad lúdica (juego de mesa a elección del terapeuta) para favorecer la desinhibición grupal. Finalizando la actividad lúdica, después se procede a retroalimentar la sesión previa y del trabajo en casa, tanto los temas vistos como los resultados obtenidos por las prácticas ensayadas y desarrolladas entre la sesión anterior y la actual. Después, la sesión se continúa través presentar información a los participantes el temor a la evaluación negativa y cómo este influye en ansiedad social, para después abordar de manera breve las estrategias de seguridad a partir de esos síntomas, y también una breve introducción a las técnicas de exposición a través de las situaciones o las sensaciones que la generan, para así ofrecerles un periodo de descanso de 10 – 15 minutos. Al retomar la sesión, se explica a los participantes que objetivo principal de las actividades mencionadas se remite al esclarecimiento de pautas de

socialización efectivas ante la evitación, y de esta forma generar una discusión grupal en la que cada quién y según como deseen participar, se cuestionen “¿por qué se vería raro, mal o extraño si hago (----)?”, y así abordar la técnica cognitiva que corresponde a la evaluación de la jerarquización trabajada la sesión anterior.

Cierre de la sesión: Se retroalimenta la sesión de forma general, verbalmente y de forma escrita con el formato de cierre. Además, se entregan para la sesión posterior el formato “autorregistro de exposición: sensaciones / situaciones” (ver Anexo 12.1); en este, los participantes registran sus experiencias (autorregistro ABC) a las situaciones que desarrollaron en la jerarquización y en general que les generen síntomas de ansiedad en situaciones de interacción con otras personas. También se les explica el siguiente formato (ver anexo 12.2), en el cual añaden información sobre 5 situaciones que se simularán en *role-play* a las que podrían apelar: dos que generen ansiedad leve o mínima de acuerdo a la jerarquización (1-4), dos que generen ansiedad moderada (5-7) y una que genere ansiedad severa (8-9).

Sesión 5: Retroalimentación del temor a la evaluación negativa e introducción a las técnicas de exposición.

Tiempo aproximado de la sesión: 120 – 135 minutos.

Objetivo(s): a) Retroalimentar los temas previos de temor a la evaluación negativa, y b) presentar, explicar técnicas de exposición para su desarrollo en la sesión.

Materiales: Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina, formatos de cierre de sesión; formato de cierre de sesión; para sesión posterior: formato de autorregistro modificado de situaciones sociales que causan temor o miedo como exposición.

Procedimiento: La sesión cinco inicia como las cuatro sesiones anteriores, ofreciendo una bienvenida y desarrollando una técnica de integración que favorezca la cohesión grupal de los participantes. Para iniciar el trabajo en sesión, se retroalimenta con participaciones aleatorias y voluntarias sobre la información de la sesión anterior, así como del trabajo en casa que se estableció en ella; esto con el fin de fomentar una actitud de automonitoreo y trabajar indirectamente con aproximaciones a las técnicas de exposición. Posterior a esto, se les ofrece un receso de 15 – 20 minutos, para que cuando regrese, se les explican a los participantes los fundamentos y pautas básicas de las técnicas de exposición a la ansiedad social y se desarrolla en pares, tríos o cuartetos de acuerdo con la conformación del grupo (cantidad de participantes y presentes en la sesión), indicando que se eligen ahora una situación de cada nivel de ansiedad que generan, para llevarlas a cabo con compañeros del grupo a modo de *role-play*, tomando en cuenta los detalles provistos en el formato del Anexo 12.2, indicando que la práctica se desarrollará en 30 minutos.

Cierre: Al finalizar la técnica de *role-play* de las situaciones o sensaciones temidas y jerarquizadas, se plantea nuevamente una retroalimentación general de la sesión, tanto de la información presentada como de los resultados que hayan obtenido de la práctica, de manera verbal y escrita (formato de cierre). Antes de indicar el final de la sesión, se dan instrucciones sobre el siguiente trabajo en casa, que consiste en un nuevo autorregistro (ver Anexo 13), que pide añadir información sobre pensamientos alternativos y resultados reales u objetivos de las sensaciones o situaciones temidas y jerarquizadas.

Sesión 6: Introducción al entrenamiento en HH. SS.: habilidades conversacionales.

Tiempo aproximado de la sesión: 130 – 150 minutos.

Objetivo: Iniciar con las pautas y ensayos de técnicas de entrenamiento HH. SS., específicamente en habilidades interpersonales conversacionales.

Materiales: Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina; formato “hoja de evaluación de habilidades conversacionales” (adaptada) para trabajo en sesión; formato de cierre de cierre de sesión.

Procedimiento: El inicio de la sesión 6 se lleva a cabo de la misma forma que en sesiones previas, y en este caso, la actividad de inicio es lúdica, correspondiendo a un juego de mesa que se pueda implementar de forma grupal. Antes de presentar el tema, se retroalimenta el trabajo en casa planteado en la sesión anterior, a partir de preguntas abiertas y que fomenten respuestas amplias de los participantes. Al finalizar con la retroalimentación, se inicia con la presentación de qué son las HH. SS., y así pasar a la explicación de las conductas interpersonales y de percepción social. Posteriormente, se dan instrucciones para la técnica que corresponde al trabajo de la sesión, que se enfocan en automonitorear las conductas asociadas a las habilidades conversacionales siguiendo el formato de “evaluación de habilidades conversacionales” (ver Anexo 14); se dividen en grupos pequeños de dos a tres personas si el total de participantes es menor o igual a 10, y en grupos de cuatro a seis personas si el grupo es de entre 10 – 12 o más, para que lleven a cabo la actividad.

Cierre de la sesión: Al finalizar la técnica de la evaluación de habilidades conversacionales, se retroalimentan tanto el trabajo en sesión como el tema general y los cambios o nueva información que hayan adquirido los participantes. último se les solicita llenar el “formato de cierre de sesión” para despedir a los participantes e indicar el fin de la sexta

sesión. El trabajo en casa se indica sin formatos escritos, pero se les solicita a los participantes de esta forma, en papel o medios digitales

Sesión 7: Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, ensayo y modelado conductual.

Tiempo aproximado de la sesión: 130 – 150 minutos.

Objetivo: Presentar y llevar a cabo técnicas de asertividad por medio del ensayo conductual, así como un repaso breve por medio del modelado conductual.

Materiales: Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina, formatos de cierre de sesión.

Procedimiento: La sesión inicia con las respectivas bienvenidas, y en este caso, corresponde a una técnica de integración, así como con la retroalimentación de las últimas sesiones y de sus temas abordados, así como del estado físico y psicológico en el transcurso de la intervención. Posteriormente, se presenta la continuación del tema de las HH. SS. para después explicar y llevar a cabo técnicas de asertividad por medio del ensayo y modelado conductual de acuerdo a las experiencias o a las expectativas de los participantes de la intervención. Se toman turnos para que el terapeuta, por medio de periodos de *role-play*, actúe como cualquier participante que quiera saber cómo resolver una situación, a través de uno o varios escenarios posibles, apelando a tácticas conductuales asertivas.

Cierre de la sesión: para concluir, se retroalimentan tanto el trabajo en sesión como el tema general y los cambios o nueva información que hayan adquirido los participantes. Por último, se les solicita llenar el “formato de cierre de sesión” y el trabajo en casa, que corresponde la indicación a llevarlo para la última sesión; se les solicita a los participantes en papel o medios un “diario conductual” que tenga por título: “cómo conversé / interactué hoy con los demás”.

Antes de despedir a los participantes e indicar el fin de la séptima sesión, se les pregunta y se les dan opciones de un tiempo de convivencia para la última sesión.

Sesión 8: Sesión de cierre.

Tiempo aproximado de la sesión: 120 – 140 minutos.

Objetivo: realizar una retroalimentación general de cierre de la intervención con los participantes y realizar el cierre general de esta.

Materiales: Salón amplio, sillas, proyector, mesa o escritorio, computadora portátil, extensiones, cables de conexión, conexión a internet, bocina; formato de cierre general de la intervención.

Procedimiento: La sesión inicia con las respectivas bienvenidas, y en este caso, corresponde a una retroalimentación breve de manera verbal, se les solicita a los participantes que llenen el “formato de cierre de la intervención” (ver Anexo 15). Se realiza una técnica grupal de cierre y al concluir este trabajo, se agradece a los participantes su asistencia a las sesiones, y se inicia con el tiempo de convivencia planeado la sesión anterior.

Medición postest.

Procedimiento: esta actividad se llevará a cabo en la sesión 8. Se establece la aplicación de los instrumentos LSAS y el CASO-A30, para comunicar los resultados de la primera como de la actual evaluación psicométrica de los participantes. Dependiendo de la disposición de los participantes, esta se realizará de forma presencial o de vía redes sociales y/o de mensajería instantánea.

Materiales: Formatos de instrumentos CASO-A30 y LSAS; en formulario en línea; solicitar a los participantes el uso de un dispositivo con conexión Wi-Fi.