

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“EFECTIVIDAD DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTAL POR MEDIO DE TERAPIA ONLINE A PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL”

Autor: Maritza Joana Gómez

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciado en Psicología**

**Nombre del asesor:
Mtra. Erika Hinojosa Calvo**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





Facultad de psicología

**Efectividad de un tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a
pacientes con trastorno de ansiedad social**

Tesina

Que para obtener el título como licenciado en psicología

Presenta:

Maritza Joana Gómez Martínez

Asesor:

Mtra. Erika Hinojosa Calvo

Clave: 160018

Acuerdo: 231301

Morelia, Michoacán; Junio del 2023

Agradecimientos

A mis padres, quienes a su manera me han apoyado y animado a lograr mis metas.

A mis abuelos, por estar pendientes de mí, cuidándome con todo su apoyo y comprensión.

A mi familia, quienes me enseñaron tanto sobre la vida y estuvieron al pendiente de mí.

A mi pareja, porque yo ya tenía un nombre y una vida, pero en ese entonces no lo sabía.

Al laboratorio LEICA, a la maestra Erika Hinojosa y al equipo de laboratorio, por transmitirme su entusiasmo por la investigación, por todo su apoyo, conocimiento y guía.

A la UVAQ y a mis directoras, por enseñarme que yo soy protagonista de mi propia vida. Y a mis docentes, quienes me enseñaron esta bella e importante profesión y me brindaron comprensión y empatía cuando lo necesitaba.

A la coordinadora de psicología, la maestra Erika Alvarado, quien me dio las oportunidades de crecer profesionalmente y ser la persona que confió en mi como psicóloga, incluso en esas ocasiones en las que ni siquiera yo lo hacía.

A cada uno de los y las pacientes que he atendido, quienes me dejaron entrar en sus vidas y me enseñaron cosas que jamás hubiera aprendido solo en el aula. Por permitirme escuchar sus historias y perspectivas, por enseñarme que ayudar a alguien no siempre va a ser fácil (pero tampoco imposible) y por permitirme ofrecerles un pedacito de felicidad, devolviéndomela al verles crecer y mejorar.

Por formarme como profesionista y acompañarme en este camino, inmensas gracias.

Índice

Introducción	7
Antecedentes	8
Justificación.....	12
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos	14
Planteamiento de la investigación	14
Planteamiento del problema.....	15
Pregunta de investigación	15
Hipótesis	16
Hipótesis nula.....	16
Variables.....	16
Variables dependientes	17
Ansiedad social	17
Definición conceptual.....	17
Definición operacional.	17
Variables independientes	17
Terapia cognitivo conductual.....	17
Definición conceptual.....	17
Definición operacional.	17
Modalidad de terapia online.....	18
Definición conceptual.....	18
Variables extrañas	18
Delimitación del estudio	18
Capítulo I. Marco teórico.....	20
1.1 Trastorno de ansiedad social.....	20
1.1.1 Definición de trastorno de ansiedad social.....	20
1.1.2 Antecedentes	20
1. 1. 3. Epidemiología e incidencia	21
1. 1. 4. Etiología	22

1. 1. 4. 1. Componentes del desarrollo.	22
1. 1. 4. 2. Componentes biológicos y genéticos.	23
1. 1. 4. 3. Componentes psicosociales.	25
1. 1. 5. Criterios diagnósticos.....	26
1. 1. 5. 1. DSM V.....	26
1. 1. 5. 2. CIE 11.....	27
1. 1. 6. Comorbilidades	28
1. 1. 7. Diagnóstico diferencial	29
1. 1. 8. Tratamiento	30
1.1.8.1 Tratamiento farmacológico.	30
1. 2. Terapia online	31
1. 2. 1. Definición de terapia online	31
1. 2. 2. Antecedentes históricos.....	32
1. 2. 2. 1. Telepsicología.....	32
1. 2. 2. 2. Ciberpsicología.....	32
1. 2. 2. 3. Telepsicología, ciberpsicología y terapia online.	33
1. 2. 3. Tratamientos desde la terapia online.....	35
1. 2. 4. Consideraciones respecto a la terapia online.....	36
1. 2. 4. 1. Ventajas y desventajas de la terapia online.	37
1. 2. 4. 2. Alianza terapéutica	38
1. 2. 4. 4. Ética profesional.	38
1.1. 3. Tratamientos cognitivo-conductuales	40
1. 3. 1. Definición.....	40
1. 3. 2. Técnicas utilizadas en el trastorno de ansiedad social	40
1.3.2.1. Psicoeducación.	40
1. 3. 2. 1. Relajación aplicada.....	41
1. 3. 2. 2. Reestructuración cognitiva.	41
1. 3. 2. 3. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS).....	42
1. 3. 2. 4. Exposición.	42
Capítulo II. Metodología.....	44
2.1 Paradigma metodológico	44
2.2 Diseño	44

2.3 Población, muestra, muestreo	44
Población.....	44
Muestra.....	44
Muestreo.....	45
Criterios de inclusión.....	45
Criterios de exclusión.	45
2.4 Instrumentos de recolección de información	45
Encuesta en Google Forms.....	45
Batería de pruebas	46
Capítulo III. Procedimiento.....	47
Paso 1. Muestreo	48
Paso 2. Invitación al programa	48
Paso 3. Firma de consentimiento informado	48
Paso 4. Línea base.....	48
Paso 5. Acuerdo de fechas	49
Paso 6. Intervención.....	49
Paso 7. Cierre y evaluación de la intervención	49
Paso 8. Análisis de resultados.....	49
Paso 9. Entrega de resultados.....	49
Capítulo IV. Resultados	50
4.1 Resultados cuantitativos	50
4.2 Resultados cualitativos	54
Análisis funcional.....	54
Capítulo V. Conclusiones y discusión	59
Limitaciones y sugerencias	69
Anexos.....	71
Bibliografía.....	97

Índice de figuras

Figura 1. Imágenes coronales y axiales de la activación de la amígdala en individuos con trastorno de ansiedad social.....	24
--	----

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TAS de acuerdo con el DSM V	26
Tabla 2. Criterios diagnósticos del TAS de acuerdo con el CIE-11.....	28
Tabla 3. Diagnóstico diferencial del TAS	29
Tabla 4. Ventajas y desventajas de la terapia online	37
Tabla 5. Datos generales de la muestra total	50
Tabla 6. Pretest y posttest ansiedad social SPAI	51
Tabla 7. Pretest y posttest depresión BDI-II.....	52
Tabla 8. Pretest y posttest calidad de vida WHOQOL-BREF	53
Tabla 9. Análisis funcional por sujeto	54

Índice de anexos

Anexo 1. Logo Programa TASIO.....	71
Anexo 2. Logo LEICA	71
Anexo 3. Folleto de difusión	72
Anexo 4. Anuncio de difusión.....	74
Anexo 5. Encuesta Google Forms	75
Anexo 6. Propuesta de intervención TASIO	78
Anexo 7. Consentimiento informado	87
Anexo 8. Batería de pruebas.....	88
Anexo 9. Historia clínica	94
Anexo 10. Tabla ABC y Bitácora de Autorregistro	96

Introducción

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso a diferentes situaciones sociales, en las cuales la persona se encuentra en exposición a la posible crítica o escrutinio social, además de contacto con personas desconocidas y autoridades. La persona con ansiedad social teme actuar de determinada manera y/o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por otros, esto le puede llevar a la evitación para sentir seguridad mientras que, al mismo tiempo, deja de hacer ciertas actividades en su día a día, que son necesarias o que le gustan, por ansiedad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (2003), el trastorno de ansiedad social afecta a un 4.7% de la población mexicana, presentándose mayoritariamente en mujeres, representando un 15% a lo largo de su vida (Marín et al, 2017). Entre sus tratamientos se encuentra la terapia cognitivo conductual, la cual ha demostrado ser eficaz al ser aplicada de forma presencial.

La terapia online consiste en la intervención terapéutica utilizando herramientas tecnológicas e internet contactando a las personas con un especialista de forma sincrónica y/o asincrónica, en las cuales se trabaja por medio de videollamadas y/o por medio de plataformas y aplicaciones respectivamente. Su utilización ha resultado ser beneficiosa para poblaciones que no tienen acceso cercano a terapia, tiempo suficiente para asistir presencialmente y en situaciones en las que a la persona le cuesta trabajo salir de casa o tener contacto con los otros, como es el caso del trastorno de ansiedad social.

Posterior a la pandemia de COVID 19 en el año 2020, muchos especialistas tuvieron que trasladar su trabajo a online y ofrecer terapia por medio de videollamadas, sin embargo, a pesar de sus beneficios, la terapia online aún no cuenta con suficientes estudios específicos que validen su eficacia.

En base a lo anteriormente mencionado es que surge el propósito de esta investigación, el de valorar la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social.

Antecedentes

Antes de hablar sobre los antecedentes de la terapia online es importante tener presente la historia de la telepsicología, ya que la terapia online se deriva de ella. Sus primeros usos se remontan al año 1995 cuando comenzó a realizarse la aplicación y evaluación de los primeros servicios de telepsicología y telesalud, incluyendo entre ellos algunos programas de terapia online (De la Torre y Pardo, 2019). Sin embargo, no se proseguía con todas las investigaciones o no se les tomaba gran relevancia debido a que la terapia seguía manteniéndose en un formato presencial.

Por su parte, Clarke y Jo Yarborough (2013) hablan sobre diversos antecedentes en la prestación de servicios de salud mental, resaltando que en un inicio se solían utilizar principalmente en desastres y situaciones de crisis. Una de las primeras aproximaciones fueron los sitios de internet enfocados en la autoevaluación para ayudar a las víctimas del tsunami del Océano Índico en el año 2004, se evaluaba a las personas que necesitaban ayuda para el trastorno de estrés postraumático (TEP) y otras dificultades de salud mental. Otro ejemplo es el seguimiento de la salud mental después del huracán Katrina, que se realizó utilizando medios tecnológicos e internet, además, fue utilizado nuevamente durante los ataques terroristas ocurridos en Estados Unidos (EU) en el año 2001, del cual posteriormente se realizó una versión actualizada en el año 2008 durante el huracán Ike. Cabe mencionar que el uso de estos programas únicamente fue utilizado como una medida rápida, sin validaciones.

Alrededor del año 2010 aún no se contaba con la suficiente evidencia que permitiera conocer la efectividad de los tratamientos e intervenciones psicológicas online, en ese entonces significaban una gran promesa para llegar a poblaciones minoritarias o con dificultades geográficas para contactar con un terapeuta (Clarke y Jo Yarborough, 2013). Es

así como surgen investigaciones como la de Enis et al. (2012), quienes realizaron una investigación en 2012 centrada en evaluar la facilidad de acceso, habilidades de uso y aceptación de los servicios de salud mental brindados por medio de la tecnología. Encontraron que quienes presentaban menos familiaridad con la tecnología eran las personas mayores y pacientes con psicosis, debido principalmente a la autoexclusión, el poco acceso y falta de confianza en la tecnología, en particular, las personas en esta condición preferían no utilizar la tecnología por el hecho de no saber cómo hacerlo. Cuatro años después, en 2016, Robotham et al. (2016) aplican la encuesta a una nueva población, encontrando una disminución en la autoexclusión, las personas ya buscaban adaptarse al uso de la tecnología, a pesar de ello, el acceso a dispositivos con internet seguía siendo desigual. Ambos estudios resaltan la necesidad de capacitación en habilidades de tecnología y programas que faciliten la inclusión digital a las personas que padezcan de alguna enfermedad mental.

Ya en el año 2018, Hollis et al (2018) desarrollaron la Alianza James Lind para investigar diferentes perspectivas de la atención a la salud mental online. Las prioridades de las personas se centraban en la seguridad y eficacia de los tratamientos e intervenciones digitales, además de su diferencia del formato presencial, otras de sus prioridades eran la evidencia del alcance a la población y la diferencia en los mecanismos de cambio terapéutico entre presencial y online.

La mayoría de los programas o aplicaciones tienen un funcionamiento similar, únicamente cambiado en el enfoque o duración de la intervención, usualmente añadiendo psicoeducación o enfocándose en el aprendizaje y entrenamiento de facultades mentales, mientras que otras utilizan técnicas de meditación o funcionan como una herramienta extra a la terapia permitiendo a los pacientes realizar autorreportes de su proceso (Suazo, 2021).

La terapia cognitivo conductual ha sido la más utilizada por sus características como tratamiento tanto por programas como intervenciones de terapia online (Macías y Valero en 2018; Anderson et al., 2019; Srivastava et al., 2021; Suazo, 2021), además también es el enfoque que tiene un tratamiento más conciso y desarrollado sobre todo en casos de trastornos de ansiedad, además de depresión e insomnio.

En cuanto a programas específicos de terapia cognitivo conductual para la ansiedad social, de acuerdo con Turner et al. (2003), los resultados de tratamientos presenciales que utilizan terapia de exposición, terapia cognitiva combinada con exposición o entrenamiento en habilidades sociales han demostrado ser eficaces.

Respecto a programas basados en terapia cognitivo conductual en internet resaltan programas como el de Titov et al. (2009), quienes realizaron un estudio basado en la terapia cognitivo conductual por medio de un programa de internet para tratar la timidez propia del trastorno de ansiedad social, encontrando que los grupos que participaron en el estudio tuvieron una mejoría respecto a algunos síntomas de ansiedad social. También resalta el estudio de Dagöo et al. (2013) quienes buscaron comparar un tratamiento cognitivo conductual adaptado al teléfono móvil con otro tratamiento basado en la psicoterapia interpersonal, obteniendo una mejora significativa en ambos grupos.

Actualmente aún se están realizando esfuerzos para aplicar tecnologías más nuevas en el ámbito de salud mental, entre ellas la terapia online, la realidad virtual y la inteligencia artificial (Peñate et al., 2014; Macías y Valero, 2018; Hollis et al., 2018; Muñoz y Muriel, 2020; Srivastava et al., 2021), sin embargo, para que se siga desarrollando resulta necesario que se realicen más estudios donde se compruebe la eficacia, viabilidad y beneficios que vienen con la aplicación de estas tecnologías en psicología.

Justificación

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los padecimientos mentales con mayor prevalencia en México, afectando alrededor del 14 y 15% de la población adulta, entre los más frecuentes se encuentra el trastorno de ansiedad social, en conjunto con el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias específicas. (Marín, Martínez y Ávila, 2015; Sánchez, Andrade y Lucio, 2019).

En una investigación realizada por la Universidad Peruana de los Andes, encontraron un alto nivel de ansiedad social en sus estudiantes, presentándose en un 49% de su población, esto derivado del aislamiento obligatorio por la pandemia de COVID 19. Lo que sugiere que la ansiedad social incrementó en los estudiantes y probablemente en el resto de las personas aisladas.

Por lo tanto, y como consecuencia del aislamiento social por COVID 19, se podría inferir que en un futuro se tendrá la necesidad de tratamientos para el Trastorno de Ansiedad Social (TAS); por lo cual es importante el desarrollar nuevos tratamientos que se adapten a diferentes situaciones y estilos de vida.

Otro factor relevante es el incremento y creciente desarrollo de la terapia online a partir de la pandemia, los cuales hacen necesario seguir realizando trabajos de investigación en el área para poder orientar a las nuevas intervenciones en terapias online (Murphy et al., 2021).

También cabe resaltar que la terapia online puede beneficiar a muchas personas que no se pueden permitir acudir a un tratamiento presencial, ya sea por razones geográficas, monetarias, falta de tiempo, entre otras. Además de favorecer al desarrollo de la psicología, la terapia online favorece a que la atención psicológica llegue hasta lugares más alejados, permitiendo contactar con pacientes que no tienen un psicólogo cerca.

De acuerdo con lo ya comentado, se deriva la necesidad de diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención desde la terapia online a la población en específico de pacientes con trastorno de ansiedad social.

Esta investigación posibilitará el desarrollo de tratamientos psicoterapéuticos online y favorecerá al creciente conocimiento de su funcionamiento. También favorecerá a las poblaciones que no se encuentran cerca de un consultorio psicológico o que no cuentan con la posibilidad de asistir presencialmente.

Objetivos

Objetivo general

Valorar la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social.

Objetivos específicos

- Desarrollar una propuesta de tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social.
- Aplicar la propuesta de tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a 30 pacientes con trastorno de ansiedad social.
- Evaluar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social

Planteamiento de la investigación

Planteamiento del problema

Actualmente existen diversas investigaciones centradas en la telepsicología, ciberpsicología, terapia online, la realidad virtual y la inteligencia artificial (Ruiz y Guerrero, 2007; Soto et al., 2010; Clarke, 2013; Peñate et al., 2014; Macías y Valero, 2018; Hollis et al., 2018; De la Torre y Pardo, 2019; Anderson et al., 2019; Garrido et al., 2019; Muñoz y Muriel, 2020; Srivastava et al., 2021; Álvarez, 2021; Andrade 2021; Fernández, 2021; Freire, 2022; Neufeld, 2022), sin embargo, dichas investigaciones resaltan la necesidad de realizar y evidenciar la eficacia de los tratamientos e intervenciones terapéuticas online, por lo tanto, resulta evidente la necesidad de mayor investigación en el área, así como la elaboración y valoración de programas de intervención eficaces. Después de la pandemia en 2020, el uso de la terapia online ha incrementado, aún sin contar con suficiente investigación para comprobar la eficacia en la aplicación de diferentes tratamientos (Murphy et al., 2021). Debido a lo anterior, este proyecto consiste en desarrollar, aplicar y evaluar la eficacia que puede tener un tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social.

Pregunta de investigación

¿Es la terapia online con un enfoque cognitivo conductual eficaz para el trabajo en pacientes con trastorno de ansiedad social?

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

La terapia online con enfoque cognitivo conductual es eficaz para el trabajo en pacientes con trastorno de ansiedad social.

Hipótesis nula

La terapia online con enfoque cognitivo conductual no es eficaz para el trabajo en pacientes con trastorno de ansiedad social.

Variables

Variables dependientes

Ansiedad social

Definición conceptual.

“Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación con una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores” (Tortella, 2014).

Definición operacional.

Esta investigación busca proporcionar un tratamiento cognitivo conductual desde una modalidad de terapia online para reducir los síntomas del trastorno de ansiedad social.

Variables independientes

Terapia cognitivo conductual

Definición conceptual.

“Procedimiento terapéutico activo y estructurado que incorpora tanto intervenciones conductuales como cognitivas, con el fin de disminuir las conductas y emociones disfuncionales, para modificar el comportamiento y los patrones de pensamiento del individuo” (López y Ortega, 2019)

Definición operacional.

Aplicar un programa cognitivo conductual con la finalidad de mejorar el estado actual de los pacientes con trastorno de ansiedad social.

Modalidad de terapia online

Definición conceptual.

“Cualquier tipo de interacción o intervención terapéutica que utiliza las herramientas tecnológicas, como el internet, para relacionar al paciente con un terapeuta profesional” (Baloa, 2020).

Definición operacional.

Utilizar la modalidad de terapia online para aplicar un programa cognitivo conductual en pacientes con trastorno de ansiedad social.

Variables extrañas

- Problemas de conexión
- Fallas en la plataforma
- Fallas en el equipo de computo

Delimitación del estudio

El tratamiento se aplicó a 30 sujetos que cumplían con los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social y los criterios de inclusión del proyecto. El tratamiento constó de una sesión por semana, siendo un total de 15 sesiones, en un periodo de 3 meses y una semana aproximadamente. El proceso se llevó a cabo en el Laboratorio Experimental de Investigación en Conducta Aplicada (LEICA) de la Facultad de Psicología en la Universidad Vasco de Quiroga (UVAQ).

Capítulo I. Marco teórico

1.1 Trastorno de ansiedad social

1.1.1 Definición de trastorno de ansiedad social

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se define como aquel miedo intenso a situaciones sociales en las que se incluye el escrutinio social o contacto con personas desconocidas. Está diferenciada de las fobias específicas en el sentido de que estas se encuentran relacionadas a un objeto o situación específicos, mientras que la ansiedad social implica el miedo a pasar vergüenza en diferentes situaciones sociales (Sadock et al., 2015). Tortella (2014) define la ansiedad social como el “miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre con relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores”.

1.1.2 Antecedentes

De acuerdo con Morales (2011) el problema de la ansiedad social se presenta desde hace varios siglos. En 1845 Robert Burton, un erudito, habla en su ensayo “La anatomía de la melancolía” acerca de un caso de Hipócrates, señalaba que la persona presentaba una severa timidez, así como miedo y evitación a hablar en público por miedo a la deshonra, tenía excesivo miedo vocalizar mal o a excederse en sus gestos al hablar y, además, sentía que cada persona presente le observaba con detalle, estas descripciones se ajustan a los síntomas de lo que actualmente se conoce como ansiedad social.

No fue hasta el año 1903 cuando Pierre Janet, neurólogo y psiquiatra, utilizó el término de fobia de situaciones sociales, para describir a pacientes que presentaban temor a hablar en público o realizar actividades mientras se les observaba.

En 1966, Isaac Marks y Michael Gelder, ambos psiquiatras británicos, formalizaron el concepto de fobia social y propusieron darle una categoría diagnóstica.

Finalmente, en el año 1980, la American Psychiatric Association (APA) incluyó a la fobia social como una entidad diagnóstica en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Posterior a su integración en el DSM-III, en siguientes ediciones se agregaron datos para los criterios diagnósticos en los niños, como el hecho de que la ansiedad debe de estar presente cuando interactúan con sus pares y no solo cuando interactúan o en presencia de adultos. Actualmente, en el DSM-V se ha diferenciado de las fobias, las cuales se encuentran relacionadas a un objeto o situación específica, dándole el nombre de Trastorno de Ansiedad Social (TAS), debido a que “refleja un nuevo y más amplio entendimiento de la enfermedad en una variedad de situaciones sociales” (Marín et al, 2015).

1. 1. 3. Epidemiología e incidencia

Los trastornos de ansiedad son parte de los padecimientos mentales más comunes en México, representando alrededor del 14 y 15% de la población adulta, con una prevalencia del 18% en población infantil y adolescente. Por su parte los trastornos fóbicos representan alrededor del 4.7% al 7.1% de la población (Marín et al., 2015) y cabe resaltar que, de acuerdo con la especialista Pamela Espinoza Mendez (Secretaría de Salud, 2017), psiquiatra infantil de la adolescencia de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la

Secretaría de Salud, las fobias en México afectan en su mayoría a las mujeres, representando hasta un 7.4% de esta población.

No es de extrañar que en el caso de la ansiedad social también exista una mayor prevalencia en las mujeres, representando a un 15% a lo largo de su vida, mientras que en los hombres representa el 11%. De acuerdo con Marín et al. (2017), la alta prevalencia en las mujeres se debe a que suelen darle mayor importancia al estatus o rol social y de pareja, además, está relacionado con la existencia de dependencia emocional y con los ingresos económicos.

1. 1. 4. Etiología

1. 1. 4. 1. Componentes del desarrollo.

La edad media para el comienzo del trastorno de ansiedad social es alrededor de los 15 y 20 años (Grant et al., 2005; Morales, 2011), sin embargo, muchos pacientes refieren tenerla desde que tienen memoria (Bados, 2017) o tener antecedentes de inhibición social y/o timidez.

Sadock et al. (2015) mencionan que la inhibición conductual en los niños puede ser frecuente en hijos de padres con trastorno de pánico y puede generar una timidez patológica cuando el niño crece. Además, los padres que padecen trastorno de ansiedad social muestran mayor rechazo, son menos afectuosos y/o más sobreprotectores con sus hijos, a diferencia de otros padres, llegando así a generar la inhibición en el niño. El miedo y la ansiedad social también pueden ser una conducta aprendida en la infancia, a causa de la constante observación e interacción con otras personas con ansiedad (Cárdenas et al., 2010).

En el caso de los adolescentes, estos se suelen ver implicados en situaciones sociales en las que están bajo constante evaluación por diferentes grupos, como sus padres o familiares,

grupos de iguales, amigos, compañeros de la escuela o grupos a los que desean pertenecer. Asimismo, en esta etapa de la vida, buscan tener un lugar dentro de la jerarquía social, en la que, como medio para defenderse de los otros, se puede desarrollar la ansiedad social. Los adolescentes también tienen un desarrollo cognitivo más desarrollado que el de un niño, por lo que pueden percatarse de la diferencia entre cómo se ven ellos a sí mismos y cómo los ven los demás. Cabe resaltar que aquellos adolescentes que tienen una mayor vulnerabilidad a situaciones de estrés son más propensos a desarrollar ansiedad o evitación a situaciones sociales (Bados, 2017).

El trastorno de ansiedad social también puede aparecer hasta la edad adulta debido a experiencias que impliquen un cambio significativo, en cualquiera de las áreas que se desempeñe como lo son las áreas laboral, familiar o escolar, cambios impliquen tener que realizar actividades temidas que antes no eran necesarias, tales como hablar en público y/o relacionarse con gente nueva (Bados, 2017).

1. 1. 4. 2. Componentes biológicos y genéticos.

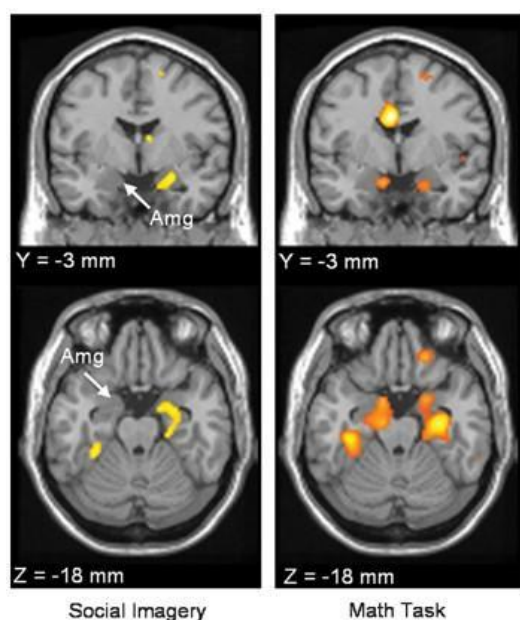
Existe un factor genético que ha demostrado estar asociado al desarrollo del trastorno de ansiedad social, dicho factor es la inhibición conductual. En el caso de los niños y los adolescentes que tienen esta condición, suelen molestarse con facilidad y temerle a situaciones o cosas que no les resultan conocidas (Cárdenas et al., 2010). La inhibición conductual está relacionada con el temperamento y, según los autores Spece y Rapee (2016), se ve relacionada con factores intrínsecos, extrínsecos y ambientales que influyen en la estabilidad del niño. Dentro del temperamento, además de la inhibición conductual, también se ve implicado el miedo a la evaluación negativa característico del TAS. El desarrollo del TAS no depende únicamente del factor de inhibición conductual, puede

desarrollarse debido a otros factores, sin embargo, es una condición que puede predisponer al niño o adolescente a padecer trastorno de ansiedad social.

Por otro lado, en estudios de imagen cerebral (Figura 1) se ha encontrado una mayor activación de la amígdala, la cual está encargada de regular las respuestas del miedo, tal activación en las personas con TAS se ha encontrado en la amígdala bilateral, y se da en respuesta a estímulos emotivos (Spence y Rapee, 2016).

Figura 1

Imágenes coronales y axiales de la activación de la amígdala en individuos con trastorno de ansiedad social



Nota: la figura muestra la disminución del flujo sanguíneo cerebral regional en la amígdala y el hipocampo después de la provocación de síntomas en individuos con trastorno de ansiedad social. Del lado izquierdo se encuentra la activación en respuesta al proceso de imaginación guiada de una situación que genera en el individuo la ansiedad social. Del lado derecho se encuentra la activación en respuesta a el desempeño social y la evaluación de una tera aritmética Fuente: Spence y Rapee, 2016.

También, se ha encontrado una menor activación en la región prefrontal de la corteza cerebral, encargada del procesamiento ejecutivo y la regulación emocional, Yokoyama et al. (2015) encontraron tanto una mayor activación como una menor activación en las regiones ventromedial (implicada en la toma de decisiones relacionadas a las emociones) y en la región ventrolateral (implicada en el acceso a información visual y de reaccionar a eventos visuales negativos) de la corteza prefrontal.

Respecto al funcionamiento de los neurotransmisores, se han encontrado implicados los neurotransmisores de serotonina, dopamina y GABA (Cárdenas et al., 2010; Spence y Rapee, 2016), mientras que autores como Elizondo (2016) le relacionan con una liberación de noradrenalina o adrenalina.

1. 1. 4. 3. Componentes psicosociales.

En el caso del desarrollo psicosocial, el trastorno de ansiedad social puede originarse de forma posterior a una experiencia social que fue vergonzosa para la persona, (Cárdenas et al., 2010).

Por otro lado, según Brook y Schmidt (2008) también hay diferentes factores parentales implicados en el TAS, entre ellos se encuentran: malas prácticas parentales, como control excesivo, sobreprotección, rechazo, descuido, falta de calidez o afecto, paternidad ansiosa, insensibilidad, excesivas restricciones, aislamiento social, crítica constante, avergonzar a sus hijos frente a otros, rigidez de comportamiento y preocupación por opiniones de la sociedad. Además, dichos autores encontraron otros eventos adversos tales como el abuso sexual, las relaciones negativas con compañeros, la discordia marital entre los padres e, inclusive, roles y género de los padres.

En lo que respecta a la cultura, existen algunas culturas que son muy individualistas (Brook y Schmidt, 2008) y otras en las que algunos comportamientos, como el aislamiento y la

evitación social, son bien vistos y aceptados (Spence y Rapee, 2016) predisponiendo a la persona a desarrollar TAS.

De acuerdo con Sadock et al. (2015), también se ha relacionado el trastorno de ansiedad social con el dominio a la sumisión que se puede observar en los animales. Los seres humanos sumisos son los que tienden a caminar con el mentón bajo y evitar el contacto visual.

En el trastorno de ansiedad social, al igual que en otros trastornos, convergen una amplia cantidad de causas tanto de factores genéticos, como biológicos, cognitivos, psicológicos, sociales y culturales, como los ya mencionados en párrafos anteriores, y estos en conjunto predisponen al desarrollo de dicho trastorno.

1. 1. 5. Criterios diagnósticos

Para el diagnóstico del trastorno de ansiedad social se cuenta con los criterios del DSM V y los criterios del CIE 11.

1. 1. 5. 1. DSM V.

El DSM V incluye dentro del diagnóstico del trastorno de ansiedad social (fobia social) los siguientes criterios:

Tabla 1

Criterios diagnósticos del TAS de acuerdo con el DSM V

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (por ejemplo, mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (por ejemplo, comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (por ejemplo, dar una charla).
Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en reuniones con individuos de su misma edad no solamente en la interacción con los adultos.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
 - C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
 - D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
 - E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
 - F. El miedo y la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.
 - G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni otra afección médica.
 - I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
 - J. Si existe otra enfermedad (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.
- Además, se debe especificar si el miedo se limita a hablar o actuar en público (solo actuación).

1. 1. 5. 2. CIE 11.

En la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE, por sus siglas en inglés International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics) realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el trastorno de ansiedad social se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, y dentro de la clasificación de trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

En esta versión, el CIE 11, se menciona que el trastorno de ansiedad social (6B04) es un trastorno caracterizado por temor o ansiedad muy marcados o excesivos que suelen suceder

sistemáticamente en una o varias situaciones sociales en las que se ve envuelta la persona, tales como interacciones sociales (por ejemplo, cuando deben mantener una conversación), al ser observado (por ejemplo al comer o beber algo en público) o al hacer algo ante la presencia de otros (por ejemplo el dar un discurso). Además, se deben de cumplir los siguientes criterios:

Tabla 2

Criterios diagnósticos del TAS de acuerdo con el CIE-11

- El individuo se preocupa por actuar de cierta manera o también le preocupa mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser evaluados negativamente por otros.
- Las situaciones sociales son evitadas sistemáticamente o soportadas manteniendo un temor o ansiedad intensos.
- Los síntomas deben persistir por al menos varios meses y deben ser lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativo en la persona a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.

1. 1. 6. Comorbilidades

Existe entre un 70-80% de pacientes que, además de presentar trastorno de ansiedad, presentan otros trastornos comórbidos, mientras que solo entre un 19 a 29% de pacientes presentan el trastorno de forma aislada. Asimismo, el TAS se encuentra principalmente comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, trastornos del estado de ánimo, como depresión mayor, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios, como la bulimia, y la esquizofrenia (Zubeidat et al., 2006; Sadock et al., 2015; Muñoz y Alpízar, 2016).

La agorafobia y fobia específica son los problemas de ansiedad que se encuentran más relacionados al TAS.

En el caso de la depresión mayor, es el trastorno afectivo que se encuentra con mayor comorbilidad en el TAS, y las personas que padecen TAS han referido haber tenido al menos un episodio de depresión mayor. Los autores Wilson y Rapee (2005) relacionan ambos trastornos, refiriendo que la depresión en pacientes con TAS está relacionada al incremento de la asociación negativa en situaciones sociales.

En el caso del abuso en el consumo de sustancias, las personas con TAS suelen utilizar el alcohol para tener una mayor interacción social. Además, los pacientes con TAS también suelen utilizar ansiolíticos, betabloqueantes y antidepresivos (Zubeidat et al., 2006).

1. 1. 7. Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar el trastorno de ansiedad social de otras condiciones mentales para llegar a un diagnóstico acertado y poder dar un tratamiento. De acuerdo con Elizondo (2016) se debe diferenciar al trastorno de ansiedad social de los siguientes padecimientos:

Tabla 3

Diagnóstico diferencial del TAS

Timidez normal: Este es un rasgo común en la personalidad y no es patológico. El diagnóstico se elabora en caso de que la timidez genere un impacto significativo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve la persona.

Agorafobia: Se diferencia del TAS en el sentido de que las personas con agorafobia evitan y temen situaciones sociales de las cuales creen que será difícil escapar en caso de tener síntomas de pánico, mientras que en el TAS el temor se da a la evaluación negativa, mientras estén solos pueden mantener la calma, a diferencia de quienes padezcan de agorafobia.

Trastorno de pánico: en el trastorno de pánico la persona se centra en la preocupación de tener una crisis de pánico. En el TAS la preocupación se da a la evaluación negativa de los demás.

Trastorno de ansiedad generalizada: en este la preocupación sobre aspectos sociales suele ser común, sin embargo, no se centra en la evaluación negativa como en el caso del TAS.

Fobias específicas: su fobia les puede generar vergüenza, pero no le temen a la evaluación negativa en situaciones sociales.

Trastorno depresivo mayor: estos pueden temer a la evaluación negativa por sentirse no dignos de ser queridos, mientras que en el TAS este miedo es debido a que tengan comportamientos sociales o síntomas físicos que puedan generar la evaluación negativa.

Trastorno de personalidad evitativa: las personas que padecen este trastorno presentan un mayor patrón de evitación social que las personas con TAS.

De cualquier forma, para llegar a un diagnóstico acertado, diferenciando el trastorno de ansiedad social de otros trastornos sumamente similares, como el trastorno de personalidad por evitación, puede ser necesaria la utilización de entrevistas psicológicas y evaluaciones.

1. 1. 8. Tratamiento

1.1.8.1 Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico es de utilidad para el TAS, entre los fármacos efectivos para el trastorno se encuentran los siguientes:

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)
- Benzodiacepinas
- Venlafaxina
- Buspirona

Siendo los ISRS los más utilizados por los clínicos, debido a que consideran que es el mejor tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad social en general (Morales, 2011; Sadock et al., 2015).

En casos graves se ha tenido éxito utilizando IMAO irreversibles como la fenelzina, IMAO reversibles como la moclobemida y brofaromina, ya que en dichos casos son más efectivos que los tricíclicos (Elizondo, 2016). Mientras que, en situaciones de actuación, se emplean con frecuencia antagonistas de los receptores B-adrenérgicos, esto antes de la exposición al

estímulo que genera ansiedad cuando se utiliza en conjunto con el método de exposición (Sadock et al., 2015).

1. 2. Terapia online

1. 2. 1. Definición de terapia online

Existen diferentes términos que se pueden utilizar para referirse a la atención terapéutica realizada por medio de videollamadas utilizando internet, tales términos son: telepsicología, ciberpsicología, terapia en línea, terapia virtual, terapia por internet, ciber-terapias o e-terapias. Sin embargo, algunos de estos términos son confusos, se pueden confundir con ramas, enfoques o técnicas de la psicología (por ejemplo, psicología lineal o terapia de realidad virtual) y otros en realidad son áreas que investigan cosas similares pero que no son terapia, por lo tanto, en la presente se utiliza el término de terapia online.

La terapia online se puede definir como “cualquier tipo de interacción o intervención terapéutica que utiliza las herramientas tecnológicas, como el internet, para relacionar al paciente con un terapeuta profesional” (Baloa, 2020) haciendo uso por lo general de videollamadas.

Se suele utilizar principalmente de dos formas (De la Torre y Pardo, 2019; Fernández, 2021; Neufeld et al., 2022):

- Tratamiento sincrónico: Estos se dan cuando el tratamiento es por medio de videollamadas en tiempo real. Suelen ser de mayor intensidad y pueden atender situaciones más complejas. Permiten una comunicación sincrónica y una observación conductual del paciente.
- Tratamiento asincrónico: Estos se dan mientras por medio de programas o aplicaciones específicas de comunicación en las que los pacientes pueden

interactuar y aprender sin necesidad de estar presente la persona especialista en psicología. Son de menor intensidad y tienen el objetivo de atender situaciones menos complejas. Pueden servir para seguimiento, evaluación, apoyo y prevención. Se pueden utilizar ambas dependiendo de los objetivos de los programas en los que se apliquen.

1. 2. 2. Antecedentes históricos

Para hablar de la historia y del desarrollo de la terapia online es necesario mencionar los términos de telepsicología y ciberpsicología, puesto que fueron estos los antecedentes que ayudaron al desarrollo de la terapia online y que forman parte de su utilización.

1. 2. 2. 1. Telepsicología.

La telepsicología se puede definir como aquella “prestación de servicios psicológicos empleando Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), mediante el procesamiento de la información” entre ellas se utilizan “dispositivos móviles, computadoras, teléfonos, videoconferencias, correo electrónico, plataformas, webs, blogs, redes sociales, etc. Y la información puede ser transmitida tanto por vía oral como escrita, así como por medio de imágenes, sonidos u otro tipo de datos. La comunicación puede ser síncrona (videoconferencia interactiva, llamada telefónica) o asíncrona (e-mail)” (Ramos et al. citando a APA, 2017). En base a la definición anterior, se puede decir que la terapia online forma parte de la telepsicología.

1. 2. 2. 2. Ciberpsicología.

Por su lado, la ciberpsicología es el área de la psicología que explora las conexiones de la información y la gestión de las personas dentro del contexto de la tecnología (Gordo-López y Parker, 1999). Tiene como fin, o principal objetivo, el comprender y explicar las distintas

conductas y comportamientos de las personas en línea (Attrill y Fullwood, 2018). Se encuentra relacionada con la terapia online principalmente porque ha facilitado el desarrollo de la psicología utilizando los medios tecnológicos, además estudia las diferencias entre el comportamiento tanto de los pacientes como de los terapeutas en terapia presencial y online.

1. 2. 2. 3. Telepsicología, ciberpsicología y terapia online.

La psicología desde sus inicios se ha adaptado a las formas de comunicación de diferentes épocas, inclusive en los tiempos de Freud se utilizaban cartas para intercambiar información, tanto entre investigadores como entre pacientes y terapeutas, sobre todo se utilizaban para obtener información sobre el terapeuta o pedirle recomendaciones. Si bien no era una forma de terapia como tal, ya existía el intercambio de información referente a la psicología.

Se podría decir que la historia de la telepsicología comenzó a finales del siglo XIX cuando, de forma similar a lo que hacían Freud y otros psicólogos, se empezó a utilizar la correspondencia con fines psicológicos (De la Torre y Pardo, 2019).

En el año de 1960 se desarrolló el uso de la videoconferencia, pero aún no se utilizaba con fines psicológicos. El primer acercamiento en telepsicología se dio hasta el año 1966, cuando Weizenbaum, profesor en informática, diseñó el programa ELIZA en conjunto con su aplicación DOCTOR, dicho programa simulaba la respuesta de un terapeuta a diferentes preguntas a forma de apoyo psicológico. Salió a la luz hasta el año 1969 (Ruiz y Guerrero, 2014; De la Torre y Pardo, 2019).

Posteriormente, en los años 80, fue cuando la APA inició la división de “Medios y tecnología” como parte de la asociación (De la Torre y Pardo, 2019).

Ya en el año 1995, fue que se comenzaron a dar los primeros servicios de atención psicológica a distancia, haciendo uso de diferentes medios tecnológicos, tales como el teléfono y la computadora. Además, también comenzaron a aparecer las primeras revistas acerca de telepsicología y ciberpsicología, como la revista “Cyberpsychology” o la revista “Behavior and Social Networking”. En base a ellas se incrementó la indagación acerca de estas áreas, comenzando a aparecer las primeras investigaciones sobre tratamientos psicológicos online alrededor del año 2001, y no fue hasta el año 2006 que comenzaron a aparecer las primeras investigaciones basadas en metaanálisis (De la Torre y Pardo, 2019). Entre ello, según Cabré y Mercadal (2016), algunos autores como Whight (2002) propusieron un medio de psicoterapia utilizando el correo electrónico; mientras que otros autores como Pergament (1998) y Castelnuevo et al. (2003) resaltaban la videoconferencia como un medio que permitía una mayor interacción en terapia y mayores componentes sensoriales.

A partir del año 2006, se aumentó el desarrollo y las posibilidades en materia de ciberpsicología, aumentando también las posibilidades del desarrollo de las TIC para su uso desde la psicología clínica (De la Torre y Pardo, 2019).

A partir de dicho año las posibilidades de la aplicación de la psicología en las TIC fueron creciendo, llevando las videollamadas de la computadora a los teléfonos celulares y las tabletas, así como al desarrollo de nuevos programas como ELIZA, e incluso la creación de programas basados en realidad virtual.

De vuelta a los tratamientos de terapia online, en los inicios de su aplicación, se utilizaba únicamente como un medio alternativo al tratamiento presencial, por lo que su uso era solo en el caso de que el paciente tuviese un impedimento para asistir a la terapia presencial (Cabré y Mercadal, 2016).

Hasta el año 2019 la terapia online seguía siendo un medio alternativo sin mucho desarrollo (al no considerarse un reemplazo de la terapia presencial), sin embargo, a inicios del 2020 surge la pandemia de Covid-19, en la que las personas se tuvieron que confinar dentro de sus casas para evitar contagios y, aquellas que tenían la posibilidad, tuvieron que seguir realizando sus actividades (tales como trabajar, estudiar, entre otras) desde casa. En el caso de psicólogos y terapeutas, no hubo una excepción, teniendo que hacer uso de la telepsicología y la terapia online para poder seguir ofreciendo sus servicios y atender a sus pacientes, y con ello teniendo que capacitarse en el área. Asimismo, derivado del confinamiento y la falta de interacción social fuera de casa, comenzaron a aumentar los padecimientos y problemas psicológicos en la población, exigiendo a la psicología y a sus especialistas una solución rápida a la falta de espacios para terapia. De esta forma se retomó el uso de la terapia online y su importancia para adaptarse a diferentes situaciones que van fuera del alcance del paciente o especialista.

Actualmente se investiga acerca de su eficacia, efectividad y eficiencia para poder hacer uso de ella de forma ética, desarrollando habilidades y herramientas para que los pacientes sientan seguridad sobre su proceso terapéutico.

1. 2. 3. Tratamientos desde la terapia online

De acuerdo con una revisión realizada por Macías y Valero en 2018, los enfoques y tratamientos más utilizados en terapia online son los siguientes:

- Cognitivo-conductual
- Psicoanálisis
- Abuso de sustancias
- Terapia familiar

- Biofeedback
- Hipnosis
- Eclécticos o indefinidos
- EMDR
- Terapia de resolución de problemas
- Afrontamiento

De acuerdo con algunos autores (Titov et al., 2009; Macías y Valero en 2018; Anderson et al., 2019; Srivastava et al., 2021; Suazo, 2021; Álvarez, 2021; Andrade et al., 2021) el modelo psicológico más investigado y funcional en materia de terapia online es la terapia cognitivo conductual, debido a su estructura y protocolos delimitados, además permiten realizar evaluación y el valorar efectividad (Andrade et al., 2021).

1. 2. 4. Consideraciones respecto a la terapia online

Diversos autores han resaltado que la terapia online tiene tanto ventajas como desventajas (Soto et al., 2010; Peñate et al., 2014; Robotham et al., 2016; Ramos et al., 2017; Macías y Valero 2018; Garrido et al., 2019; De la Torre y Pardo, 2019; Balboa, 2020; Muñoz y Muriel, 2020; Andrade, 2021; Fernández, 2021; Neufeld et al., 2022). Como mencionan De la Torre y Pardo en su Guía para la Intervención Telepsicológica, “las TIC [...] posibilitan una comunicación eficaz y permiten llevar a cabo un tratamiento psicológico efectivo, pero, para ello, se deben contemplar las diferencias entre ambas situaciones y las ventajas e inconvenientes que supone cada uno de los dos procedimientos”.

Se hace de esta forma necesario mencionar dichas ventajas y desventajas, además, existen aspectos utilizados en la terapia presencial que deben sufrir ciertos cambios al momento de

su aplicación en terapia online, tales como el rapport, la interacción en físico con el paciente y aspectos relacionados a la ética profesional.

1. 2. 4. 1. Ventajas y desventajas de la terapia online.

Varios autores puntualizan las ventajas y desventajas de la terapia online (Soto et al., 2010; Peñate et al., 2014; De la Torre y Pardo 2019; Neufeld et al., 2022) las cuales se pueden ver en la siguiente tabla:

Tabla 4

Ventajas y desventajas de la terapia online

Ventajas	Desventajas
- Facilidad de inicio del tratamiento (en algunos casos) - Permite mantener un tratamiento privado - Permite a los pacientes permanecer en su casa (puede ser de ayuda en trastornos como agorafobia) - Aumento en la capacidad y especificidad de la atención - Aumento de la continuidad en la atención - Potencia la adherencia a las intervenciones y regularidad - Mayor flexibilidad en acceso y tiempo - Mayor comodidad - Beneficia a la movilidad - Disminución de costos - Menos estigmatización sobre la terapia - Ajuste con tendencias actuales	- Uso desigual (no todos tienen acceso) - Riesgo en crisis y emergencias - Riesgo de dependencia - Disminución de los elementos de la comunicación no verbal - Dudas respecto a su efectividad, prejuicios y resistencias - Desconocimiento acerca de la normativa legal y recomendaciones éticas - Riesgos de protección de la información del paciente al utilizar diferentes medios - Escasa formación del profesional en terapia online - Caídas o fallas del sistema - Necesidad de mayor investigación

Además, según una investigación realizada por Garrido et al. (2019), los pacientes que reciben tratamiento online mencionan que, a pesar de la distancia física, se sienten escuchados y que les resulta agradable tener alguien con quien conversar.

Por su parte, Macías y Valero (2018) mencionan que se necesita de más información sobre la eficacia de la terapia online, protocolos estandarizados, medición de variables de interés

mediante escalas validadas internacionalmente, adherencia al tratamiento, tipo de sintomatología y modelos terapéuticos, además de datos acerca del tipo de terapeuta y su formación.

1. 2. 4. 2. Alianza terapéutica

Andrade et al. (2021), Suazo (2021) y Neufeld et al. (2022) explican la importancia de la alianza terapéutica como un aspecto a cuidar en cualquier proceso terapéutico para asegurar el éxito de los tratamientos. Entre estos aspectos resaltan:

- Establecimiento de un vínculo interpersonal.
- Creación de un espacio seguro, empático y adecuado para el trabajo.
- Comunicación clara y escucha activa.
- Objetivos claros y consensuados.
- Comprensión de las intervenciones.
- Generación de compromiso.
- Directividad para el correcto acompañamiento de la experiencia emocional.
- Cuidado de la privacidad y confidencialidad.

Asimismo, se necesita adecuar las intervenciones correctamente siempre con claridad y objetividad, además de cuidar y respetar los códigos de ética del psicólogo.

1. 2. 4. 4. Ética profesional.

Dentro de las consideraciones es necesario resaltar el papel de la ética profesional en el proceso terapéutico online. La APA propone 8 directrices para la correcta práctica de la telepsicología, útiles en la práctica de la terapia online, tales directrices son las siguientes:

1. Competencia del psicólogo: Los psicólogos deben garantizar su competencia utilizando las TIC.

2. Cumplir con los estándares de protección en la prestación de servicios de telepsicología: El psicólogo debe de cumplir con los estándares éticos y profesionales de atención durante todo el proceso (independientemente de que se trate de una modalidad diferente de terapia).
3. Consentimiento informado: El psicólogo tiene la obligación de ofrecer y documentar el consentimiento informado e informar a sus pacientes sobre los posibles riesgos de la terapia online (en caso de que los haya).
4. Confidencialidad de datos e información: El psicólogo deberá de proteger y mantener confidencialidad en datos e información que obtenga de sus pacientes e informarles de los riesgos al hacer uso de la videollamada y herramientas online.
5. Seguridad y transmisión de datos e información: Se debe garantizar la seguridad, proteger los datos y evaluar los riesgos a los que se pueda exponer el paciente, evitando, sobre todo, que se divulguen datos confidenciales.
6. Eliminación de datos e información: El psicólogo debe deshacerse de los datos y la información empleada que puede llegar a mantenerse en la red.
7. Pruebas y evaluación: en el caso de la utilización de instrumentos, el psicólogo deberá de adaptar dichos instrumentos a la modalidad online, sin perder las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez.
8. Práctica interjurisdiccional: El psicólogo debe de familiarizarse y cumplir con las leyes y normativas pertinentes de su país o provincia, para proporcionar sus servicios.

Andrade et al. (2021), citando a Martin, Milan y Campbell (2020), mencionan que la terapia online debe asegurar el consentimiento informado oral o escrito, la explicación de las ventajas y desventajas que existen en el proceso online y, sobre todo, que se garantice la

confidencialidad y privacidad de la información de los pacientes, además de considerar las redes de apoyo del paciente y posibles contactos para casos de emergencia.

1.1. 3. Tratamientos cognitivo-conductuales

1. 3. 1. Definición

La terapia cognitivo conductual (TCC) se puede definir como “un procedimiento terapéutico activo y estructurado que incorpora tanto intervenciones conductuales como cognitivas, con el fin de disminuir las conductas y emociones disfuncionales, para modificar el comportamiento y los patrones de pensamiento del individuo” (López y Ortega, 2019). Además, cabe resaltar que también es la aplicación clínica de la psicología que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (García et al., 2017, citando a Plaud, 2001).

1. 3. 2. Técnicas utilizadas en el trastorno de ansiedad social

El tratamiento cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social permite que el paciente tome parte activa y racional en su tratamiento (Morales, 2011), consiste en cambiar las creencias, patrones de pensamiento y patrones de evitación que tiene el paciente respecto a las situaciones sociales que le generan miedo, evitación y ansiedad. Las principales técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento del TAS son psicoeducación, entrenamiento en respiración aplicada, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y exposición (Luterek et al., 2003; Caballo, V., 2007; Morales, 2011; Bados, 2017; García et al., 2017; Caballo, 2018).

1.3.2.1. Psicoeducación.

Esta técnica se utiliza para que el paciente pueda conocer más a fondo sobre su trastorno, además de reconocer e identificar síntomas, signos y causas, mientras que al mismo tiempo

se rompe con mitos y desinformación que pueda tener. Durante este proceso se analiza si existe alguna causa a nivel psicológico que haya generado la ansiedad social y posteriormente buscar la manera de mejorar su condición por medio del tratamiento. Con la psicoeducación se busca que el paciente se vuelva casi un experto en su propio trastorno. De esta forma los pacientes se vuelven más participantes dentro de la problemática que buscan mejorar en sí mismos.

1. 3. 2. 1. Relajación aplicada.

La relajación aplicada es una técnica que permite reducir gradualmente la activación corporal para poder hacerle frente a diversas situaciones, esta reducción tiene beneficios para la salud física y mental, ayudando específicamente al sistema nervioso autónomo. En el caso de las personas con TAS, al momento de enfrentarse a situaciones que les generan miedo o ansiedad, pasan por una activación fisiológica que les puede generar: palpitaciones cardiacas, sudoración y temblores; dicha activación puede incrementar el miedo a la interacción social al sentirse expuestos y/o juzgados por su reacción fisiológica. En la relajación aplicada, el paciente aprende a vigilar sus propias señales fisiológicas y reconocer las sensaciones que le generan ansiedad y activan su sistema. Cuando el paciente con TAS logra reconocer sus sensaciones, se le instruye en relajación muscular progresiva. Cuando el paciente ya cuenta con dicha herramienta, puede hacer uso de ella en diferentes situaciones sociales que le generen ansiedad (Luterek et al., 2003; García et al., 2017).

1. 3. 2. 2. Reestructuración cognitiva.

Los pacientes con TAS suelen tener pensamientos automáticos y distorsionados que los mantienen con creencias negativas sobre sí mismos en las interacciones sociales, ya sea con evidencia o sin evidencia de ello. En la reestructuración cognitiva se le ayuda al paciente a

darse cuenta de dichos pensamientos mediante ejercicios de autorregistro explícitos, en los cuales se registran los pensamientos relacionados con las situaciones sociales temidas.

Después, el paciente debe evaluar la exactitud que tienen sus pensamientos y, con ayuda de su facilitador, debe enfrentar y analizar dichos pensamientos para evaluar si son o no verídicos, esto por medio de la discusión y cuestionamiento (Luterek et al., 2003). Al tiempo, deberá buscar pensamientos que le resulten más funcionales (de los que tenga evidencia) y que le permitan interactuar con menor ansiedad, dándole la oportunidad de obtener consecuencias agradables en sus interacciones, generando nuevos aprendizajes y perdiendo el miedo a las situaciones sociales.

1. 3. 2. 3. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS).

El carecer de habilidades sociales puede generar reacciones negativas a la hora de participar en interacciones sociales. En el caso de los pacientes con TAS se dan dos aspectos: el paciente puede carecer de habilidades sociales y, a causa de estas, mostrar evitación y miedo a la interacción; en un segundo caso, puede que no carezca de tales habilidades, sin embargo, debido a su miedo y evitación, da la impresión de no tener habilidades sociales. Ahora bien, el entrenamiento en habilidades sociales es una técnica que tiene el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales del paciente, aumentando así la probabilidad de interacciones sociales satisfactorias (Luterek et al., 2003; García et al., 2017; Caballo, 2018).

1. 3. 2. 4. Exposición.

Posterior a aprender sobre su trastorno, a regular su respiración en momentos de ansiedad, analizar su conducta y aprender herramientas de habilidades sociales, se busca que el paciente logre reaprender acerca de las situaciones que antes le generaban ansiedad, esto

por medio de la exposición a dichas situaciones, pero ahora con herramientas que le permitan enfrentarlas y tener éxito en sus interacciones.

La técnica de exposición busca poner al paciente en contacto con el estímulo temido con el objetivo de producir habituación al estímulo y extinción de la respuesta de miedo, de esta forma, el paciente tiene la oportunidad de establecer nuevas asociaciones al estímulo y generar un nuevo aprendizaje. La exposición a los estímulos le permite reducir la respuesta de miedo o ansiedad y disminuir la conducta de evitación (García et al., 2017).

Por lo general el paciente y el especialista, en conjunto, elaboran una lista con una jerarquía de situaciones sociales específicas que al paciente le generan temor o ansiedad.

Posteriormente, al paciente se le instruye y se le dan herramientas para que comience a exponerse a tales situaciones en orden, desde la que le cause menor temor hasta la que le causa mayor temor. De esta forma, podrá desarrollar una sensación de dominio y mantener una ansiedad tolerable al momento de exponerse a dicha situación (Luterek et al, 2003).

Capítulo II. Metodología

2.1 Paradigma metodológico

La presente investigación pertenece a un modelo de investigación mixto, ya que cuenta con características tanto cualitativas como cuantitativas. El modelo cuantitativo funciona como una base útil para hacer comparaciones cuando se usa en conjunto con la investigación cualitativa, en la presente se busca precisamente el comprobar la teoría poniéndola en práctica, por lo tanto, el enfoque mixto es el más preciso para su realización (Baena, 2014; Del Castillo y Olivares, 2014).

2.2 Diseño

Esta investigación tiene un diseño de pretest y posttest, dicho diseño implica dos mediciones de la variable dependiente (en este caso la ansiedad social), además de la administración de un solo tratamiento en base a la variable independiente. Se comparan los resultados de los participantes antes y después del tratamiento, el resultado que se obtenga será la diferencia entre el pretest y posttest y se asume que la diferencia obtenida se debe al tratamiento (Del Castillo y Olivares, 2014).

2.3 Población, muestra, muestreo

Población

La población se conforma por 30 personas con trastorno de ansiedad social, de 18 años en adelante que residan en Michoacán.

Muestra

No probabilística de sujetos voluntarios

Muestreo

Criterios de inclusión.

- Personas con trastorno de ansiedad social.
- Personas mayores de 18 años.
- Personas que residan en Michoacán.
- Personas con acceso a recursos de la terapia online, como lo es un dispositivo para conectarse (computadora, tableta, celular) y acceso a internet.

Criterios de exclusión.

- Se excluye a menores de 18 años y adultos mayores.
- Se excluyen personas que presenten comorbilidades con otros trastornos y enfermedades crónico-degenerativas.
- Se excluye a personas que no tengan acceso a un dispositivo para conectarse a la terapia online.

2.4 Instrumentos de recolección de información

Encuesta en Google Forms

- Se utilizó una encuesta como primer filtro para seleccionar a personas interesadas en participar. Contestando diversas preguntas para verificar que tuvieran trastorno de ansiedad social y cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión del programa. El cuestionario contiene datos generales y una prueba de cribado descrita a continuación.
- **Inventario de fobia social SPIN.** Fue añadida en la encuesta como cribado antes de entrar al programa. Creada en el año 2000 por Connor et al., cuenta con 17 reactivos en escala Likert en un rango de 0 a 4. Es uno de los instrumentos de cribado más

utilizados y evalúa síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos. Además, permite distinguir entre personas que sí tienen ansiedad social y aquellas que no, ayuda a identificar la severidad de los síntomas y permite valorar los cambios de los pacientes a nivel clínico. De acuerdo con Bravo et al. (2017) el SPIN presenta una alta consistencia interna, buena confiabilidad test retest y adecuada validez en población mexicana.

Batería de pruebas

- **Inventario de Ansiedad y Fobia Social SPAI.** Fue creado por Turner en 1989. Está integrado por 109 ítems directos que se responden en una escala tipo Likert con un rango de 7 puntos en los que 1 significa nunca y 7 significa siempre. Está compuesto por una escala de fobia social con 96 ítems del 1 al 32, y otra escala de agorafobia compuesta por 13 ítems del 33 al 45. En sus 109 ítems se definen 3 puntuaciones: una de fobia social, otra de agorafobia, y una puntuación de diferencia, que se obtiene al restar la puntuación de la agorafobia a la puntuación total. Esta última puntuación pretende eliminar la ansiedad proveniente de la agorafobia resultando en una puntuación pura de ansiedad social.

En el año 2021 Moral et al. realizaron en la Universidad Autónoma de Nuevo León una validación del SPAI en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos, logrando una consistencia interna alta en la escala de fobia social (Alfa de Cronbach: .98) así como en la escala de agorafobia (Alfa de Cronbach: .89).
- **Inventario de Depresión de Beck II:** Fue creada por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, tiene la finalidad de medir la depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los

criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. Se compone de una escala de tipo Likert y cuenta con 21 ítems en total.

- **Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF:** En su versión BREF cuenta con 26 ítems directos e inversos en escala Likert (del 1 al 5) y evalúan 4 dimensiones de la persona: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Se utiliza como una forma rápida de evaluación, siendo preferente su uso cuando la calidad de vida es de interés, más no un objetivo principal del estudio. No tiene puntos de corte, cuanto mayor sea la puntuación de la persona evaluada, mejor es la calidad de vida.

Capítulo III. Procedimiento

Paso 1. Muestreo

Primero se realizó una encuesta virtual, elaborada por medio de Google Forms (Anexo 5), la cual se difundió en redes sociales, folletos (Anexo 3), panfletos (Anexo 4) y radio UVAQ, a fin de encontrar individuos en Michoacán que presentaran síntomas de ansiedad social y cumplieran con los criterios de inclusión, para posteriormente realizar una selección de participantes. Con este primer filtro se obtuvieron 10 sujetos que presentaban síntomas de ansiedad social.

Paso 2. Invitación al programa

Se invitó a formar parte del programa a los 10 sujetos con ansiedad social que cumplieron con los criterios. Accedieron y acudieron 6 sujetos a realizar la batería de pruebas y firma de consentimiento informado de la entrevista preliminar.

Paso 3. Firma de consentimiento informado

Se realizó una entrevista preliminar individual a los 6 sujetos. Esta podía ser presencial (en las instalaciones de la Universidad Vasco de Quiroga) o de forma online. Primero se les brindó el consentimiento informado (Anexo 7), para que pudieran leerlo con detenimiento y permitiéndoles realizar preguntas acerca del proyecto. Si se encontraban de manera presencial firmaban como tal la hoja de consentimiento informado, confirmando su acuerdo para participar en la investigación; de forma online tenían que leer el consentimiento en voz alta dejando un antecedente grabado de su acuerdo, en el lugar de su firma.

Paso 4. Línea base

Durante la misma entrevista preliminar, se realizó la evaluación por medio de la batería de pruebas (Anexo 8) para iniciar su proceso. Se evaluó su nivel de ansiedad social, estado de

depresión, calidad de vida y estado mental en general. En este proceso se descartó a un sujeto que no mostraba síntomas significativos de ansiedad social, por lo tanto, quedaron 5 personas dentro del programa.

Paso 5. Acuerdo de fechas

Obtenidos el consentimiento y la evaluación o línea base, se acordaron las fechas de sesión.

Paso 6. Intervención

Se inició la intervención de manera individual. La intervención constó de una sesión de entre 45 minutos a 1 hora una vez por semana, siendo un total de 15 sesiones en un periodo de 3 meses y 1 semana. Se siguió el plan de intervención TASIO (Trastorno de Ansiedad Social Intervención Online) propuesto en el presente proyecto (Anexo 6).

Paso 7. Cierre y evaluación de la intervención

Para finalizar con el programa, se realizó un posttest para comparar el estado de los sujetos antes y después de la intervención, esto con la finalidad de evaluar la efectividad del programa. Devolviéndoles a los sujetos sus resultados y avances a forma de cierre.

Paso 8. Análisis de resultados

Se analizaron los datos en base a las puntuaciones de la batería de pruebas antes y después de la intervención, obteniendo los resultados y procediendo a su análisis e interpretación.

Paso 9. Entrega de resultados

Se realizó la respectiva entrega de resultados y conclusiones a las que se llegó después de aplicar el programa.

Capítulo IV. Resultados

4.1 Resultados cuantitativos

La muestra de la presente investigación se inició con un total de 5 pacientes, de las cuales se contó con 3 mujeres y dos hombres entre 18 y 38 años y con una escolaridad media de 14 años, es importante también mencionar que 4 de ellos eran originarios de la ciudad de Morelia y se contó con un sujeto originario de ciudad hidalgo. Sin embargo, los resultados se tuvieron que procesar con sólo 3 sujetos quienes concluyen el programa ya que se tuvieron 2 muertes experimentales.

Tabla 5

Datos generales de la muestra total

Expediente	Edad	Género	Escolaridad	Lugar de residencia
Sujeto 1	38	M	Licenciatura.	Morelia, Michoacán
Sujeto 2	19	M	Estudiante universidad.	Morelia, Mich.
Sujeto 3	19	F	Estudiante universidad.	Morelia, Mich.
Sujeto 4	18	F	Estudiante universidad.	Morelia, Mich.
Sujeto 5	23	F	Licenciatura.	Ciudad Hidalgo, Mich.

En la Tabla 5 se observan los datos demográficos de la muestra, de ella los sujetos que concluyen el programa y representan los resultados de la presente investigación son los expedientes 1,2 y 3. Por lo que al final, se contó en la muestra con 2 hombres y 1 mujer y con una media de edad de 25 años y una media de escolaridad de 14, todos originarios de la ciudad de Morelia.

Como ya se mencionó, se les aplicó la Escala de Ansiedad y Fobia social (SPAI) de Turner (1989). Inicialmente, tal como se muestra en la tabla 6 de pretest y posttest de SPAI, se confirmó que todos los sujetos presentaban ansiedad social de carácter clínico con una media en su puntuación inicial de 163.09. En el posttest se observó una diferencia importante en 2 de los 3 sujetos que concluyen el programa, observando por ejemplo que el

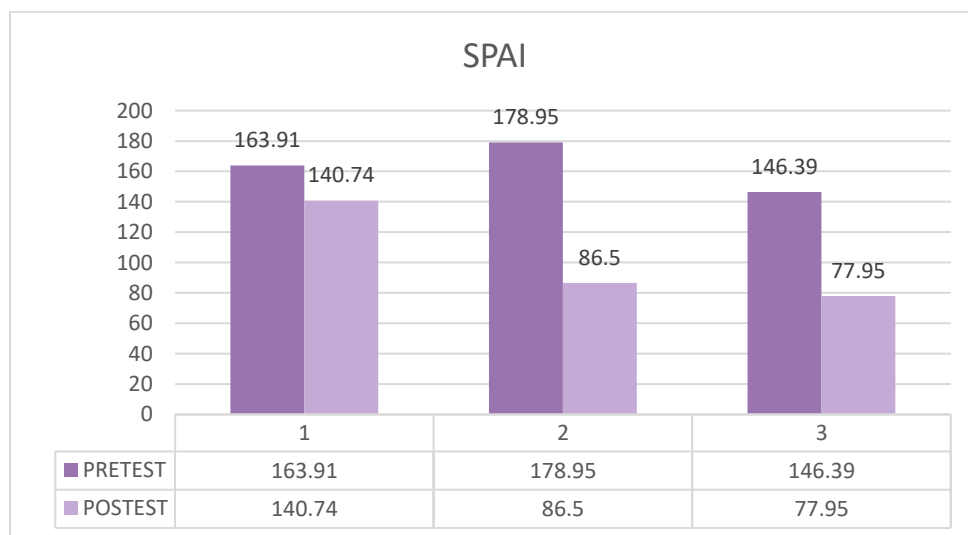
sujeto 3 inicio con 146.39 y concluye con 77.95, obteniendo una puntuación por debajo del punto de corte (80 puntos) del SPAI, indicando que al finalizar el programa no puntúa con ansiedad social de carácter clínico. Por su parte, el sujeto 2 inicia con una puntuación de 178.95 y concluye con 86.5, cerca del punto de corte (80) mostrando una disminución considerable. En el caso del sujeto 1, la ansiedad disminuyó en 23.17 puntos, pasando de una ansiedad social inicial de 163.91 a 140.74 final, lo que implicaría que el sujeto no redujo de manera significativa su ansiedad social.

Dichas puntuaciones implican que en una media del posttest fue de 101.73. Si comparamos entre el pretest y posttest, en su media de los 3 sujetos, la diferencia es de 61.36 puntos.

Posterior al tratamiento, al evaluar su ansiedad social nuevamente, se encontró que el nivel de ansiedad social de aquellos pacientes que terminaron el programa disminuyó considerablemente. A continuación, se muestra la tabla 6 con las diferencias de las puntuaciones del prest y posttest.

Tabla 6

Pretest y posttest ansiedad social SPAI

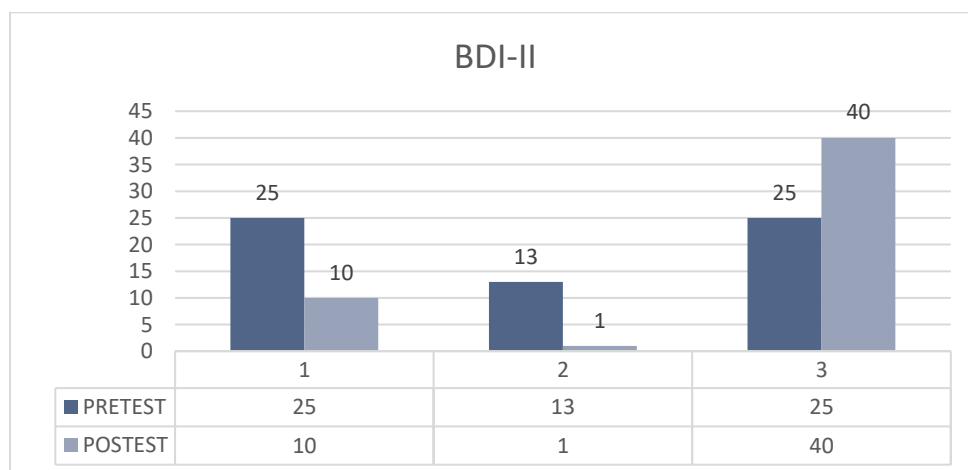


Para indagar el nivel de Depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) creado por Beck en el año 1996, que también se aplicó en forma de pretest y postest, inicialmente se encontraron puntuaciones desde sospecha de depresión mínima (de 0 a 13), hasta sospecha de depresión moderada (de 20 a 28) con una media de 21 puntos que indica sospecha de depresión moderada. Observando que los sujetos 1 y 2 inician con sospecha de depresión moderada, obteniendo 25 puntos y 13 respectivamente, y terminan con puntuaciones que indican depresión mínima, con 10 puntos el sujeto 1 y 1 punto el sujeto 2. En el caso del sujeto 3, paso de sospecha de depresión moderada, con 25 puntos, a una sospecha de depresión grave (entre 29 a 63) de 40 puntos, sin embargo, se atribuye este resultado a variables externas en la vida del sujeto que afectaron considerablemente su estado de ánimo en las últimas dos semanas del tratamiento de TAS.

En general, la muestra tuvo una media inicial de 21 y finaliza con una media de 17, no hubo un cambio general en las medias de la muestra, sin embargo, hubo cambios de forma individual.

Tabla 7

Pretest y postest depresión BDI-II

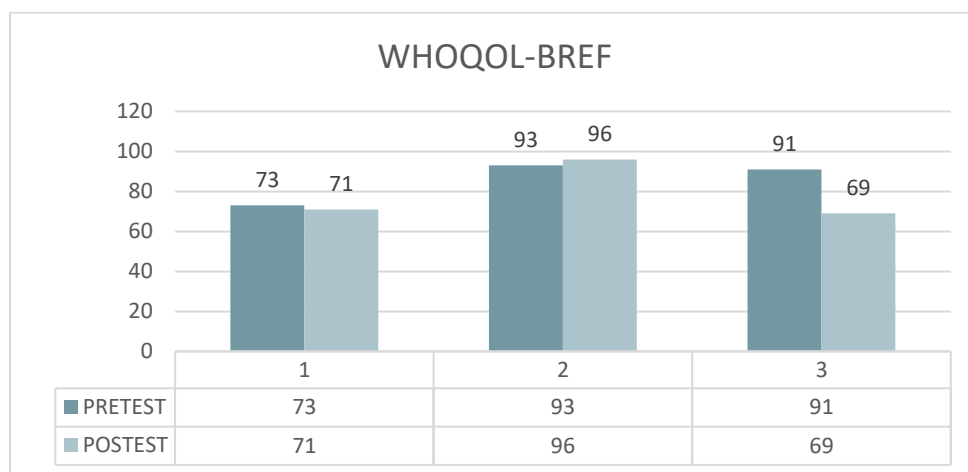


Finalmente, en el pretest del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF, publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2004, los pacientes presentaron puntuaciones que indicaban una buena calidad de vida y salud en general obteniendo una media de 85.67. Al realizar el posttest en el caso del sujeto 2 su calidad de vida incremento en 3 puntos, pasando de 93 a 96; en el sujeto 1 disminuyó 2 puntos, de 73 a 71; y en el caso del sujeto 3 la calidad de vida disminuyó considerablemente, nuevamente, a causa de variables externas al programa.

En cuanto a las medias, inicialmente se obtuvo la puntuación de 85.67 y al finalizar la media fue de 78.66. Asimismo, en el seguimiento no se encontraron cambios considerables respecto de la calidad de vida y salud general que involucren al programa, puesto que mantuvieron puntuaciones similares a las iniciales, a excepción del caso 3.

Tabla 8

Pretest y posttest calidad de vida WHOQOL-BREF



4.2 Resultados cualitativos

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de forma individual. Cada sujeto avanzaba de forma diferente, refiriendo diferentes historias con el TAS, así como síntomas en situaciones diferentes dependiendo aquello que les generaba más ansiedad.

Análisis funcional

A continuación, se muestra el análisis funcional que permite obtener una vista general de las conductas de cada uno de los sujetos observando sus principales problemas dentro de la socialización y las respuestas conductuales derivadas de los aprendizajes previos que han tenido y relacionándolos con las variables biológicas, psicológicas, ambientales y de fortaleza que igualmente modulan la conducta.

Tabla 9

Análisis funcional por sujeto

Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
Tratamientos anteriores		
Terapia psicoanalítica por 6 sesiones hace más de un año debido a síntomas de depresión. Tratamiento hace 3 años con medicamento escitalopram (depresión), durante 2 años.	Ninguno.	Ninguno
Principal problemática		
Miedo a ser juzgado o evaluado.	Miedo a los desconocidos y espacios donde tiene que socializar.	Miedo a interactuar con personas en general.
Variables moduladoras		
Variables disposicionales: - Poca energía durante el día para realizar actividades. - Uso de medicamento tiamina al dormir.	Variables disposicionales: - Invalidación de su propia capacidad para actuar. - Constante indecisión. Variables ambientales:	Variables disposicionales: - Autoexigencia de perfección. - Bajo autoconcepto. - Autopercepción de ser incapaz de cambiar.

- Antecedentes de uso de sustancias (marihuana) a los 24 años durante 7 años (lo dejó hace 6 años). - Olvidos frecuentes. - Pesimismo. - Baja autoestima. - Autoexigencia. - Creencias disfuncionales rígidas. Variables ambientales: - Poco tiempo a causa del trabajo. - Inestabilidad laboral. - Ser percibido en su entorno como alguien de pocas palabras y serio. Factores de protección: - Motivación para mejorar. - Gusto por el autoconocimiento. - Gusto por la música y tocar en conjunto.	- Seguridad basada en la presencia de sus amistades. Factores de protección: - Inicio de la universidad y consecuente búsqueda del crecimiento y desarrollo personal. - Oportunidades de cambio en los contextos en los que se desenvuelve. - Red de apoyo fuerte que le acompaña y anima en su proceso. - Padres que le permiten independencia al ser el mayor de la familia. - Constancia y compromiso con su proceso. - Conocimientos sobre teatro e interpretación.	Variables ambientales: - Sobreprotección al ser la más pequeña de su familia. - Ser percibida en su entorno como introvertida. - Importancia en su entorno sobre la salud mental y los beneficios de la atención psicológica. Factores de protección: - Inicio de la universidad y consecuente búsqueda de crecimiento personal. - Búsqueda constante de independencia. - Motivación al cambio.
Cadenas funcionales		
Estímulo discriminativo (ED): ➡ Estímulo condicionado (EC): Situación social. ➡ Respuesta condicionada (RC): Nervios, sudor, tensión en brazos, miedo y ansiedad. Cogniciones como “me están juzgando, evaluando, criticando”, “me veo	ED: ➡ EC: Espacio social. ➡ RC: Miedo, nervios, ansiedad, preocupación, pena, estrés. Cogniciones como “no sé qué hacer”, “no les agradare”, “me voy a equivocar”, “debería hacer...”, “me están viendo y analizando lo que hago”, “están viendo	ED: ➡ EC: Interactuar con otras personas. ➡ RC: Ansiedad, nervios, retraimiento, habla baja, preocupación, miedo a ser juzgada, miedo a mostrar síntomas de TAS. Cogniciones como “no se hacerlo”, “se van a burlar de mí” y “seguro se están

mal”, “me voy a equivocar”, “no sirvo para esto”. Respuesta operante (RO): No participar o hacerlo lo más rápido posible y evitar situaciones donde tenga que hablar o participar. Consecuentes (C): Alivio momentáneo (Reforzador negativo -)	que estoy nervioso”, “necesito que alguien me cubra”. RO: Comenzar a pasar por síntomas fisiológicos (palpitaciones, sudor, falta de aire, ganas de vomitar), quedarse inmóvil en una esquina, abandonar los lugares o evitar salir solo. C: Evitación del malestar (R-)	burlando de mí”, “me voy a equivocar y se van a burlar”, “que no noten que estoy nerviosa” RO: No hablar ni moverse, no intervenir (aunque así lo quisiera), esperar a que alguien más intervenga por ella o le ayude. C: Evitación de la situación social (R-) Calma al ser ayudada (R-).
Consecuencias a mediano/largo plazo		
- Frustración en relaciones sociales y abandono de estas. - Reafirmar pensamientos acerca de que es incapaz de interactuar socialmente. - Dejar de hacer lo que le gusta.	- Dejar actividades que le gustan por ansiedad. - Aislamiento. - Reforzar pensamientos acerca de que no puede estar solo en un espacio social.	- Dependencia de otros para interactuar. - Frustración en sus participaciones sociales. - Aumento de la creencia de ser incapaz de socializar por cuenta propia.
Hipótesis de origen		
A lo largo de su vida tuvo muchos cambios de vivienda (estímulo incondicionado EI), al conocer a gente nueva le juzgaban por su religión (mormona, la cual dejó a los 20 años), marginándolo, esto generando angustia y miedo (respuesta incondicionada RI) al momento de interactuar con las personas. Por otro lado, su padre le enseñó música a él y a sus hermanos (EI), exigiéndoles perfección al tocar y regañándoles cuando no era	En su infancia algunos compañeros de la escuela (espacio social) (EI) se burlaban de él sin razón aparente, haciéndole sentir que no encajaba, generando en él miedo a que lo juzgaran o criticaran, cerrándose en sí mismo y aislándose (RI).	En la primaria tuvo un cambio de escuela (EI), en el que tuvo que conocer gente de diferentes edades mencionando que se sentía emocionada por ello, sin embargo, una niña comenzó a hostigarla y burlarse de ella cada que participaban en algo, generándole miedo, nervios y ansiedad al momento de interactuar en el grupo (RI), llegando a un consecuente retraimiento en el grupo.

así, generando nervios, pena y miedo a equivocarse (RI).		
Objetivos individuales		
Reducir los síntomas de ansiedad social.	Reducir los síntomas de ansiedad. Retomar actividades que dejó por ansiedad.	Reducir los síntomas de ansiedad social. Lograr realizar cosas por su cuenta y contribuir a su independencia.
Tratamiento		
Psicoeducación: Diferenció entre su introversión y sus síntomas de ansiedad social. Respiración aplicada: Aprendió a utilizar la respiración como estrategia para relajarse ante una situación de ansiedad. Reestructuración cognitiva: Aprendió a identificar sus emociones, pensamientos y conductas en diferentes situaciones sociales, así como a identificar las consecuencias que estas traían. Identificó creencias centrales que le exigían perfección y al tiempo lo invalidaban, mencionando sentirse mejor al percatarse de ellas y saber que no eran posibles de cumplir. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS): Refería sentirse más tranquilo en situaciones que antes le generaban ansiedad. Practicaba en sesión (con cierto trabajo), hasta que lograba la conducta, sintiéndose motivado (R+).	Psicoeducación: Se percató del miedo intenso que tenía antes las situaciones sociales y su evitación hacia estas. Respiración aplicada: Identificó los síntomas fisiológicos que presentaba en las situaciones sociales y aprendió cómo disminuir esos síntomas, hasta dejar de presentarlos. Reestructuración cognitiva: Pudo encontrar alternativas de pensamiento que le podrían traer consecuencias agradables. Además, se dio cuenta de que no tenía evidencia actual para ciertos pensamientos, mencionando que prefería intentar las cosas y ver como resultaban en lugar de escapar de ellas. EHS: Posterior al entrenamiento se dio cuenta de que aprender a entablar conversaciones le ayudaba a no sentirse tan nervioso (como previo al programa), sintiéndose capaz de interactuar socialmente. Posteriormente, comenzó a aplicar lo aprendido en su	Psicoeducación: Se dio cuenta de que las conductas de evitación y miedo tenían una explicación en base al TAS. Respiración aplicada: Este entrenamiento le ayudó a identificar sus síntomas. Justo después de aprender sobre respiración se enfrentó a una situación social que le generaba mucho miedo, llegando al punto de llorar, salió de la situación y comenzó a respirar, identificando que esto disminuyó su ansiedad a nivel físico. Aún faltaba más trabajo en su proceso para que la sintomatología disminuyera. Reestructuración cognitiva: Comenzó a analizar sus pensamientos automáticos, buscando alternativas que fuesen más lógicas. Esto ayudando a disminuir sus respuestas operantes en las situaciones sociales. EHS: Después de aprenderlas en sesión las practicaba en su día a día, aprendiendo a respetar sus

Exposición: En un inicio mostraba resistencias a realizar sus exposiciones semanales, aunado al poco tiempo que le daba el trabajo no podía realizar actividades nuevas. Después de 3 semanas comenzó a exponerse y a encontrar resultados favorables, se dio cuenta de que cuando participaba socialmente o tocaba algún instrumento, las reacciones de las personas a su alrededor eran agradables (R+) y no negativas como lo había aprendido.	vida diaria obteniendo resultados agradables (R+). Exposición: Al percatarse de sus avances se mostró animado a realizar las exposiciones, siendo constante en ellas. Pudo aplicar lo aprendido durante todo su proceso, respirando y descartando pensamientos disfuncionales, mostrando habilidades sociales. Por cada exposición era felicitado por parte de sus amigos (R+) y obtenía una sensación de logro (R+).	derechos asertivos y comunicando cada vez más las cosas que necesitaba. Exposición: Las primeras exposiciones le costaron más trabajo, sintiéndose nerviosa y regresando a pensamientos distorsionados en los que la criticarían, sin embargo, usaba la respiración para tranquilizarse y comenzaba a analizar brevemente sus pensamientos, recordando lo aprendido en sesiones anteriores. Al interactuar se encontró con resultados agradables (R+) generando un nuevo aprendizaje.
---	--	--

Tal como se muestra en la tabla se pueden observar diferencias individuales entre los sujetos, dichas diferencias fueron determinantes para su progreso en el programa y los resultados obtenidos a su término. Se puede resaltar dentro de esas diferencias las variables moduladoras, en los casos de los sujetos 2 y 3 los factores de protección ayudaron considerablemente a su mejora del TAS, mientras que en el caso del sujeto 1 se encontraron más variables disposicionales que dificultaron sus avances. De igual forma en los sujetos 2 y 3 se encontró una constante búsqueda de crecimiento personal e independencia, que resultó un factor motivador para realizar las sesiones asincrónicas, tareas y exposiciones. En las hipótesis de origen también se puede observar similitud en los sujetos 2 y 3, quienes pasaron por situaciones de burla en la infancia que terminaron en retraimiento, así mismo, durante el tratamiento, su principal reforzador de la conducta de participar socialmente fue su entorno social próximo.

Capítulo V. Conclusiones y discusión

Con base al crecimiento de la terapia online, posterior a la pandemia, se volvió necesario el desarrollo de investigaciones en el área que orienten las nuevas intervenciones online (Murphy et al., 2021), surgiendo de esta forma investigaciones específicas como la presente. Tras analizar los resultados obtenidos, se puede observar en el pretest y posttest del SPAI (Tabla 6) la mejoría obtenida por los pacientes, resaltando los resultados de los sujetos 2 y 3, quienes redujeron considerablemente su puntuación y, por consiguiente, su sintomatología. Por ejemplo, la puntuación del sujeto 3 en el posttest se encuentra por debajo del punto de corte, indicando que no se encuentra en ansiedad social, confirmando la efectividad del programa en su caso. En el caso del sujeto 2, este obtuvo una puntuación cercana a punto de corte en el posttest, por lo que se considera que el programa fue igualmente efectivo. En el caso del sujeto 1 se encontró una mejoría poco significativa a nivel cuantitativo, sin embargo, se consideran en su caso las variables disposicionales, que pudieron resultar como un factor que impedía su progreso, tales como los olvidos frecuentes de lo revisado en sesiones anteriores, el pesimismo y la baja autoestima, que le desanimaban de realizar las exposiciones, aunado al poco tiempo que tenía para realizarlas y no poder abrir un espacio por problemas económicos, además de mencionar que en su caso no contaba con una red de apoyo que lo motivara fuera de las sesiones.

Se puede observar que parte importante del progreso de los sujetos 2 y 3 fueron sus factores de protección. Por ejemplo, en el caso del sujeto 2, aparte de la sensación personal de logró y satisfacción, se observó que la fuerte red de apoyo que mantenía servía como un reforzador positivo, le felicitaban y le animaban a seguir su proceso de exposición. Por otro lado, el sujeto 1, contaba con diversos factores disposicionales que pudieron haber afectado su progreso, como la falta de tiempo para realizar tareas a causa del trabajo, además de la

baja energía y olvidos frecuentes de sus tareas. Por un lado, los factores de protección les permitieron llevar a cabo el programa y, de esta forma, poder desarrollar nuevas habilidades y aprendizajes. Mientras, en el caso del sujeto 1 el poco tiempo, debido al trabajo, y los olvidos sobre las tareas, resultaron una variable que afectó a su progreso, atrasando sus avances. Aunado al pesimismo y la baja autoestima, las variables disposicionales impidieron generar avances constantes en la ansiedad social del sujeto 1, afectando a sus resultados finales.

Además, en los casos de los sujetos 2 y 3, se encontró similitud en las hipótesis de origen y un reaprendizaje por medio de exposición similar en ambos sujetos, en el que un reforzador positivo fue el apoyo y felicitación por parte de su entorno social, en comparativa con la hipótesis de origen, reaprendieron que no se burlarían de ellos al participar socialmente, sino que, por el contrario a lo que creían, les felicitaron y animaron a seguir participando. Por otra parte, para responder a la pregunta de investigación “¿es la terapia online con un enfoque cognitivo conductual eficaz para el trabajo en pacientes con trastorno de ansiedad social?” se buscó que en un inicio una muestra de 30 personas, sin embargo, este objetivo no fue cumplido a causa del poco tiempo de difusión del programa y la muerte experimental de sujetos interesados en participar que no se presentaron a la primera entrevista, en la cual se evaluaría su estado de ansiedad social, además de la muerte experimental de otros sujetos quienes ya habían iniciado su proceso, dichos abandonos pudieron resultar parte de la evitación social, característica del trastorno de ansiedad social de acuerdo con el DSM-V y el CIE-11.

Debido a la poca muestra no se consiguió probar la efectividad, sin embargo, los resultados indican que se puede lograr mejoría con este tipo de intervenciones. Con relación a este hecho, la psicóloga Vanessa Álvarez de la Universidad de Jaén, en España (2021) realizó

una intervención online en una paciente con TAS, utilizando la terapia de aceptación y compromiso y otras herramientas de la TCC, obteniendo un resultado exitoso similar al de este estudio, por lo tanto, a pesar de que resulta difícil valorar la eficacia de los programas online al tener muestras pequeñas, se pueden obtener resultados favorables.

Otro factor importante a considerar en la muestra de la presente investigación fue la evaluación del estado de ánimo, está ayudó para tener en cuenta las comorbilidades de los sujetos, encontrando que el mantener un estado de ánimo próximo a la depresión pudo haber resultado como un factor asociado al abandono de la intervención y/o de los tratamientos en general. Tal es el caso del sujeto 1, que llegó con sospecha de depresión moderada y quien, anteriormente, abandonó su tratamiento psicológico y psiquiátrico; así como el caso de los sujetos 4 y 5, que iniciaron el programa y no lo terminaron, quienes llegaron con sospecha de depresión moderada.

Respecto a esta área de evaluación de la depresión, en el caso de sujeto 3 surgieron variables externas al programa y a la ansiedad social que empeoraron su estado emocional en las últimas 2 semanas previas a terminar su proceso (Tabla 7) encontrándose dentro de ellas el rompimiento de una amistad importante. Es importante mencionar que, al ser un programa específico para trabajar ansiedad, no se trabajaron con aspectos relacionados a la depresión, por lo tanto, el sujeto 3 se refirió a otro especialista al terminar el programa.

Con base a lo anterior, es importante considerar las comorbilidades en el trastorno de ansiedad social, sobre todo en el caso del estado de ánimo y depresión. Wilson y Rapee (2005) mencionan que la depresión es el trastorno afectivo que se encuentra más comórbido con el TAS y se relaciona con un incremento de la asociación negativa en situaciones sociales.

Continuando con la evaluación del estado de ánimo, también sirvió para conocer si el estado cambiaba después de recibir atención psicológica online. Los sujetos 1 y 2 mejoraron considerablemente su estado de ánimo en general, llegando con sospecha de depresión moderada en el BDI-II y finalizar obteniendo puntuaciones en el posttest (Tabla 7) de depresión mínima, indicando que el tratamiento online, además de ayudar a su ansiedad social, también ayudó a mejorar su estado de ánimo. Tal como lo encontrado en 2013 por los autores Dagöo et al., quienes realizaron una investigación acerca de los resultados que obtenían los programas de salud mental online, afirmando que el hecho de que los sujetos se sintieran escuchados y apoyados por un especialista por videollamada, independientemente de la eficacia del programa, ayudaba a disminuir su malestar emocional, sintiéndose valorados cuando otra persona escuchaba sus problemas. Se evaluó de igual manera la calidad de vida de cada sujeto, debido a que la ansiedad social suele afectar al desenvolvimiento de la persona en el entorno impidiendo que ésta pueda realizar varias de sus actividades cotidianas.

Al revisar las aplicaciones del posttest del WHOQOL-BREF (Tabla 8), la cual cuenta con una escala Likert del 1 al 5, donde 1 significa nada o muy insatisfecho, 5 mucho o muy satisfecho, mientras que el 3 significa lo normal, se encontró una tendencia en los 3 sujetos de responder <<lo normal>> en la mayoría de los reactivos, esto podría deberse a variables relacionadas con la seguridad en sí mismos, volviendo factible una explicación del porqué, a pesar de mencionar sentirse más realizados y motivados con los cambios realizados en su vida diaria después del tratamiento, no se encontró gran diferencia en la evaluación de su calidad de vida. Estos datos reflejan la posible falta del trabajo con la seguridad de los sujetos en este programa.

En cuanto a los sujetos 1 y 3 las puntuaciones más bajas en esta última prueba de calidad de vida (Tabla 8) se deben a factores de dificultad económica. Y, en el posttest, la puntuación del sujeto 3 bajó aún más por la variable del duelo ante la pérdida de una amistad.

Respecto a los objetivos que se buscaban conseguir, se logró el desarrollar una propuesta de tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con TAS, esto con base en intervenciones e investigaciones realizadas de forma presencial (Luterek et al., 2003; Caballo, 2007; Bados, A. y García, E., 2011; Morales, 2011; García et al., 2017; García et al., 2018; Caballo et al., 2018; Alvarez, 2021), tomando en consideración aquellas investigaciones que daban un acercamiento sobre la terapia online y las regulaciones ya existentes de la telepsicología (Macías y Valero, 2018; Anderson et al., 2019; Alvarez, 2021; Srivastava et al., 2021; Suazo, 2021; Neufeld et al., 2022). Dichas investigaciones ya existentes fueron fundamentales para el desarrollo del programa, ya que brindaron las pautas a tomar en cuenta y los factores que afectan al cambio entre presencial y online, así como ventajas y desventajas de esta última.

En cuanto a evaluar la efectividad del tratamiento, este objetivo no fue conseguido debido a la poca muestra de pacientes, sin embargo, los 3 sujetos lograron mejorar, sobre todo los casos 2 y 3, demostrando que el programa tuvo eficacia en dichos sujetos. Por consiguiente, se considera el probar su aplicación en una muestra más representativa y sería necesario realizar más investigación para comprobar efectividad.

Para lograr el objetivo de que el programa pudiera ayudar a los sujetos con TAS se tomó como referente la terapia cognitivo conductual, debido a que es la más investigada en materia de terapia online, tal y como mencionan Macías y Valero, 2018; Anderson et al., 2019; Alvarez, 2021; Srivastava et al., 2021; Suazo, 2021; Neufeld et al., 2022, después de

la aplicación del programa queda en evidencia que la TCC puede ser utilizada de forma online en pacientes mexicanos con TAS.

Al revisar las actividades y técnicas que se iban a utilizar en el programa se tomaron en consideración las investigaciones e intervenciones a pacientes con TAS de autores como Greenberger, D. y Padesky, C. (1988), Luterek et al. (2003), Caballo (2007), Bados, A. y García, E. (2011), Morales (2011), García et al., (2017), García et al. (2018), Caballo et al. (2018). Dichos autores enfocan sus intervenciones con ansiedad social en cuatro elementos principalmente: psicoeducación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y exposición. Estos cuatro elementos mostraron su efectividad al ayudar a los pacientes a entender su condición, encontrar nuevas alternativas funcionales de pensamiento, adquirir nuevas habilidades para poder socializar y poder poner esto a prueba exponiéndose ante aquello que antes les daba miedo, logrando un resultado favorable y reaprendiendo nuevas conductas más saludables, concordando de esta manera con los resultados encontrados en intervenciones presenciales de los autores anteriormente mencionados.

Sin embargo, se encontraron en las variables moduladoras de los tres sujetos problemas relacionados a la seguridad y autoestima (Tabla 9), Caballo et al. (2018) sugieren que para mejorar estos aspectos se trabaje con las cualidades, además de aplicar un grupo terapéutico para incrementar la seguridad y facilitar las técnicas de moldeamiento. Como parte de las variables moduladoras que afectaron en el programa, en el sujeto 1 se encontró como constante el olvido de las sesiones y olvido de las tareas, retomando los resultados que obtuvo Álvarez (2021), el trabajar con la terapia de aceptación y compromiso facilitó el cumplimiento de las tareas a distancia en su programa online de terapia a un paciente con TAS, resultando este otro factor a tomar en cuenta que pudo haber facilitado el cumplimiento de las tareas en el caso del sujeto 1 de la presente.

Por otro parte, se observó que aquellos pacientes que contaban con una red de apoyo bien establecida (Tabla 9) presentaban un mayor compromiso con su proceso, el hecho de que su red de apoyo les motivara servía como un reforzador positivo al realizar las actividades, modificaciones en su conducta y exposiciones. Sobre todo, este compromiso que fue crucial al llegar a las técnicas de exposición, su red de apoyo les alentaba a exponerse y se mantenían al pendiente de sus logros, nuevamente fungiendo como reforzadores positivos. Se sugiere que trabajar con una red de apoyo puede favorecer al tratamiento y que el trabajar sin una puede dificultar un tanto el avance, más no imposibilitarlo.

En lo que compete plenamente a la terapia online, se tomaron en consideración los cambios respecto a la ética profesional y la alianza terapéutica. De la Torre y Pardo (2019) señalan que un aspecto controvertido al momento de trabajar con la terapia online es la alianza terapéutica y, citando a Lester, (2006) y Widdershoven (2017), mencionan que la distancia puede resultar negativa para el desarrollo de una alianza terapéutica, afectando a la eficacia del tratamiento. En el caso de este programa, se procuró cuidar la alianza terapéutica en todo momento, tratando a los pacientes con respeto desde que se contactaron para entrar al programa explicándoles el programa, pidiendo y respetando su consentimiento. El estar frente a una pantalla puede suponer un distractor, sin embargo, se escuchó a los pacientes plenamente, desactivando notificaciones y distractores, cuidando el mismo espacio del psicólogo para que los pacientes sintieran ese ambiente de confianza. Al tener esta confianza con la persona que les atendía, se mostraban responsables con su propio progreso y confiaban que las tareas ayudarían a este mismo, favoreciendo a la realización de sesiones asincrónicas además de aumentar su compromiso con el proceso de exposición a las situaciones sociales temidas. No obstante, se debe resaltar que efectivamente se encontraron dificultades al estar a distancia, resultando en algunas muertes experimentales

al momento de reunir a la muestra, por lo que se considera como un aspecto en el que se debe tener especial cuidado sobre todo con el primer contacto de los pacientes con el especialista y al inicio de los tratamientos.

Encontrar un espacio seguro para hablar de temas privados sin interrupción en casa fue un reto en el sujeto 3 y los sujetos 4 y 5 que fueron muerte experimental, les generaba pena hablar o mencionar cosas cuando escuchaban a alguien cerca de su espacio para tomar las sesiones sincrónicas y, en ciertos casos (sobre todo a quienes les resultaba difícil poner límites) les abrían la puerta de su espacio quitándoles motivación. Andrade et al. (2021) mencionan, citando a Aboujaude et al. (2020), Gómez y Araujo (2016) y Soto-Pérez et al. (2016), que en la terapia online se pueden presentar situaciones que dificulten la espontaneidad y motivación del paciente, una de ellas es la presencia próxima de familiares. Los autores anteriormente mencionados sugieren evaluar si los pacientes se encuentran aptos para trabajar online y, en caso de que esto no sea así, derivarlos a un tratamiento presencial, esta puede ser una opción viable para aquellos casos donde seguir en línea sugiere incomodidad en casa por parte del paciente.

El comunicar desde un inicio con los sujetos cómo se iba a trabajar desde la terapia online resultó beneficioso para su proceso, se les enseñó cómo funcionaba, se les explicó en qué momentos se iba a realizar de forma sincrónica (videollamada) y asincrónica (plataforma), la importancia del trabajo en plataforma y el completar las actividades, además de sugerir el uso de audífonos, la búsqueda de un espacio cómodo y sin interrupciones, así como enseñarles a lidiar con algunas situaciones de fallos en el internet al momento de conectarse a sesión sincrónica (como revisar unos minutos antes su conexión o refrescar su modem). Tal y como mencionan Neufeld et al. (2022) “las TIC’s nos brindan diferentes herramientas

que permiten explicarles mejor a los pacientes diversos temas y vuelven dinámicas las sesiones”.

Neufeld et al. (2022) indican que los programas online pueden ser realizados de forma sincrónica y asincrónica, en esta investigación se utilizaron ambas a fin de compaginarse y ayudar al proceso de los pacientes. Posterior a la implementación de ambas, se observó que los pacientes se encuentran más centrados durante las sesiones sincrónicas, mientras que la parte asincrónica se les suele olvidar con facilidad. Esto último, podría deberse tanto a aspectos de compromiso por parte de los pacientes, así como a cuestiones de dificultad para acceder a la plataforma (en este caso de Classroom) o poca practicidad de esta.

Finalmente, dentro de lo que se puede concluir en el presente trabajo, se tenía inicialmente como objetivo principal valorar la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social, encontrando que a medida que los sujetos avanzaban en el programa fueron aprendiendo a lidiar con los síntomas de la ansiedad social y reaprendiendo, por medio de nuevas habilidades, sobre conductas y situaciones que anteriormente les generaban malestar, lo cual les permitió realizar actividades que les daban miedo, ansiedad y/o generaban evitación, obteniendo una disminución considerable de su ansiedad social reafirmando que la terapia online con enfoque cognitivo conductual puede resultar beneficiosa para el trabajo en pacientes con trastorno de ansiedad social.

Para poder valorar la efectividad se requiere de cierta cantidad mínima de individuos. En un principio se buscó reunir la cantidad de 30 sujetos, no se logró dicha cantidad, sin embargo, en 2 de los 3 sujetos que participaron y terminaron el tratamiento se encontró mejoría.

Resaltando que gran parte del avance encontrado tuvo que ver con sus características

individuales, sus variables moduladoras y fortalezas. De igual forma, sería necesario seguir investigando en muestras más grandes para poder comprobar efectividad.

El hecho de haber aplicado la propuesta permitió evaluar el desempeño de la terapia online, verificar el uso de plataformas y programas al momento de darles un enfoque en la salud mental, así mismo, como evidencia y descubrimiento de sugerencias que se podrían aplicar al momento de realizar otras intervenciones en muestras más grandes.

Se logró generar nueva evidencia de la terapia online favoreciendo a su desarrollo y difusión. Dicha evidencia puede servir a los profesionales en salud mental como parte de su capacitación para poder brindar un servicio online adecuado.

Después de realizar la intervención, se encontró que cuidar las implicaciones de cambios en los tratamientos online en cuanto a ética profesional y alianza terapéutica son un aspecto realmente fundamental que no se debe pasar por alto, comprobando que se puede crear un vínculo con los pacientes aun estando a distancia.

La presente permitió progresar en la realización de investigaciones sobre la terapia online aplicada en trastornos o poblaciones específicas, favoreciendo la creación de más programas confiables, que ayuden a los pacientes y en los cuales los especialistas en salud mental, psicólogos y terapeutas, puedan confiar.

Limitaciones y sugerencias

A lo largo del programa se fueron mostrando diferentes limitaciones e impedimentos que dan paso a algunas sugerencias para futuras intervenciones, así como recomendaciones para investigaciones que se centren en los temas tratados en este proyecto, tales como:

- **Muestra limitada:** No se contó con la suficiente cantidad de sujetos y el tamaño de la muestra impidió la comparación con un grupo control, resultando en una limitante para comprobar efectividad. Se sugiere considerar el tiempo de difusión y las características particulares de los sujetos para lograr las muestras. En este caso, los sujetos se interesaron más por anuncios de radio y panfletos entregados individualmente en los que se les explicaban los síntomas y signos del TAS.
- **Uso de plataformas:** Si bien Google Classroom es una plataforma gratuita útil para clases online, al momento de trabajar con pacientes se encontraron varias limitantes, para acceder a la plataforma los sujetos necesitaban un correo de Google (varios no lo tenían) y las tareas no se pudieron personalizar de acuerdo con tiempos individuales, generando en los pacientes perder su progreso y olvidar sus tareas con facilidad. Se sugiere el uso de plataformas más personalizadas que permitan a cada paciente avanzar a su propio ritmo y, de igual forma, que sea de fácil acceso en diferentes dispositivos. Por otro lado, también se sugiere la creación de plataformas especializadas para terapeutas y profesionales de la salud mental para monitorear las tareas y avances de sus pacientes de forma personalizada.
- **Espacio para tomar las sesiones:** En el caso de los sujetos que vivían acompañados les resultaba complicado encontrar un espacio privado, sin embargo, se encontró que fue de ayuda el hecho de comunicar con el resto de las personas con las que

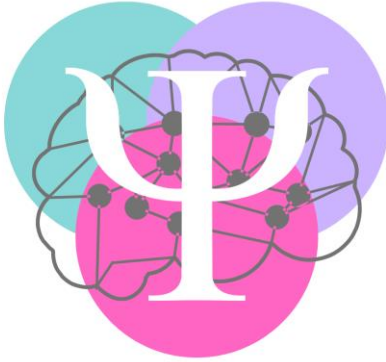
vivían que estarían ocupados en sesión. Igualmente resultó de ayuda indicarles desde un inicio que escogieran un lugar privado y donde se encontraran cómodos.

- Primer contacto y alianza terapéutica: Como ya fue mencionado, el primer contacto fue clave para el inicio del proceso y la formación de alianza terapéutica lo fue para su mantenimiento en el programa. Por lo que se sugiere no restarle relevancia a este aspecto.
- Trabajo con grupos y autoestima: El trabajo con grupos no se realizó debido a la poca cantidad de pacientes. Sin embargo, autores como Díaz, M. (2011), Caballo, V. E. Salazar, I. C. & Garrido, L. (2018). sugieren que el uso de grupos de apoyo facilita la comprensión del trastorno y la mejora. Al encontrarse entre iguales pueden apoyarse y mejorar en conjunto, se recomienda tomar en cuenta este aspecto para futuras intervenciones además se vuelve también importante comprobar la eficacia de programas de grupos de apoyo de forma online. De igual forma puede favorecer en terapias online el uso de foros de apoyo entre pacientes.

Así mismo, Caballo, V. E. Salazar, I. C. & Garrido, L. (2018), dan relevancia en sus programas de intervención al trabajo con la autoestima de los pacientes, fortaleciendo su seguridad. Varios pacientes mostraron problemas de autoestima por lo que se sugiere para futuras intervenciones.
- Trabajo con terapia de aceptación y compromiso: En el caso de algunos pacientes resultó complicada la realización de tareas por lo que se sugiere que el trabajar con esta herramienta podría favorecer a la responsabilidad de los pacientes.

Anexos

Anexo 1. Logo Programa TASIO



Diseñado por Maritza Joana Gómez Martínez.

Anexo 2. Logo LEICA



Diseñado por Christian Piceno Mares, Laboratorista del Laboratorio LEICA.

Anexo 3. Folleto de difusión

Los síntomas de miedo y ansiedad del TAS pueden causar malestar y...

Y...

...puede generar deterioro personal y social en la persona impidiéndole incluso realizar sus actividades diarias

Por ello es necesario que sea tratado



Datos de contacto

Dirección: Universidad Vasco de Quiroga, Campus Santa María
Av. Juan Pablo II # 555.
Col. Santa María de Guido

Edificio D, Laboratorio LEICA

¿Te interesa participar?

Contáctanos en:
programatasio@gmail.com
715 - 119 - 4512



- ¿Hablar con otras personas te genera miedo o ansiedad?
- ¿Evitas las interacciones sociales por miedo?
- ¿Cuándo estas en una situación social tiembles, te agitas o avergüenzas?

Estos son algunos síntomas del Trastorno de Ansiedad Social (TAS)



Si presentas dichos síntomas te invitamos a formar parte de un **tratamiento psicológico gratuito**

¿Qué es el Trastorno de Ansiedad Social?

Esta caracterizado principalmente por **miedo intenso a situaciones sociales** que pueden implicar la observación o evaluación por parte de otros.

Los síntomas de la ansiedad social se pueden presentar desde la infancia, adolescencia o incluso hasta la adultez

Síntomas

El TAS se caracteriza por:

- Miedo o ansiedad intensa en situaciones sociales
- Miedo a ser humillado o avergonzado
- Evitar situaciones sociales por miedo
- Miedo a mostrar ansiedad y ser rechazado
- El miedo y ansiedad son desproporcionados a la situación social real

Terapia Online

El tratamiento que te proponemos se llevara a cabo por medio de **videollamadas** y herramientas tecnológicas.

A esta modalidad se le conoce como **terapia en línea o terapia online.**



Y... ¿En que consiste el tratamiento?

El tratamiento consiste en 15 sesiones de acompañamiento psicológico que se llevaran a cabo una vez por semana durante 3 meses aproximadamente.

En dicho tratamiento se trabajarán con tus síntomas y signos con el fin de mejorar tu estado de ansiedad social

Programa

El proyecto consiste de una serie de pasos:

1. Después de contactarnos por medio de correo electrónico, contestaras una encuesta virtual en Google Forms, para evaluar que cumplas con los requisitos del programa y se recogerán tus datos de contacto.
2. Después de seleccionar a los participantes se te invitara a formar parte del proyecto de forma oficial y firmaras un consentimiento informado en el que afirmes estar de acuerdo con el tratamiento
3. Se te explicara todo lo que se va a realizar en el tratamiento y se evaluara tu estado de ansiedad social en diferentes momentos
4. Se acordaran las fechas y horarios de tus sesiones de acuerdo con tu disponibilidad

El programa esta diseñado de forma ética por lo que tus datos personales estarán protegidos.

Requisitos para participar

Para participar debes cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser mayor de 18 años
- Residir en Michoacán
- Tener acceso a un dispositivo con internet para conectarte a las sesiones (celular, tablet, computadora)
- No haber estado en ningún tipo de tratamiento para la ansiedad social



Anexo 4. Anuncio de difusión

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

¿PADECES DE ANSIEDAD SOCIAL?

¿QUE ES EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL?

ESTA CARACTERIZADO PRINCIPALMENTE POR MIEDO INTENSO A SITUACIONES SOCIALES QUE PUEDEN IMPICAR LA OBSERVACIÓN O EVALUACIÓN POR PARTE DE OTRAS PERSONAS

SINTOMAS

- MIEDO O ANSIEDAD INTENSA EN SITUACIONES SOCIALES
- MIEDO A SER HUMILLADO O AVERGONZADO
- EVITAR SITUACIONES SOCIALES POR MIEDO
- MIEDO A MOSTRAR ANSIEDAD Y SER RECHAZADO
- EL MIEDO Y ANSIEDAD SON DESPROPORCIONADOS A LA SITUACIÓN SOCIAL REAL

¿QUÉ TENGO QUE HACER?



CONTESTARAS UNA ENCUESTA PARA EVALUAR TUS SINTOMAS

ESCANEA EL CÓDIGO QR

1. SE SELECCIONARÁ A LOS PARTICIPANTES Y, SI HAS SIDO SELECCIONADO, SE TE INVITARÁ A FORMAR PARTE DEL PROYECTO DE FORMA OFICIAL.

2. TE EXPLICAREMOS TODO LO QUE SE VA A REALIZAR EN EL TRATAMIENTO Y SE EVALUARÁ TU ESTADO DE ANSIEDAD SOCIAL EN DIFERENTES MOMENTOS.

3. SE TE APLICARÁN DIVERSAS PRUEBAS, NO TE PREOCUPES, ESTAS SON ÚNICAMENTE PARA REALIZAR TU DIAGNOSTICO.

4. SE ACORDARÁN LAS FECHAS Y HORARIOS DE TUS SESIONES DE ACUERDO CON TU DISPONIBILIDAD

REQUISITOS PARA PARTICIPAR

- SER MAYOR DE 18 AÑOS
- RESIDIR EN MICHOACÁN
- TENER ACCESO A UN DISPOSITIVO CON INTERNET PARA CONECTARTE A LAS SESIONES (COMPUTADORA, CELULAR, TABLET)
- NO HABER ESTADO EN NINGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PARA LA ANSIEDAD SOCIAL

¿TE INTERESA PARTICIPAR?

CONTÁCTANOS EN:
PROGRAMATASIO@GMAIL.COM
715 - 119 - 4512

DATOS DE CONTACTO
DIRECCIÓN: UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA, CAMPUS SANTA MARÍA AV. JUAN PABLO II # 555.
COL. SANTA MARÍA DE GUIDO
EDIFICIO D, LABORATORIO LEICA

SI PRESENTAS DICHS SINTOMAS TE INVITAMOS A FORMAR PARTE DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRATUITO

¿EN QUE CONSISTE?

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN 15 SESIONES DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO QUE SE LLEVARÁN ACABO UNA VEZ POR SEMANA DURANTE 3 MESES APROXIMADAMENTE, ESTO POR MEDIO DE VIDEOLLAMADAS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS.



UVAQ
UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
PROFESIONISTAS QUE MUEVEN AL MUNDO

Anexo 5. Encuesta Google Forms

Tratamiento de terapia online a personas con trastorno de ansiedad social TASIO

¡Bienvenid@ al programa TASIO! Para participar en el tratamiento contesta las siguientes preguntas para evaluar que cumplas con los requisitos para participar en el programa. Posteriormente te enviaremos un correo para confirmar tu participación.

programatasio@gmail.com (no compartidos)
[Cambiar de cuenta](#)

***Obligatorio**

Nombre: *

Tu respuesta

Edad: *

Tu respuesta

Dirección:

Tu respuesta

Correo electrónico: *

Tu respuesta

Celular: *

Tu respuesta

A continuación describenos tu experiencia con la ansiedad social (0 para nada, 1 * muy poco, 2 poco, 3 mucho y 4 extremadamente):

	0	1	2	3	4
Tengo miedo a las figuras de autoridad	☐	☐	☐	☐	☐
Me molesta sonrojarme delante de las personas	☐	☐	☐	☐	☐
Las fiestas y acontecimientos sociales me asustan	☐	☐	☐	☐	☐

	Evito hablar con la gente que no conozco	☐	☐	☐	☐	☐
	Me asusta/angustia mucho que me critiquen	☐	☐	☐	☐	☐
	El miedo a sentir vergüenza me lleva a evitar hacer cosas o evitar hablar con la gente	☐	☐	☐	☐	☐
	Sudar delante de la gente me incomoda	☐	☐	☐	☐	☐
	Evito ir a fiestas	☐	☐	☐	☐	☐
	Evito las actividades en las que soy el centro de atención	☐	☐	☐	☐	☐
	Hablar con gente desconocida me asusta o angustia	☐	☐	☐	☐	☐
Evito tener que hablar ante una	☐	☐	☐	☐	☐	

	Evito tener que hablar ante una audiencia	☐	☐	☐	☐	☐
	Haría cualquier cosa para evitar que me critiquen	☐	☐	☐	☐	☐
	Siento palpitaciones cardíacas cuando estoy con gente desconocida	☐	☐	☐	☐	☐
	Tengo miedo de hacer las cosas cuando alguien me mira	☐	☐	☐	☐	☐
	Mis mayores miedos son sentirme avergonzad@ o estupid@	☐	☐	☐	☐	☐
	Evito hablar con cualquier persona con autoridad	☐	☐	☐	☐	☐
	Me incomoda temblar o agitarme delante de la gente	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 6. Propuesta de intervención TASIO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TASIO

Evaluación previa a intervención

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Sesión de evaluación previa a la intervención	Evaluar si el paciente cumple con los criterios del trastorno de ansiedad social para estar dentro del programa, así como evaluar su estado mental y calidad de vida.	Presentación de la intervención al paciente. Se da una explicación al paciente sobre el programa explicando en que consiste en el tratamiento mencionando que formará parte de una investigación. En formato presencial se le facilitará el documento de “Consentimiento informado” (Anexo 6), lo deberá leer con detenimiento y detenerse en caso de tener alguna duda y posteriormente firmar el documento. En formato online el facilitador presentará pantalla para que el paciente pueda leer el documento y, al no poder firmar de manera presencial, el paciente deberá de leer en voz alta su acuerdo mientras el facilitador graba la sesión. Posteriormente se aplicará la batería de pruebas en el siguiente orden: - Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) - Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) - Cuestionario de Salud WHOQOL-BREF Se le explica al paciente el funcionamiento de las sesiones por videollamada y el uso de la plataforma, agregándole a la plataforma de Classroom para que pueda realizar las tareas. Finalmente, se vuelve a dar la bienvenida al paciente dejando su primera tarea en plataforma.	- Consentimiento informado (Anexo 7) - Batería de pruebas: SPAI, BDI-II, WHOQOL-BREF (Anexo 8)	1 hora
Sesión asincrónica	Conocer la plataforma y el uso de la terapia online	Videos: - Lineamientos de la terapia online Infografía: - Funcionamiento de la plataforma		

Intervención

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
1. Entrevista inicial y encuadre	Explicar al paciente el programa y obtener la historia clínica, así como fijar objetivos, lineamientos e indicaciones para el correcto uso de la terapia online.	El facilitador deberá presentarse y darle la bienvenida al paciente al programa TASIO recordando brevemente en qué consiste. Se le preguntará al paciente sobre los materiales que reviso en plataforma, preguntándole si tiene alguna duda. En esta primera sesión, se llenará la Ficha de Identificación con los datos personales del paciente. Posteriormente, el facilitador comenzará a llenar los datos de la Historia Clínica en forma de entrevista semiestructurada. Se le explicará de forma más específica al paciente lo que se va a llevar a cabo en el programa. Recordando los lineamientos y respondiendo cualquier duda que pueda surgir.	- Ficha de identificación - Formato de historia clínica (Anexo 9)	45 min.
2. Psicoeducación sobre el TAS	Que el paciente aprenda sobre su propio trastorno y las implicaciones que tiene en su vida	Se iniciará con un video de explicación definiendo al paciente que es el trastorno de ansiedad social, las características clínicas que tiene, causas, realidades e implicaciones en las diferentes áreas de su vida. Se revisará de forma dinámica utilizando PowerPoint, permitiendo que el paciente exprese las cosas con las que se identifica y si es que logra identificar experiencias en las que haya aprendido a reaccionar con ansiedad. Se responderán dudas del paciente.	- Video - PowerPoint	45 min

3. Relajación aplicada	Que el paciente aprenda una manera de regular las sensaciones corporales que experimenta al estar en una situación social temida.	En esta sesión se le dará primero una breve explicación al paciente sobre cómo la respiración puede ayudar al TAS y los beneficios que tiene, enseñándole a hacer conciencia de su respiración de forma pausada. Posteriormente se iniciará el ejercicio de relajación muscular progresiva por medio de un video . Finalmente, se le preguntará cómo se siente, y si logró identificar la activación fisiológica.	- Video	45 min
Sesión asincrónica de relajación aplicada	Retener la nueva información aprendida sobre respiración.	Tarea: De forma individual el paciente tendrá que realizar nuevamente el ejercicio de relajación muscular progresiva.	- Video	45 min
4. Reestructuración cognitiva	Que el paciente identifique los pensamientos automáticos y/o distorsionados que tiene al momento de interactuar con otras personas, las emociones que surgen y las consecuencias que estos pensamientos generan.	Se inicia la sesión con retroalimentación de la tarea. Identificación: En esta sesión el paciente deberá pensar en una situación social que le genere miedo o evitación con la finalidad de hacer su primer ABC de la conducta. Después de anotar la situación, verá en sesión el video sobre ABC de la conducta . Posteriormente se analizará la situación social del paciente elaborando una tabla con los siguientes componentes: - Situación social temida (contexto, lugar, personas) - Pensamientos - Emociones - Conductas de evitación o de seguridad - Consecuencias	- Tabla ABC (Anexo 10)	45 min

Sesión asincrónica de reestructuración cognitiva	Identificación de diferentes situaciones sociales temidas.	Lista ABC: El paciente tendrá de tarea realizar una lista ABC con diferentes conductas que se revisarán en la siguiente sesión.	- Tabla ABC	
5. Reestructuración cognitiva pensamientos y conductas alternativas	Que el paciente analice sus pensamientos encontrando aquellos que no tienen evidencia o son disfuncionales y encuentre alternativas de pensamiento.	Se explicará la relación entre las situaciones, pensamientos, emociones, conductas y consecuencias a fin de que identifique cómo funciona su conducta. Además de dar una explicación más detallada sobre los pensamientos disfuncionales. Se analiza y cuestiona que tanta evidencia se tiene acerca de los pensamientos que tiene al exponerse a las situaciones temidas y se buscarán alternativas de pensamiento más funcionales y de las cuales se tenga evidencia. Finalmente, se le mencionara al paciente que la siguiente sesión se seguirá trabajando con la tabla y se le pedirá que, a forma de tarea, siga llevando un registro para trabajarlas en la siguiente sesión.	- Tabla ABC	45 min
Sesión asincrónica de relajación aplicada.	Retener la nueva información aprendida sobre respiración.	Tarea: Como tarea en la semana el paciente tendrá que volver a practicar la relajación muscular progresiva.		45 min
6. Reestructuración cognitiva y creencias nucleares	Identificar creencias centrales que generan pensamientos disfuncionales o no le permiten avanzar.	En esta sesión se trabajará con las creencias del paciente por medio de la técnica de flecha vertical para creencias centrales. En base a su tabla ABC y sus experiencias se va a identificar los pensamientos que más se repiten en su discurso, en base a ellos se preguntará ¿qué dice o significa esto de ti? después de que el px. responda se volverá a preguntar ¿qué dice o significa esto de ti?,	- Tabla ABC contestada	45 min

		y así en repetidas ocasiones hasta encontrar la creencia central que se encuentra debajo de estos pensamientos. Después de indagar, se analizará esta creencia, si es que ¿le sirve todavía?, ¿de qué le protege? y si ¿es cierta?, dependiendo de la creencia que sea. Se terminará la sesión preguntando al paciente acerca de sus conclusiones personales y si es que descubrió algo nuevo.		
7. Cierre de reestructuración cognitiva	Concluir con el análisis de la conducta del paciente, llegando a conclusiones nuevas y aprendizajes acerca de su conducta.	Se volverá a revisar el tema de reestructuración cognitiva en caso de que haya dudas o algún tema que se haya pasado por alto. Además, se retroalimentará dicho tema para que haya una mejor retención de los aprendizajes.	- Tabla ABC contestada	45 min
Sesión asincrónica de reestructuración cognitiva	Retención y aplicación de lo aprendido en reestructuración cognitiva.	Tarea: El paciente tendrá que aplicar lo que aprendió en sesión durante sus interacciones en la semana (escuela, trabajo, etc.) buscando alternativas de pensamiento y que le traigan consecuencias agradables.		

8. Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS)	Que el paciente aprenda y logre adquirir habilidades que le permitan tener una interacción social satisfactoria.	Retroalimentación al paciente sobre su progreso, tareas anteriores. Iniciará el proceso de aprendizaje de habilidades sociales (HHSS). En esta sesión se le explicará al paciente que son las habilidades sociales, sus tipos, así como los componentes verbales y no verbales que tiene. La explicación se dará de forma dinámica permitiendo al paciente dar ejemplos desde su propia experiencia. El paciente deberá practicar en esta sesión en conjunto con el terapeuta las habilidades que acaba de conocer.		45 min
Sesión asincrónica	Repasar la respiración para poder recordarla en situaciones de ansiedad.	Tarea: Nuevamente se realizará el ejercicio de relajación muscular progresiva. A fin de que el paciente lo siga recordando y aplicando. También se le preguntará al paciente si los sigue aplicando y, si es así, ¿cómo le ha ayudado? y si ¿ha notado cambios?		45 min
Sesión asincrónica de HHSS	Que el paciente identifique su forma de comunicar y aprenda sobre la comunicación asertiva para mejorar su interacción social	Tarea: Revisará una lectura acerca de la comunicación, sus componentes y los tipos de comunicación: - Comunicación pasiva - Comunicación agresiva - Comunicación pasivo-agresiva - Comunicación asertiva Se retroalimentará en sesión.	- Lectura acerca de los tipos de comunicación	45 min

9. Entrenamiento en habilidades sociales	Que el paciente pueda poner en práctica en sesión las habilidades sociales que aprendió.	Se iniciará la sesión dando retroalimentación de la tarea que realizó el paciente en la semana. En esta sesión el paciente tendrá que poner en práctica las habilidades sociales que aprendió por medio de un juego de roles con el facilitador. De esta forma, el facilitador podrá retroalimentar al paciente durante la actividad, para que al momento de realizarlo en la realidad no le resulte tan difícil.		45 min
Sesión asincrónica de HHSS	Puesta en práctica de habilidades sociales aprendidas.	Tarea: El paciente deberá de intentar utilizar sus nuevas habilidades sociales cuando tenga oportunidad en alguna interacción social.		
10. Exposición	Que el paciente aplique lo ya aprendido en sesiones anteriores exponiéndose a situaciones sociales que anteriormente le generaban ansiedad.	Se iniciará la sesión dando retroalimentación de la tarea que realizó el paciente en la semana. En esta sesión el facilitador pedirá al paciente que elabore una lista con 5 interacciones sociales que le generan miedo, siendo la 5 la que menor miedo le genera y la 1 la que mayor miedo le genera. Utilizando esta lista el paciente comenzará a exponerse gradualmente a las situaciones que teme, desde la que menor miedo le genera hasta la que mayor miedo le genera (desde la número 5 hasta la número 1). En esta primera semana de exposición deberá exponerse a la situación número 5 en la lista. Primero practicará en sesión mediante juego de roles con el facilitador.		45 min

Sesión asincrónica		Tarea: Se le pedirá que de ser posible grave en video/audio su exposición y que haga anotaciones a forma de bitácora utilizando la Tabla ABC.	- Bitácora (Tabla ABC de la conducta)	
11. Exposición	Exponer al paciente a situaciones sociales temidas ahora con herramientas a fin de modificar su experiencia con ellas.	En esta sesión se revisará la exposición vivida por el paciente la semana pasada. Se analizará cómo se sintió, los pensamientos y conductas que tuvo y otras observaciones que añada el paciente. A forma de tarea nuevamente tendrá que exponerse a una situación temida, en este caso la número 4.	- Bitácora	45 min
12. Exposición	Exponer al paciente a situaciones sociales temidas ahora con herramientas a fin de modificar su experiencia con ellas.	Nuevamente se revisará la exposición vivida por el paciente en la semana. Se analizará cómo se sintió, los pensamientos y conductas que tuvo y otras observaciones que añada el paciente. Nuevamente tendrá que exponerse a una situación temida aumentando la intensidad, en este caso la número 3.	- Bitácora	45 min
13. Exposición	Exponer al paciente a situaciones sociales temidas con herramientas a fin de modificar su experiencia con ellas.	Nuevamente se revisará la exposición vivida por el paciente en la semana. Se analizará cómo se sintió, los pensamientos y conductas que tuvo y otras observaciones que añada el paciente. Nuevamente tendrá que exponerse a una situación temida aumentando la intensidad, en este caso la número 2.	- Bitácora	45 min

14. Exposición	Exponer al paciente a situaciones sociales temidas con herramientas a fin de modificar su experiencia con ellas.	Se revisará la exposición realizada en la semana. Se analizarán sus pensamientos, emociones, conductas y consecuencias al exponerse. Su última tarea será exponerse a las situaciones sociales que le generan más temor, las número 2 y 1 en la lista.	- Bitácora	45 min
14. Cierre de la exposición	Exponer al paciente a situaciones sociales temidas con herramientas a fin de modificar su experiencia con ellas	Se revisará la exposición de la semana. Se analizarán sus pensamientos, emociones, conductas y consecuencias al exponerse. Se le pedirá que reflexione sobre las exposiciones que tuvo en estas últimas semanas y sobre cómo las herramientas aprendidas anteriormente le ayudaron a manejar la situación. Se dará una retroalimentación	- Bitácora	45 min
15. Cierre tratamiento	Retroalimentación al paciente	Se iniciará con el postest. Se dará el cierre del tratamiento retroalimentando al paciente respecto de todo su progreso, felicitando por los cambios y logros que ha tenido, permitiéndole hablar sobre su experiencia en todo el proceso.	Batería de pruebas	1 hora

Diseñado por Maritza Joana Gómez Martínez.

Número de expediente: _____

Siglas de expediente: _____

Anexo 7. Consentimiento informado

Lugar:

Fecha:

Yo _____ confirmo que me encuentro en total uso de mis facultades para tomar decisiones y entender la información que aquí se me presenta.

Se me ha informado e invitado para participar en una investigación llamada “Efectividad de un tratamiento cognitivo conductual por medio de terapia online a pacientes con trastorno de ansiedad social”, la cual tiene por objetivo el valorar la efectividad de un tratamiento para el trastorno de ansiedad social.

Primero, se me ha indicado que se me realizará una evaluación en la que se me aplicaran diferentes pruebas, en las cuales se evaluará mi nivel de ansiedad social, estado de ansiedad y depresión, mi calidad de vida y mi estado mental en general.

El tratamiento constara de una sesión por semana siendo un total de 15 sesiones que se llevarán a cabo durante 3 meses y una semana. En dichas sesiones se trabajará bajo diferentes técnicas con algunos de mis signos y síntomas ayudando a mejorar mi estado actual de ansiedad social.

Mi información es confidencial y únicamente será utilizada para fines educativos y de investigación, si se llega a publicar solo se publicarían puntuaciones estadísticas protegiendo mis datos personales y conservando mi anonimato.

Como participante soy consciente de que tengo completa libertad de terminar este tratamiento en cualquier punto que se encuentre, sin que la intención y actitud del investigador presente cambios.

Finalmente, afirmo que he leído el consentimiento informado y aclarado mis dudas, por tanto, por medio de este documento yo _____, voluntariamente otorgo mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento que aquí se ha detallado y acepto participar en el estudio.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del responsable

Anexo 8. Batería de pruebas

Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Social Phobia and Anxiety Inventory) SPAI

Instrucciones: Basándose en su experiencia personal, diga qué tan frecuentemente experimenta estos sentimientos y pensamientos en situaciones sociales. Utilice la escala de abajo y encierre el número que mejor refleje qué tan frecuentemente experimenta usted estas respuestas.

1. Me siento nervioso cuando entro en contacto con situaciones sociales donde hay un grupo pequeño	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento nervioso cuando entro en contacto con situaciones sociales donde hay un grupo grande	1	2	3	4	5	6	7
3. Me siento nervioso cuando estoy en una situación social y me convierto en el centro de atención	1	2	3	4	5	6	7
4. Me siento nervioso cuando estoy en una situación social y se espera que realice alguna actividad	1	2	3	4	5	6	7
5. Me siento nervioso cuando hablo frente a una audiencia	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento nervioso cuando hablo en una pequeña reunión informal	1	2	3	4	5	6	7
7. Me siento tan nervioso de asistir a reuniones sociales que evito estas situaciones	1	2	3	4	5	6	7
8. Me siento tan nervioso en situaciones sociales que abandono las reuniones	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento nervioso estando en una reunión pequeña con:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) <i>Sexo opuesto</i> [FS_ARI]	1	2	3	4	5	6	7
d) <i>Personas en general</i> [FS_ARI]	1	2	3	4	5	6	7
10. Me siento nervioso estando en una reunión grande con:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) <i>Sexo opuesto</i> [FS_ARI]	1	2	3	4	5	6	7
d) <i>Personas en general</i>	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento nervioso estando en un bar o restaurante con:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) <i>Sexo opuesto</i>	1	2	3	4	5	6	7
d) <i>Personas en general</i>	1	2	3	4	5	6	7
12. Me siento nervioso y no sé qué hacer estando en una nueva situación con:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) <i>Sexo opuesto</i> [FS_ARI]	1	2	3	4	5	6	7
d) <i>Personas en general</i> [FS_ARI]	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento nervioso y no sé qué hacer estando en una situación que implique confrontación con:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) <i>Sexo opuesto</i> [FS_ARI]	1	2	3	4	5	6	7
d) <i>Personas en general</i> [FS_ARI]	1	2	3	4	5	6	7
14. Me siento nervioso y no sé qué hacer estando en una situación vergonzosa con:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7

c) Sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento nervioso al hablar de sentimientos íntimos con:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
16. Me siento nervioso cuando doy una opinión a:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto [FS_ARI]	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
17. Me siento nervioso hablando de negocios con:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
18. Me siento nervioso cuando me acerco y/o inicio una conversación con:							
a) Extraños [FS-TAE]	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad [FS-TAE]	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
19. Me siento nervioso cuando tengo que interactuar por más de unos cuantos minutos con:							
a) Extraños [FS-TAE]	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad [FS-TAE]	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
20. Me siento nervioso cuando tomo (cualquier bebida) o ingiero alimentos delante de:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento nervioso al escribir o teclear delante de:							
a) Extraños [FS_CBP]	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad [FS_CBP]	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto [FS_CBP]	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general [FS_CBP]	1	2	3	4	5	6	7
22. Me siento nervioso cuando hablo frente a:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
23. Me siento nervioso cuando soy criticado o rechazado por:							
a) Extraños	1	2	3	4	5	6	7

b) Figuras de autoridad	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general	1	2	3	4	5	6	7
24. Intento evitar situaciones sociales en donde hay:							
a) Extraños [FS_EVA]	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad [FS_EVA]	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto [FS_EVA]	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general [FS_EVA]	1	2	3	4	5	6	7
25. Abandono las situaciones sociales en donde haya:							
a) Extraños [FS_EVA]	1	2	3	4	5	6	7
b) Figuras de autoridad [FS_EVA]	1	2	3	4	5	6	7
c) Sexo opuesto [FS_EVA]	1	2	3	4	5	6	7
d) Personas en general [FS_EVA]	1	2	3	4	5	6	7
26. Antes de entrar en contacto con una situación social pienso en todas las cosas que pueden salir mal. Los tipos de pensamientos que tengo son:							
a) ¿Estaré vestido apropiadamente?	1	2	3	4	5	6	7
b) Probablemente cometeré un error y pareceré un tonto [FS_MRF]	1	2	3	4	5	6	7
c) ¿Qué haré si nadie me habla? [FS_MRF]	1	2	3	4	5	6	7
d) Si hay un silencio en la conversación ¿sobre qué puedo hablar? [FS_MRF]	1	2	3	4	5	6	7
e) La gente se dará cuenta de lo nervioso que estoy [FS_MRF]	1	2	3	4	5	6	7
27. Me siento nervioso antes de entrar en contacto con una situación social	1	2	3	4	5	6	7
28. Se me va la voz o se me quiebra cuando estoy hablando en una situación social	1	2	3	4	5	6	7
29. Es poco probable que le hable a la gente hasta que ellos me hablen primero	1	2	3	4	5	6	7
30. Tengo pensamientos problemáticos cuando estoy en una situación social. Por ejemplo:							
a) Desearía poder irme y evitar toda la situación	1	2	3	4	5	6	7
b) Si lo estropeo de nuevo realmente perderé la confianza en mí mismo [FS_MRF]	1	2	3	4	5	6	7
c) ¿Qué clase de impresión estoy dando a los demás? [FS_MRF]	1	2	3	4	5	6	7
d) Cualquier cosa que diga probablemente sonará estúpida	1	2	3	4	5	6	7
31. Experimento lo siguiente antes de entrar en contacto con una situación social:							
a) Sudoración	1	2	3	4	5	6	7
b) Ganas frecuentes de orinar	1	2	3	4	5	6	7
c) Palpitaciones cardíacas	1	2	3	4	5	6	7
32. Experimento lo siguiente en una situación social:							
a) Sudoración	1	2	3	4	5	6	7
b) Sonrojarse o ruborizarse	1	2	3	4	5	6	7
c) Temblores	1	2	3	4	5	6	7
d) Ganas frecuentes de orinar	1	2	3	4	5	6	7
e) Palpitaciones cardíacas	1	2	3	4	5	6	7
33. Me siento nervioso cuando estoy en un lugar extraño	1	2	3	4	5	6	7
34. Cuando salgo de la casa y voy a lugares públicos voy acompañado de un familiar o amigo	1	2	3	4	5	6	7

PUNTAJE TOTAL:	
-----------------------	--

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, e que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy**.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 y el 18.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable al respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
- 1 He perdido la confianza en mí mismo
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3 No me gusta a mí mismo

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1 Estoy menos interesado que antes en personas o cosas
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- 3 Me es difícil interesarme por algo

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- 3 Siento que no valgo nada

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1a Duermo un poco más que lo habitual
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual
- 2a Duermo mucho más que lo habitual
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

17. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto
- 3b Quiero comer todo el día

18. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

19. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

20. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo
- 3 He perdido completamente el interés en el se

Puntaje total:

Cuestionario de Salud WHOQOL BREF

Por favor, lea las siguientes preguntas, valore sus sentimientos y seleccione el número de la escala que le represente

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido y cuanto, en varios aspectos de su vida:

		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo/a?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 9. Historia clínica

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:		Escolaridad:	
Edad:		Ocupación:	
Fecha de nacimiento:		Lugar de residencia:	
Estado civil:		Teléfono:	
Religión:		Correo	

Fecha de ingreso:

Motivo de consulta:

Descripción del paciente (física, expresiones):

FAMILIOGRAMA

ANTECEDENTES EN CUANTO A LA ANSIEDAD SOCIAL

¿Hace cuantos años identifica los problemas de ansiedad social?

¿Cuáles fueron los primeros comportamientos que logra identificar?

ACTUALIDAD ANSIEDAD SOCIAL

¿Qué cambios ha identificado? ¿Cómo ha evolucionado la ansiedad social?

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Ansiedad o ansiedad social	
Enfermedades	
Alcoholismo/Tabaco	
Drogadicción	
Divorcios/separaciones	
Abandono o violencia	
Farmacodependencia	
Otro	

ÁREA FAMILIAR

Antecedentes familiares

Ansiedad o ansiedad social	
Enfermedades	
Alcoholismo/Tabaco	
Drogadicción	
Divorcios/separaciones	
Abandono o violencia	
Farmacodependencia	
Otro	

ÁREA DE ESTUDIO Y/O TRABAJO

¿Cómo es su relación con sus compañeros?

¿Cómo es su relación con jefes u autoridad?

¿Cómo se ha presentado la ansiedad social? ¿Le ha generado algún problema?

PASATIEMPOS

¿Qué actividades realiza normalmente?

¿Qué le gusta hacer?

BATERIA DE PRUEBAS:

- Inventario de Ansiedad y Fobia Social SPAI
- Inventario de Depresión de Beck
- Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF

RESULTADOS:

Cuantitativos

Prueba	Pretest	Posttest
SPAI		
BDI		
WHOQOL		

DIAGNÓSTICO:

Anexo 10. Tabla ABC y Bitácora de Autorregistro

Situación social temida	Pensamientos	Emociones	Conductas de evitación o de seguridad	Consecuencias	Pensamientos funcionales	Consecuencias funcionales

Bibliografía

- Álvarez, V. (2021) *Intervención online basada en ACT para un caso con topografía de ansiedad social*. [Trabajo de fin de máster, Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación]. <https://hdl.handle.net/10953.1/14649>
- Andersson G., Carlbring, P. & Rozental, A. (2019) Response and Remission Rates in Internet-Based Cognitive Behavior Therapy: An Individual Patient Data Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00749/full>
- Andrade, D., Espinoza, J., Hurtado, F. y Robalino, D. (2021) Psicoterapia online: Aplicación desde una perspectiva cognitivo conductual. *Revista Científica*. 6(22) 56-77. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.22.3.56-77>
- Attrill A. y Fullwood C. (2018) *Applied Cyberpsychology*. Palgrave: MacMillan.
- Bados, A. (2017) Fobia social o trastorno por ansiedad social: Naturaleza, evaluación y tratamiento. [Universidad de Barcelona] Diposit Digital de la Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/115727>
- Bados, A. & García, E. (2011) Técnicas de exposición. [Universidad de Barcelona]
- Baena Paz, G. M. E. (2014). *Metodología de la investigación*. Grupo Editorial Patria.
<https://alibro.net/es/ereader/bibliouvaq/40362>
- Balao, M. (2020) Alianza terapéutica en terapia sistémica online. *XII Congreso de investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología de MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de*

Musicoterapia. Universidad de Palermo. Buenos Aires, Argentina.

<https://www.aacademica.org/000-007/649.pdf>

Bravo, M., González, F., Castillo, Á. y Padrós, F. (2017) Evidencias de 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>

Brook, C. y Schmidt, L. (2008) Social anxiety disorder: A review of enviromental risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4 (1), 123-143.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S1799>

Caballo, V. (2007) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI

Caballo, V. E. Salazar, I. C. & Garrido, L. (2018). *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del paciente*. Difusora Larousse - Ediciones Pirámide. <https://elibro.net/es/lc/bibliouvaq/titulos/106662>

Caballo, V. E. Salazar, I. C. & Garrido, L. (2018). *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del terapeuta*. Difusora Larousse - Ediciones Pirámide. <https://elibro.net/es/lc/bibliouvaq/titulos/106663>

Cabré y Mercadal (2016) Psicoterapia On-line. Clínica e Investigación Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (2), 439-452. DOI: 10.21110/19882939.2016.100206

Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010) *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Clarke, G. & Jo Yarborough, B. (2013) Evaluating the promise of Health IT to enhance/expand the research of mental health services. *Gen Hosp Psychiatry*. 35 (4), 339-344.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834313000741?via%3>

Dihub

- Connor, K., Davidson, J., Churchill, L., Sherwood, A., Foa, E. y Weisler, R. (2000)
Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176 (pp. 379-386).
- Dagöo, J., Asplund, R., Bsenko, H., Hjerling, S., Holmberg, A. y Westh, S. (2013)
Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28 (4), 410-417.
- De la Torre, M. y Pardo, R. (2019) *Guía para la Intervención Telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España. <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- Del Castillo, C. y Olivares, S. (2014). *Metodología de la investigación*. Grupo editorial Patria. <https://elibro.net/es.ereader/bibliouvaq/394110>
- De la Portilla, M., Lozano, J., Hernández, P., Rosa, M. Jiménez, A., Rivera, L., Saavedra, U. y Pulido, M. (2016) Propiedades psicométricas de una versión breve del WHO-QOL en universitarios. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*.8(1) 51-68
- Díaz, M. (2011) *Habilidades de comunicación para la vida cotidiana*. Universidad de Cádiz, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Nicaragua.
- Elizondo, A. (2016) Trastorno de ansiedad social (fobia social). *Revista Médica Sinergia*, 1 (4), 20-24.
- Ennis L., Rose D., Denis M., Pandit N. & Wykes T. (2012) Can't surf, won't surf: The digital divide in mental health. *Journal of Mental Health*. 21 (4), 395-403.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638237.2012.689437>

- Fernández, S. Z. (2021) *Terapias psicológicas on-line. Uso, beneficios, limitaciones y buena praxis*. Universidad Pontificia Comillas. Facultad de ciencias humanas y sociales.
- Freire, A. (2022) Tecnología y Salud Mental: ¿rivalas o aliadas? [Podcast de audio] TED en español. <https://open.spotify.com/episode/3M8Vsh0VIc6lMczGLmQz9J>
- García, M., De los Ángeles, M. y Villalobos, A. (2017) *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Editorial Desclee De Brouwer, S. A.
- García N., Molina, M., García, R. y Huayllas I. (2018) Terapia cognitivo conductual en la fobia social generalizada para adultos. *Ocronos Revista Médica y de Enfermería*. <https://revistamedica.com/terapia-cognitivo-conductual-fobia-social-generalizada/>
- Garrido, S., Milington, C., Cheers, D., Boydell, K., Schubert, E., Meade, T. y Vinh Q. (2019) What Works and What Doesn't Work? A Systematic Review of Digital Mental Health Interventions for Depression and Anxiety in Young People. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00759>
- Gordo-López, Á. J., & Parker, I. (Eds.). (1999). *Cyberpsychology*. Taylor & Frances/Routledge. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04328-000>
- Grant, B., Hasin, D., Blanco, C., Stinson, F., Chou, S., Goldstein, R., Dawson, D., Smith, S., Saha, T. y Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, (66), 1351-1361.
- Greenberger, D. & Padesky, C. (1988) *El control de tu estado de ánimo*. Editorial Paidós.
- Hollis, C., Sampson S., Simons, L., Davies, E., Churchill, R., Betton, V., Butler, D., Chapman, K., Easton, K., Gronlund, T., Kabir, T., Rawsthorne, M., Rye, E. & Tomlin A. (2018) Identifying research priorities for digital technology in mental

health care: results of the James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *Lancet Psychiatry*. 5 (10) 845-854.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30296-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30296-7/fulltext)

López, D. K. y Ortega, G. (2019) *Propuesta de intervención basado en la terapia cognitivo conductual para mujeres que vivieron agresión sexual* [Tesis de licenciatura, Universidad Alzate de Ozuama, Incorporada a la UNAM]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://132.248.9.195/ptd2019/abril/0787680/0787680.pdf>

Luterek, J., Eng, W. y Heimberg, R. (2003) Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología conductual*, 11 (3), 563-581.

Macías, J. y Valero, L. (2018) La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*. 36 (1-2) 107-113.

Marín, A., Martínez, G. y Ávila, J. (2015) Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*. 26 (1).

Moral, J., Antona, C. y García, C. (2021) Validación del inventario de Ansiedad y Fobia Social en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. Universidad Autónoma de Nuevo León. *Salud y Sociedad*. 3 (3) 313-331.

Morales E. (2011) La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Griot* 4 (1).

Muñoz, N. y Muriel, S. (2020) Impacto Psicológico del Covid-19 y el Papel de la Telepsicología: Una Reflexión de la Psicología en el Ámbito Social y Organización. *Conocimiento Investigación Educación*. 1(9) 57-70.

- Muñoz, J. y Alpízar, D. (2016) Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula*, 30 (1), 40-47.
- Murphy, J., Khan, A., Sun, Q. Minas, H., Hatcher, S. Chee, H., Withers, M., Greenshaw, A. Michalak, E., Ananyo, P., Sharmini, K., Ibrahim, N., Ravindran, A. Chen, J., Cong, V. & Lam R. (2021) Needs, gaps and opportunities for standart and e-mental health care among at-risk populations in the Asia Pacific in the context of Covid-19: a rapid scoping review. *International Journal for Equity in Health*. 20 (161).
<https://doi.org/10.1186/s12939-021-01484-5>
- Neufeld, C. B., Barletta, J. B., Mendes, A. I. F., Amorim, C. A. D., Rios, B. F., Amaral, E., Ferreira, I. M. F., Scotton, I. L., Rebessi, I. P., Nogueira, J. M., Teodoro, M. C., Almeida, N. D. O., Becker, P. L., Peron, S., y Szupzynski, K. P. D. R. (2022). Propostas de intervenção e formação de terapeutas e supervisores: Overview dos programas on-line do LAPICC. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 18(1). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20220010>
- Peñate, W., Roca, M.J., y Del Pino, T. (2014). Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), 91-101. DOI:10.14718/ACP.2014.17.2.10
- Ramos, R., Alemán, J., Ferrer, C., Miguel, G., Prieto, V. y Rico, C. (2017) Guía para la práctica de la telepsicología. Consejo General de la Psicología España. (Trabajo original publicado en 2013)
- Retolaza, A. (2020) Sobre telepsiquiatría. OSALDE Organización por el derecho a la salud.
<https://osalde.org/sobre-telepsiquiatria/>

- Robotham, D., Satkunanathan, S., Doughty, L. y Wykes, T. (2016) Do we still have a digital divide in mental health? A five-year survey follow up. *Journal of Mental Health*. 18 (11) 309. <https://www.jmir.org/2016/11/e309/>
- Roca, E. (2014) *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Cuarta edición. ACDE Ediciones.
- Ruiz C. y Guerrero I. (2014) Robot virtual en orientación vocacional. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 1 (2). <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/142>
- Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2015) *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*. Kaplan & Sadock. Decimoprimer Edición.
- Sánchez, A., Andrade, P. y Lucio, M. (2019) Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6 (2) 15-21.
- Secretaria de Salud (2017) Fobias, trastornos mentales más comunes. <https://www.gob.mx/salud/prensa/073-fobias-trastornos-mentales-mas-comunes>
- Servicio Andaluz de la Salud (2010) Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF
- Spence, S. y Rapee, R. (2016) The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behavior Research and Therapy*, 86, 50-67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>
- Soto, M., Franco, M., Monardes, C. y Jiménez, F. (2010) Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 15 (1), 19-37. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082>
- Srivastava, K., Chaudhury, S., Dhamija, S., Prakash, J. & Chatterjee, K. (2021) Digital technological interventions in mental health care. *Industrial Psychiatry Journal*. 29

- (2) 181-184. <https://www.industrialpsychiatry.org/article.asp?issn=0972-6748;year=2020;volume=29;issue=2;spage=181;epage=184;aulast=Srivastava>
- Suazo, E. (2021) Intervención online en salud mental. [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Comillas] Repositorio Comillas.
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50942>
- Titov N, Gibson M, Andrews G, McEvoy P. (2009) Internet treatment for social phobia reduces comorbidity. *Aust NZ J Psychiatry*. 43(8):754-759.
- Tortella, M. (2014) Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace. *Revista Iberoamericana de Psicología*. (110) 62-69
- Turner, S., Beidel D., Flood, A. (2003) El tratamiento de adultos con fobia social: desarrollo, aplicación y resultados de la terapia para la eficacia social. *Psicología Conductual*. 11 (3), 583-598.
- Wilson, J. y Rapee, M. (2005) The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 245-274. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.03.003>
- Yokoyama, C., Kaiya, H., Kumano, H., Kinou, M., Umekage, T., Yasuda, S., Takei, K., Nishikawa, M., Sasaki, T., Nishimura, Y., Hara, N., Inoue, K., Kaneko, Y., Suzuki, S., Tanii, H., Okada, M., Okazaki, Y. (2015) Dysfunction of ventrolateral prefrontal cortex underlying social anxiety disorder: A multi-channel NIRS study. *Neuroimage: Clinical*, 28 (8), 455-61. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.05.011>
- Zubeidat, I., Sierra, J. y Fernández, A. (2006) Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (79-80), 9-22.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2314442>