

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia de Activación Conductual Aplicada en Universitarios
con Ansiedad Social**

Proyecto de Investigación

Bernarda Francisca Herrera Díaz

Licenciatura en Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 2 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Terapia de Activación Conductual en Ansiedad Social Aplicada en
Universitarios

Bernarda Francisca Herrera Díaz

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Micaela Jiménez Borja, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 2 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Bernarda Francisca Herrera Díaz

Código: 00131104

Cédula de Identidad: 1721817706

Lugar y fecha: Quito, 2 de mayo de 2019

RESUMEN

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por sentimientos de miedo o ansiedad dentro de situaciones sociales, donde la persona pueda ser juzgada por otros. Es decir, se teme la evaluación externa, y, por lo tanto, se pretende evitar la interacción social, con el fin de aliviar la experiencia. La presente investigación tiene como objetivo final, determinar la efectividad de la aplicación de la terapia de Activación Conductual dentro de universitarios, con edades entre 18-23 años, que presenten síntomas del Trastorno de Ansiedad Social. El estudio tiene un enfoque cuasiexperimental el cual abarca a una población de 85 participantes, quienes serán expuestas a dos cuestionarios de ansiedad social: la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social y la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa. Ambas escalas serán aplicadas dos veces por paciente, de manera que se las empleen pre y post terapia. De esta manera, se espera, determinar si es que la terapia tuvo un efecto dentro de estos pacientes. Por lo cual, se trabajará de manera individual y personalizada, en 12 sesiones de 60 minutos cada una. Adicionalmente, como plantea la terapia, se implementará el uso de actividades placenteras y de carácter social, para cada uno de los participantes, para que, de manera paulatina, se empiecen a disminuir los niveles de ansiedad. Esta investigación agranda la esfera de conocimiento, tanto de la patología como de su tratamiento, puesto que se propone la utilización de una terapia extraña al trastorno.

Palabras clave: Activación Conductual, Ansiedad, Trastorno de Ansiedad Social, Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social, Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, Adolescentes, Adulthood Temprana,

ABSTRACT

Social anxiety disorder is characterized by feelings of fear and anxiety within social situations, where an individual may be judged by others. The individual fears an external evaluation; therefore, it is intended to avoid social interactions, in order to alleviate the experience. The objective of this investigation resides on determining the effectiveness of applying the Behavioral Activation Therapy, in university students, aged from 18-23, who present social anxiety symptoms. The study has a quasi-experimental approach, which consists of a population of 85 participants, who will be exposed to two social anxiety questionnaires: the Liebowitz Social Anxiety Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale. Both questionnaires will be applied twice per patient, pre and post therapy; thus, it is expected to determine if there was a visible effect in the patients. The therapy will be individual and personalized, consisting of 12 sessions of 60 minutes each. Additionally, as proposed by the therapy, the use of pleasant and social activities for each of the patients will be introduced gradually, to reduce the levels of anxiety. As a result, this investigation furthers the sphere of knowledge, for both pathology and its treatment, as it proposes the usage of a therapy unfamiliar to the disorder.

Key words: Behavioral Activation, Anxiety, Social Anxiety Disorder, Liebowitz Social Anxiety Scale, Fear of Negative Evaluation Scale, Adolescence.

TABLA DE CONTENIDO

Propuesta de investigación	7
Introducción	7
Planteamiento del problema	7
Objetivos y pregunta de Investigación	11
Justificación	12
Marco Teórico.....	13
Tema 1. Ansiedad Social.....	13
Tema 2. Activación Conductual.....	24
Tema 3. Población.....	29
Tema 4. Relación.....	31
Diseño y Metodología	34
Diseño.....	34
Población.....	34
Instrumentos o materiales.....	35
Procedimiento de recolección de datos.....	38
Análisis de los datos.....	39
Consideraciones Éticas.....	40
Discusión	41
Fortalezas y limitaciones de la propuesta.....	41
Recomendaciones para Futuros Estudios.....	42
Referencias	43
Anexos.....	49
Anexo A: Escala LSAS	49
Anexo B: Escala FNE.....	50
Anexo C: Activación conductual – monitoreo diario.....	51
Anexo D: inventario de áreas vitales, valores y actividades	52
Anexo E: Selección y Jerarquía de Actividades	53
Anexo F: plantilla de contratos.....	54
ANEXO G: Formulario de Consentimiento Informado.....	55

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La ansiedad ha pasado a ser reconocida como una emoción recurrente y frecuente en las personas. Resulta común que la gente manifieste sentir cierto grado de ansiedad, que perturba la estabilidad emocional. No obstante, también es uno de los sentimientos y estados más confusos para describir, descifrar y entender; la razón radica en su complejidad. Por definición, el American Psychological Association (2018) describe la ansiedad como una emoción caracterizada por síntomas variados como la tensión, preocupación, malestar, incremento del ritmo cardíaco, sudoración, mareo, pensamientos intrusivos, entre otros.

Todos estos indicadores, parecerían ser completamente comunes; y, de hecho, lo son, puesto que la ansiedad aparece como respuesta al peligro y a estímulos que queremos evitar (Beesdo, Knappe, Pine, 2009). Sin embargo, esta ansiedad se convierte en patológica y en un desorden mental, cuando ésta afecta e interrumpe la vida de una persona (Beesdo, Knappe, Pine, 2009; Van Ameringen, 2018); es decir, la perturbación llega a un grado donde la persona se vuelve incapaz de adaptarse a la situación que produce el sentimiento.

Hasta cierto punto, la ansiedad resulta ser adaptativa y un modelo de reacción a situaciones de riesgo o incomodidad (Beesdo, Knappe & Pine, 2009). Es por ello por lo que pertenece a la lista de sentimientos más experimentados y expresados. No obstante, este trastorno no debería ser sentido de manera intensa y perenne, su aparición debería limitarse a escenarios específicos de peligro, incertidumbre o tensión y no presentarse en otro tipo de escenarios inofensivos.

Desafortunadamente, la ansiedad muchas veces llega a convertirse en un problema patológico y junto a la depresión, ambas “se consideran dos de los desórdenes psicológicos de mayor registro en los centros de salud, en población general” (Agudelo, Casadiegos y

Sánchez, 2007, 34); por lo tanto, las cifras de prevalencia son demasiado altas. La OMS (2016) manifiesta que la psicopatología está en constante aumento en todo el mundo. En Estados Unidos, el 18.1% de adultos, mayores a 18 años han sido diagnosticados con algún tipo de ansiedad (American Psychological Association, 2018). Asimismo, en España, “una muestra de más de 51.500 individuos de 21 países diferentes revela que la prevalencia de la ansiedad es de 10%” (IMIM, 2018).

Cuando hablamos de la ansiedad, esta visión termina agrupando a todo el espectro de la enfermedad; y, prácticamente se abordan las diferentes expresiones desde un mismo sentimiento. Es decir, la ansiedad se conforma por un grupo selecto de síntomas, los cuales suelen estar presentes de manera recurrente y persistente dentro de los individuos; sin embargo, existen diferentes desencadenantes, que caracterizan su subtipo.

Este caso se enfocará precisamente en el subtipo de la *Ansiedad Social*, también conocida como *Fobia Social*. El DSM 5, dentro del criterio A se especifica que este trastorno está caracterizado por “miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a ser juzgado por otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales..., ser observado... y actuar delante de otras personas...” (American Psychiatric Association, 2014, 132). Entonces, las personas con ansiedad social tienen miedo a ser juzgados o avergonzados y consecuentemente, a ser rechazados, por lo cual suelen evitar cualquier tipo de contacto (American Psychiatric Association, 2014). Según García-López y sus colegas (2008), las situaciones de ansiedad pueden variar desde no utilizar baños públicos hasta no asistir a discotecas o lugares o contextos semejantes.

Este tipo de ansiedad está focalizado en evaluaciones externas; por ello, las personas se vuelven muy conscientes de sí mismos, a tal grado de sobre exagerar la negatividad de las situaciones y circunstancias (American Psychiatric Association, 2014). Los individuos experimentarán incomodidad y altos niveles de estrés al sentirse observados, puesto que

imaginan que la ansiedad que experimentan es percibida claramente, lo cual maximiza la misma. Consecuentemente, ello perpetuará el ciclo de miedo, ansiedad, evitación y aislamiento.

Por otro lado, el DSM-III propone un ejemplo de preocupación que manifestará una persona al escribir frente a otros y sentir miedo que su mano tiemble, ya que el resto también podrá verlo. Esto, termina agravando la situación (American Psychiatric Association, 1980) al tener repercusiones sobre el autoestima y la auto valía (Stein & Stein, 2008).

Afortunadamente, con el tiempo se han desarrollado algunas terapias positivas para el tratamiento de este trastorno, las cuales tienen una buena base de teoría cognitiva conductual (Heimberg, Brozovich & Rapee, 2010), además del tratamiento farmacológico (García-López, et al., 2008). Entre estos métodos existen “procedimientos basados en la exposición... terapia cognitiva o de atención a factores cognitivos y emocionales que se encuentran incluso fuera de la conciencia del paciente, y estrategias de afrontamiento o de solución de problemas...” (Caballo, Andrés y Bas, 2007, 34). El centro del enfoque de estas terapias se plantea modificar los pensamientos negativos que experimentan y no pueden controlar los individuos al sentirse juzgados, para que así sus acciones se vean transformadas.

Por otro lado, este trastorno está altamente correlacionado con la fobia específica, la agorafobia, el alcoholismo y la depresión (Tuck, Heimberg & Magee, 2008). De hecho, según el National Comorbidity Survey, “se evidenció que un 37.2% de las personas... habían presentado en su vida al menos un episodio de depresión mayor” (Muñoz & Alpizar, 2016, 44), así que ambos trastornos se intervienen conjuntamente.

Una de las mejores opciones para tratar la depresión es la Activación Conductual, debido a su visión holística del problema. La activación conductual es un enfoque estructurado, psicosocial, el cual radica en realizar cambios conductuales, con el objetivo de disminuir los

síntomas de depresión en pacientes y además prevenir recaídas (Dimidjian, Martell, Addis, Herman-Dunn, 2008).

En primera instancia, los beneficios de esta terapia recaen en el hecho de que se toma en cuenta el contexto y las consecuencias de las conductas (Pérez, 2006). Es decir, se enfoca en los eventos y situaciones que las personas tienen y cómo ellos reaccionan frente a las mismas. Esta terapia, específicamente está relacionada con el tratamiento de la depresión, ya que se enfoca en incrementar la satisfacción de diversas actividades que podrían ya estar realizándose (Dimidjian et al., 2008); y eventualmente, esto incrementaría su satisfacción personal.

Desafortunadamente, no se ha realizado suficiente investigación acerca de la Activación Conductual, como método terapéutico para otras patologías; sin embargo, se conoce que la implementación de ésta refuerza la participación en eventos, lo cual contribuye con la disminución de la depresión (Ruggiero, Morris, Hopko & LeJuz, 2007) y posiblemente de la ansiedad social.

Justamente, por la falta de investigación es necesario resultarlo y aplicarlo al contexto ecuatoriano. Un estudio en la Universidad de Cuenca menciona que “la prevalencia de ansiedad leve corresponde a un 12.6%, un 63.6% de ansiedad moderada y un 23.8% a ansiedad grave... siendo 4 veces mayor a la prevalencia encontrada... en otros países de Sudamérica” (Caicedo, Carchi, Chiquimarca, 2012, 1). Esto demuestra índices realmente altos. Adicionalmente, en el Hospital San Lázaro, se diagnosticaron 27 casos en el 2007, y en la casa de salud en el 2008 se diagnosticaron 32 casos (La Hora, 2009).

Como se ha mencionado anteriormente, el propósito de esta tesis es plantear de manera alternativa el uso de otra terapia, ajena a la ansiedad social, para evaluar si es viable que la misma, podría tener efectos producentes sobre la enfermedad. Es importante considerar el hecho que muchas de las personas que tienen Trastorno de Ansiedad Social, también

experimentan depresión, en consecuencia, considero se verían beneficiados al ser tratados con una misma terapia que trabaje con ambos trastornos. No obstante, no es indispensable que la persona padezca de estos dos trastornos. Por sí sola la depresión puede ser tratada mediante esta terapia, pero a donde se busca llegar, es a utilizar precisamente la terapia para el Trastorno de Ansiedad Social.

La importancia radica en la falta de exploración y de investigación alternativa. Existen casos donde las personas con ansiedad social no han sido beneficiadas por ninguna otra terapia. Sin embargo, considero que esta podría ayudar a que aquellas personas -o en general a cualquiera- a poder tener una mejora a nivel social, laboral, emocional. Las ventajas de la activación conductual son que, primeramente, resulta muy fácil de aplicar ya que es muy directa y señala claramente los procedimientos (Dimidjian, Martell, Addis & Herman-Dunn, 2008). Adicionalmente, busca incrementar la conducta de la persona, para que aprenda a manejarse de mejor manera en el ambiente y que reciba refuerzos positivos inmediatos.

Objetivos y pregunta de Investigación

A partir de esta investigación, se pretende establecer una nueva metodología de tratamiento para la ansiedad social. A pesar de que, de la activación conductual, es ya una terapia conocida y utilizada; su función está netamente relacionada con la depresión, lo cual limita su campo de acción. Por lo tanto, utilizando este método se espera encontrar una manera de vincular, a este otro trastorno, con la terapia, de manera funcional y positiva.

Esto quiere decir que, uno de los objetivos es profundizar el área de conocimiento del Trastorno de Ansiedad Social y los métodos de intervención. Es importante, continuamente desarrollar nuevas metodologías de trabajo, ya que esto incrementa la posibilidad de ayudar a más personas que lo necesitan.

De igual manera, esta investigación involucra a Latinoamérica, ya que no se ha expandido el conocimiento dentro del área; no se han invertido recursos (económicos, de tiempo, estudios) asociados a la patología o a la terapia propuesta, por lo cual resulta ser innovador y completamente beneficioso para el continente.

Por último, otro objetivo es analizar el funcionamiento de la Activación Conductual como tal, y adicionalmente, dentro de una patología diferente a la depresión.

¿Cómo y hasta qué punto la terapia de la activación conductual influye en la ansiedad social en universitarios de 18 a 23 años de edad, en la ciudad de Quito, Ecuador?

Justificación

La importancia de esta tesis se basa en la premisa que, a través de la investigación realizada, se podría experimentar y concluir con un posible nuevo método de tratamiento para la ansiedad social. Los tratamientos que se aplican actualmente son eficaces y tienen una influencia positiva en las personas; sin embargo, dentro del campo de la ciencia es importante actualizarse e indagar en otras alternativas que puedan ayudar de nuevas maneras y tal vez, ser más eficaces e ir evolucionando hacia la búsqueda de otros caminos. Considero que existe la posibilidad que la utilización de la terapia conductual dentro de ansiedad social termine siendo algo completamente positivo. Y, definitivamente su aplicación funcionaría de manera sinérgica cuando el paciente experimente ansiedad comórbida con depresión.

Adicionalmente, esta terapia ayuda a que la persona se empodere y se exija buscando una actitud proactiva, puesto que es el paciente quien debe realizar cada actividad que se plantee; por lo que es un buen motivante y un buen reforzador. Asimismo, los resultados se obtienen inmediatamente.

La utilización de la activación conductual, dentro del trastorno de ansiedad social es único y nuevo tanto en Ecuador como en el mundo, lo cual considero una oportunidad de

investigar y aplicación alternativa. Son muy pocos los artículos científicos que abordan los beneficios de la aplicación de esta terapia que puede ser aplicada conjuntamente en depresión y ansiedad.

Marco Teórico

Tema 1. Ansiedad Social.

Contexto.

El desarrollo y la investigación dentro de la psicología han facilitado el estudio y el entendimiento del trastorno de ansiedad social. En un principio, se confundía tanto al trastorno, como al sentimiento que produce la ansiedad, con la timidez (Stein & Stein, 2008; Barlow & Durand, 2014) puesto que, para este entonces, ésta era la única manera en la que se podía describir a la manifestación de la emoción. No obstante, esto representaba un problema, ya que la experiencia del Trastorno de Ansiedad Social se agrava y profundiza, al dificultar e inhabilitar el funcionamiento esperado de la persona. La complicación no recae en un déficit en el accionar, es decir, la persona puede desenvolverse y realizar actividades, de manera aislada. El problema radica justamente en la interacción social, es decir, el público externo que está presente en ese momento (Barlow & Durand, 2014). Entonces en este entorno se produce el sentimiento de la ansiedad cuando más personas están presentes, debido a que está presente la posibilidad de vulnerar su vulnerabilidad.

Este trastorno, no fue clasificado como tal “hasta la publicación del DSM-III en 1980... aunque ya había sido descrito clínicamente con anterioridad” (Caballo, Andrés, Bas, 2007, 25). A pesar de la inserción, se seguía creyendo que el Trastorno de Ansiedad Social no era tan debilitante, como se lo entiende ahora (Turk, Heimberg & Magee, 2008). Es por ello por lo que el siglo XX podría ser considerado como el apogeo definitivo de la ansiedad

social, puesto que recién en estas épocas se empieza a entender este trastorno como un desorden clínico y formal. Sin embargo, es necesario enfatizar, que, desde el comienzo de la civilización, la ansiedad ya era un tema de interés y de intriga para los profesionales de la salud mental, pese a que se lo conocía bajo otros nombres y se lo abordaba de diferente manera.

En Estados Unidos, entre los años sesenta y ochentas, se empezaron a realizar diversas investigaciones y a utilizar programas como aquellos de entrenamiento asertivo y de habilidades sociales (Caballo, Andrés, Blas, 2007), los cuales se enfocaban completamente en la problemática con respecto a las relaciones interpersonales. Por otro lado, uno de los mayores avances, en términos de terapia, fue realizado en 1975, por Isaac Marks, un psiquiatra quien propuso que la utilización de la exposición *in vivo*, resultaba ser más efectiva que la exposición imaginada (Philling, Mayo-Wilson, Mavranzouli, Kew, Taylor, et al., 2013), la cual había sido previamente utilizada.

Así la evolución del conocimiento se fue ampliando, y luego de su inclusión en el manual de diagnóstico, se realizaron algunos cambios teóricos de gran ayuda, debido a las nuevas conclusiones. En el DSM-III-r se dividió al Trastorno de Ansiedad Social en dos categorías: la fobia social generalizada y la no generalizada (García-López, Piqueras, Díaz-Castela & Inglés, 2008). Tal como su nombre lo indica, la primera se fundamenta en una incomodidad o miedo a todas o a la gran mayoría de las diferentes situaciones sociales; mientras que la segunda, se limita a ciertos eventos y resultaba ser menos disfuncional (García-López, Piqueras, Díaz-Castela & Inglés, 2008). Pero, para el 2014, se quitó esta subdivisión ya que resultaba muy subjetiva y en vez, se agregó un especificador (American Psychiatric Association).

Criterios de Diagnóstico.

Actualmente, el DSM 5 clasifica a la ansiedad social o fobia social, a través de diez criterios importantes para el diagnóstico, además del especificador, previamente descrito. El primer criterio, funciona más bien como una definición para la patología. Es este, el que clarifica las pautas del trastorno, asumiendo que la persona experimenta miedo y ansiedad en situaciones sociales, donde son más propensos a recibir evaluaciones externas que los degrade. Así, en definición, la ansiedad social es un trastorno, caracterizado por el miedo persistente a participar en actividades sociales que expongan a la persona a ser humillada y analizada (Phillip, et al., 2013).

Los siguientes criterios descritos dentro del DSM 5, resultan ser más específicos, ya que abordan a la ansiedad social en función de su definición. Es decir, los criterios B, C, D y E, están relacionados al miedo -hasta cierto punto- irracional, de ser avergonzados o humillados (Stein & Stein, 2008) y que, consecuentemente, se trata de evadir al aislarse. La razón por la que se habla de irracionalidad se debe a que las situaciones y experiencias sociales no resultan ser tan graves como aparentan ser.

Por otro lado, para realizar un diagnóstico, el individuo debe haber experimentado los síntomas de manera frecuente, por más de seis meses. Adicionalmente, los síntomas deben haber afectado negativamente el funcionamiento de las diferentes áreas de vida de la persona. También se deben descartar afecciones médicas, otros trastornos y el uso de sustancias que generen efectos fisiológicos. Cada uno de los criterios expuestos, presentan gran relevancia, puesto que ayudan a entender, de mejor manera, los síntomas que se presentan dentro de este subtipo de ansiedad. Finalmente, el DSM 5, realiza una distinción, en la cual se debe especificar si la persona experimenta o no, ansiedad e incomodidad al “hablar o actuar en público”.

Adicionalmente, parte de las características de la ansiedad social, son somáticas; es decir, tienen un alto componente psíquico, el cual se manifiesta de manera física. Las personas pueden experimentar síntomas tales como la sudoración, enrojecerse, agitación muscular, temblores y aceleración de latidos del corazón o de respiración (Essau, Conrad & Petermann, 1999), los cuales terminan agravando el sentimiento de la ansiedad. Personas con Trastorno de Ansiedad Social experimentan estos síntomas, tal como lo haría una persona control -sin el trastorno-; no obstante, sobre piensan y evalúan la reacción, tornándola en un evento catastrófico el cual magnifica su visión de la intensidad y visibilidad, por ejemplo, del sonrojo (Chaker, Hofmann & Hoyer, 2010).

Epidemiología.

En cuanto a epidemiología, la ansiedad social es uno de los trastornos con mayor índice de diagnóstico (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2007; Muñoz & Alpízar, 2016; Philling, et al., 2013) y desafortunadamente, las personas que tienen TAS no “buscan tratamiento hasta después de 15-20 años de padecer síntomas” (Muñoz & Alpízar, 2016, 41; Grant, Hasin & Blanco, 2005). Esto resulta ser un problema, puesto que la enfermedad deteriora la vida de las personas en las funciones laborales, escolares y personales, y, además, al no existir una intervención temprana, la enfermedad se cronifica (Hofmann, 2010).

Este trastorno, generalmente empieza en la adolescencia tardía o adultez temprana; no obstante, también puede presentarse en la infancia. Según Beesdo, Knappe y Pine (2009) la niñez y la adolescencia son las fases más vulnerables de riesgo para desarrollar síntomas y características de ansiedad, las cuales van desde señales leves hasta el trastorno completo. Contrariamente, es poco común que se desarrolle en la adultez tardía, a menos de que exista un suceso catastrófico que haya marcado a la persona. De ser así, es posible que la evolución del trastorno sea asociada a dicho evento (Philling, et al., 2013; Muñoz & Alpízar, 2016).

El DMS 5 incluye, dentro de los criterios de diagnóstico, la posibilidad de ocurrencia en niños, y específica que la incomodidad social ocurre tanto con grupos etarios y con adultos. Asimismo, determina que la ansiedad se manifiesta a través de “llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales” (American Psychiatric Association, 2014, 41).

Desafortunadamente, emitir un diagnóstico acertado en la niñez resulta más complejo, puesto que se suele confundir al Trastorno de Ansiedad Social con otros trastornos o con otras características debilitantes, tales como la ansiedad por separación, la timidez, inhibición conductual o el desagrado por el colegio (Hofmann, 2010); así como también se pueden confundir los síntomas con aquellos establecidos en los trastornos generalizados del desarrollo (García-López, Piqueras, Díaz-Castela & Inglés, 2008). No obstante, los diagnósticos válidos, respaldan la teoría de vulnerabilidad, puesto que el 85% de los pacientes, han desarrollado el Trastorno de Ansiedad Social en la adolescencia. De hecho, “la edad media de inicio es de los 13 años, aunque también puede ocurrir en la primera infancia” (Muñoz & Alpízar, 2016, 41).

Según la Asociación Psicológica Americana (2018), la tasa de prevalencia de este trastorno resulta ser bastante alta dentro de la población adolescente, situándose en el tercer puesto, luego de la depresión mayor y el consumo de sustancias. De igual manera, estudios epidemiológicos manifiestan que “las tasas de prevalencia a lo largo de la vida varían desde el 1.6% hasta el 7% en población adolescente” (García-López, Piqueras, Díaz-Castela & Inglés, 2008, 503). Por ejemplo, un estudio en Nueva Zelanda reportó índices más altos, concluyendo que 11.1% de adolescentes de 18 años, padecen de síntomas de los criterios de diagnóstico (Philling, et al., 2013).

Por otro lado, a nivel mundial, los índices abarcan entre el 7-12% de la población (Hofmann, 2010). Además, se conoce que este trastorno es global ya que está presente en diversas culturas como Israel (Stein & Stein, 2008) o Japón, país donde la prevalencia en hombres supera al de mujeres con una proporción de 3:2 (Barlow & Durand, 2014). Aun considerando esta cifra, los países asiáticos mantienen menores índices en comparación de países como Rusia y Estados Unidos, quienes tienen las mayores tasas (Barlow & Durand, 2014).

Según otros estudios epidemiológicos, realizados específicamente en la National Comorbidity Survey de Estados Unidos, esta patología alcanza al 13.3% de la población (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez & Páez, 2008). De igual manera, dentro de este estudio se encontró que el 12.1% de personas en los Estados Unidos, padecen de ansiedad social en algún punto de su vida (Turk, Heimberg & Magee, 2008).

Cada uno de los datos mencionados, confirma la gravedad y la alta frecuencia del trastorno. La ansiedad social, califica como parte de los trastornos de ansiedad, con mayor probabilidad de ocurrencia (Pilling, et al., 2013) y de deterioro de vida.

Por ejemplo, dentro del ámbito laboral, estas personas pueden conformarse con trabajos muy básicos para su nivel de estudio, y suelen creer que sus jefes no los consideran aptos para el trabajo (Turk, Heimberg & Magee, 2008) aun cuando esto no es cierto. Asimismo, existe afectaciones en la tasa de desempleo, más personas solteras o con problemas de compromiso y mayor consumo y uso de psicofármacos (Olivares, Piqueras y Rosa, 2006).

De igual manera, el Trastorno de Ansiedad Social y el desempeño académico “presenta una relación estrecha e inversa. Es decir, cuando se presentan niveles altos de ansiedad, el rendimiento académico disminuye. Un rendimiento deficiente puede traer como

consecuencia estados emocionales como la disminución de la autoestima... sentimientos de vergüenza o culpa” (García, 2017, 16). Otros autores, confirman que las “consecuencias en el proceso de adaptación del adolescente son graves; así, podemos destacar el bajo rendimiento académico y el abandono escolar” (Olivares, Piqueras y Rosa, 2006, 208).

En cuanto a la prevalencia entre hombres y mujeres, varios estudios concluyen que el trastorno afecta a ambos sexos en una proporción similar, es decir 1:1 (Barlow & Durand, 2014); sin embargo, estudios comunitarios en Estados Unidos, elevan las tasas de las mujeres a 3:2 (Hofmann, 2010). Se cree que estos índices aparecen elevados, puesto que existen más mujeres experimentando síntomas de ansiedad social, pero que, aquellos hombres que los experimentan suelen recurrir más a terapia (Pilling, et al., 2013). No obstante, la facilidad de hablar de las mujeres podría ser la razón de un mejor pronóstico.

Por otro lado, otros autores sugieren que el trastorno afecta mayormente a mujeres con un 12.1% (Stein & Stein, 2008; Robles, et al., 2008), siendo está una proporción de 1:3 (Muños & Alpízar, 2016). De la misma manera, Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2007), confirman que “la población femenina además de ser la que consulta con mayor frecuencia también manifiesta mayor vulnerabilidad frente a la presencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, constituyendo un importante foco de intervención” (38).

A pesar de la existencia de incongruencias que arrojan los datos, en cuanto a la prevalencia relacionada a los sexos, la información obtenida confirma la importancia que posee la problemática. Las cifras son altas y se conoce que existe una afectación equivalente tanto en hombres como en mujeres. Por ello, es necesario trabajar con ambas poblaciones - asumiendo así, las diferencias de edad- para mejorar los pronósticos y la funcionalidad de vida.

Comorbilidad.

A más de ser un trastorno frecuente, la ansiedad social también tiene una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos. Según Pilling y sus colegas (2013), aproximadamente 4 de cada 5 individuos que hayan sido diagnosticados con ansiedad social, desarrollarán una patología adicional en algún punto de sus vidas. Ello evidencia que la mayoría de estas personas necesitarán, en términos de una intervención mixta.

Como se mencionó previamente el Trastorno de Ansiedad Social tiene relación con otros diagnósticos de ansiedad -agorafobia y fobia específica-, depresión y alcoholismo; no obstante, este campo de comorbilidad atraviesa otras patologías, como, por ejemplo, el trastorno de estrés postraumático. Tras un suceso catastrófico o estresor, la persona puede eventualmente desarrollar Trastorno de Ansiedad Social como consecuencia del daño producido (Pilling, et al., 2013) en un 17.3% (Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Asimismo, existe comorbilidad del 61% con trastornos de personalidad, especialmente con el evitativo, ya que éste es una versión más profunda y patológica (Pilling et al., 2013).

En cuanto a la probabilidad de comorbilidad -general- de fobia social con los trastornos descritos, los demás diagnósticos de ansiedad ocupan el primer lugar con un 70%, seguidos de trastornos afectivos con 65%, dependencia -específicamente- a la nicotina con 27% y dependencia a otras sustancias con 20% (Pilling et al., 2013). Los dos primeros diagnósticos, están completamente relacionados con la parte afectiva de la persona; por lo que se podría entender que, al tener altos niveles de ansiedad en el aspecto social, ello termina afectando los demás aspectos de vida y empeorando la salud mental en su totalidad.

Por otro lado, los dos últimos diagnósticos relacionados a la dependencia y al uso de sustancias, se explican al ser mecanismos de defensa creados para tratar de manejar o aliviar la ansiedad experimentada (Pilling et al., 2013). Dentro de los trastornos afectivos,

la depresión mayor ocupa el mayor índice (Muñoz y Alpízar, 2016) como trastorno secundario a la ansiedad social (Wittchen, Stein & Kessler., 1999).

En la adultez temprana, los trastornos comórbidos siguen el mismo orden que en la población general, pero cambian sus porcentajes. Algunos estudios refieren que tanto los trastornos de ansiedad como los afectivos ocupan el 40%, mientras que el abuso de sustancias es comórbido en un 16% (Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009; Pilling et al., 2013). En Alemania, otras investigaciones, enfatizan nuevamente estas comorbilidades, pero se diferencian, también nuevamente, en los porcentajes, incrementando la tasa de adolescentes -hasta los 24 años- con abuso de sustancias en 85.2%, entre los cuales el 41.3% consume nicotina; mientras que trastornos afectivos en 81.6%, de los cuales el 13.7% abarca la distimia y de ansiedad en 64.4% (Wittchen, Stein & Kessler, 1999).

Tratamiento.

El tratamiento para los trastornos de ansiedad social, están divididos entre fármacos e intervención psicológica. Dentro de la psicoterapia, los aspectos más importantes a tratar son la parte cognitiva, conductual y emocional, por lo que, a través del tiempo se han desarrollado tratamientos individualizados y otros que agrupan ambos aspectos. Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de terapias desarrolladas, según Ranta y sus colegas (2009), son pocos los adolescentes quienes buscan ayuda e intervención, ya que las personas llegan a creer que los síntomas y las características del Trastorno de Ansiedad Social son parte de la personalidad, y que estas no cambiarán (Pilling et al., 2013).

Dentro de la terapia farmacológica, se ha utilizado, una gran gama de medicamentos, algunos de los cuales se siguen utilizando, de ser el caso, y otros que se han cortado el uso. Desde el año 1999, los ISRS, categorizados como antidepresivos, se volvieron parte del tratamiento de los trastornos de ansiedad, y del Trastorno de Ansiedad Social

específicamente, puesto que demostraron ser eficaces en mejorar el funcionamiento del paciente (Barlow & Durand, 2014). Este medicamento incrementa los niveles de serotonina en el cerebro (Pilling et al., 2013), haciendo que el individuo se estabilice emocionalmente.

Según Barlow & Durand (2014), se han realizado investigaciones sobre la eficacia de los ISRS conjuntamente a terapias cognitivas conductuales; no obstante, no se ha producido un mayor efecto. Dado el caso, se continuó investigando con otros medicamentos, tales como la D Cicloserina, la cual demostró que, junto a la terapia cognitiva conductual, existen mejoras del 24-33%. Esta droga trabaja directamente en la amígdala, haciendo que se debilite el vínculo entre la ansiedad y las interacciones sociales.

En cuanto a medicamentos que han dejado de ser utilizados, a pesar de su eficacia, debido a los efectos secundarios (Pilling et al., 2013), están los antidepresivos IMAO. Esta droga mostraba una reacción positiva en el Trastorno de Ansiedad Social, especialmente cuando tenía comorbilidad con agorafobia (Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985); no obstante, los riesgos secundarios fueron mayores, y se decidió suspender su uso.

Por otro lado, la terapia cognitiva ha demostrado ser muy eficaz, ya que se trabaja con las distorsiones del pensamiento y de la percepción sobre el peligro de la situación, tratando de cambiarlas mediante la lógica (Barlow & Durand, 2014). El objetivo de esta terapia radica en encontrar la razón detrás del miedo social y de aquellos pensamientos o situaciones desencadenantes, que provocan ansiedad. Al desmenuzar los pensamientos y distorsiones cognitivas, los individuos empiezan a ganar control sobre estos, para así producir un cambio. Por lo tanto, el trabajar con eventos cotidianos y reales, ayuda a que los pacientes confronten las emociones de riesgo o peligro y eliminen las reacciones automáticas. Esto beneficia al paciente en un 84% y tras un año de evaluación, los resultados se mantenían igual (Barlow & Durand, 2014).

De igual manera, estos autores elaboraron un estudio, donde los pacientes eran expuestos a percances sociales -posiblemente embarazosos- como el regarse algo estando acompañado de un desconocido, y tener que afrontar la situación, solo que en un ambiente seguro. De esta manera, se confronta el miedo y la ansiedad de sentir humillación (Barlow & Durand, 2014). A pesar de que esta terapia tenga un enfoque cognitivo, se utilizaron, a su vez, aspectos conductuales, lo cual introduce la terapia cognitiva conductual.

En consecuencia, una de las más eficaces terapias para la ansiedad social es la terapia cognitiva conductual, ya que agrupa a dos factores completamente importantes y necesarios; los cuales trabajan sobre las habilidades sociales (Hofmann, 2010). De hecho, autores como Barlow & Durand (2014), afirman que la terapia cognitiva conductual ayuda a que adolescentes con Trastorno de Ansiedad Social, se vuelvan más funcionales en las diferentes áreas de sus vidas.

La función de la terapia cognitiva conductual es modificar el pensamiento y cambiar la conducta que reacciona a tal cognición. De esta manera, ambos aspectos se ven influenciados, el uno sobre el otro, produciendo una disminución, en este caso, en la ansiedad social. Para trabajar con estos factores, se utilizan algunos métodos terapéuticos, tales como la exposición a escenarios adversos, la relajación muscular, el trabajo en las habilidades sociales y la reestructuración cognitiva (Pilling et al.; Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985).

La exposición o la desensibilización sistemática, ayuda a que la persona se presente ante la fobia, es decir, a cualquier evento o interacción social, que provoque malestar, para que, de manera paulatina, aprenda a tener control sobre sus pensamientos y reacciones. En un principio, se utilizaban técnicas de imaginación; sin embargo, con el tiempo se encontró que la exposición real, era más beneficiosa (Pilling et al., 2013). Por lo tanto, esta terapia puede

ser producida de manera individual o grupal, pero en ambas, se utilizarán, como primera instancia, a los juegos de roles (Pilling et al., 2013) los cuales ayudan a recrear estas situaciones.

Esta exposición, reta al individuo con Trastorno de Ansiedad Social, y le obliga a reconstruir su percepción sobre la ansiedad, la humillación y la evaluación externa. Aquí es donde se trabaja con la parte cognitiva y de habilidades sociales. Adicionalmente, se pueden utilizar técnicas de relación muscular, para que sea más fácil manejar la exposición realizada (Pilling et al., 2013).

La agrupación de la parte cognitiva con la conductual resulta completamente beneficiosa, puesto que la persona reconstruye y rehace sus constructos y aprende a tener un mayor control sobre cómo actúa y piensa. Resulta completamente productiva para la ansiedad social, el utilizar terapias enfocadas en las actividades, ya que la fobia radica en estas manifestaciones.

Es por ello, que el implementar nuevas terapias como la activación conductual, es necesario, ya que se trabaja de manera holística en la persona. Ayudan a que el paciente tenga mayor control sobre sus acciones o actividades; tenga la oportunidad de ver pequeños resultados, a medida que se realizan estas actividades y que poco a poco, vayan teniendo un mejor estado anímico que los impulse, motive y movilice a entender y trabajar con su trastorno.

Tema 2. Activación Conductual.

Historia.

La terapia de la activación conductual se crea a partir de piezas terapéuticas, previamente utilizadas y desarrolladas para tratar la depresión. Entre estas, se encuentran

modelos de intervención basados en el autocontrol, refuerzos externos para prolongar los cambios, afrontamiento de emociones y terapia cognitiva (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014). El objetivo, era agrupar los aspectos positivos de cada tipo de terapia, para producir un mayor efecto en la persona con depresión. Así fue como, eventualmente se reconoció que tanto el aspecto cognitivo era esencial, al igual que la conducta, puesto que ésta, formaba parte de la estrategia necesaria para lograr un cambio (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014).

Para justificar su funcionamiento, se desarrolló estudios, los cuales luego dieron paso a que la terapia de la activación conductual sea reconocida como parte de las técnicas conductuales dentro de la terapia cognitiva de Beck (Pérez, 2006; Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014), debido a la obtención de resultados a largo plazo. Así la Activación Conductual, pasó a ser parte de las terapias de tercera generación (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014), y se la empezó a utilizar como una actividad centrada, dentro de la terapia principalmente requerida y usada, mas no como único soporte (Pérez, 2006).

La ventaja de esta terapia es que se enfatizan, por un lado, el componente cognitivo, ya que se trata de cambiar los procesos mentales; mientras que a su vez se realizan actividades conductuales que modifiquen los comportamientos. Es decir, esta intervención contextualiza al problema y lo aborda a través del uso de varios factores como lo son el ambiente y la vida o experiencias de la persona (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014). Dada su sencillez, facilidad de aplicación y bajo costo, se empezó a usar más seguido en pacientes (Pérez, 2006; LeJuez, Hopko & Hopko, 2001).

Definiéndola, la Activación Conductual es un proceso terapéutico que impulsa al paciente a que se “comporte de forma tal que incremente la probabilidad de entrar en contacto con contingencias medioambientales reforzantes, esperando que se produzcan como

efecto colateral, de manera paralela o secuencial, cambios en la forma en que se piensa y siente” (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014, 85). Es decir, de cierta manera activa a la persona y la vuelve actor principal, puesto que es ella/él quien deben realizar las actividades preestablecidas (Dimidjian, Martell, Addis & Herman-Dunn, 2008). Sin embargo, es importante entender, que este proceso no se trata únicamente de proporcionar actividades y esperar que la persona deje de estar deprimida y esté feliz (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez 2014), sino que toma tiempo y terapias adyacentes.

Actualmente, existen dos modelos de terapia, siendo estas la “propuesta de activación conductual de Jacobson y colegas (2001); y el Tratamiento de Activación Conductual Breve para Depresión (TACBD) de LeJuez, & Hopko (2001)” (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014, 86). La primera es una aproximación más clásica porque se fundamenta en la programación de actividades y la evaluación del cumplimiento de estas. De esta manera, se espera crear consciencia del rechazo existente hacia ciertas actividades, y que, en vez se aumente la probabilidad de participación dentro de las mismas, mejorando así el estado de ánimo (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014). Por otro lado, el Tratamiento de Activación Conductual Breve para Depresión, busca incrementar los reforzadores positivos para así cambiar las percepciones de los eventos, porque “la conducta depresiva se mantiene por la ausencia de reforzamiento de las conductas alternas, el reforzamiento de conducta depresiva o la combinación de ambas condiciones” (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014, 86).

Aplicación General en Depresión.

La activación conductual se ha convertido en un proceso terapéutico completamente estructurado, el cual busca promover ciertas actividades, para que la persona con depresión experimente reforzadores positivos en consecuencia de cada acción (Ruggiero, Morris,

Hopko & LeJuz, 2007). Por definición, y como su nombre lo indica, esta terapia tiene como objetivo activar al paciente “a pesar de estar (todavía) deprimido, como paso para dejar de estarlo... enfatiza los intentos sistemáticos en incrementar conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales reforzantes y produzcan... cambios en los pensamientos, el humor y la calidad de vida” (Pérez, 2006, 1). Por lo tanto, se espera que los aspectos cognitivos y emocionales vayan cambiando a medida que se realicen las actividades (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001).

Usualmente, se realizan entre unas 10 y 15 sesiones de activación conductual (Pérez, 2006; Lejuez, Hopko y Hopko, 2001). Sin embargo, a medida que los pacientes van ganando experiencia y motivación, puede haber menos sesiones, se las puede ir acortando en tiempo a 15 o 30 minutos -en vez de una hora- o, dependiendo del caso, podrían ser realizadas vía teléfono (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001).

Adicionalmente, es importante recalcar que tanto el terapeuta como el paciente juegan un rol importante, en el sentido que ambos contribuyen con ideas para identificar objetivos, metas y recompensas para realizar las actividades deseadas (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001). De esta manera, se trata de aumentar la cantidad de actividades placenteras y relevantes para el paciente, “en este sentido, se trata de una terapia ideográfica. Aunque, en general, es una terapia estructurada y de corta duración...no está protocolizada, sino confeccionada a la medida del cliente” (Pérez, 2006, 1).

Por lo tanto, la intervención funciona a través de una guía de activación, la cual es elaborada conjuntamente por el terapeuta y el paciente, donde se describen una serie de conductas que sean reforzadoras y debiliten la relación paciente-depresión (Dimidjian, Martell, Addis & Herman-Dunn, 2008). Estas actividades resultan ser completamente individuales para cada persona, ya que se debe tomar en cuenta “su historia y competencias

para elegir las actividades, más allá de la valoración que se les otorgue en términos placenteros o no placenteros” (Bianchi & Muñoz, 2014). La personalización facilitará el proceso de recuperación y de mejora; es decir, será más fácil para el paciente realizar tales actividades.

De igual manera, es esencial, que, durante la aplicación de esta terapia, se establezca una buena relación entre el paciente y su terapeuta, ya que esto contribuirá a tener mayor control sobre la terapia. Será más fácil entablar y modificar metas, manejar cualquier problema naciente, desmenuzar las actividades en tareas pequeñas y sencillas y mantener los niveles de motivación (Dimidjian, Martell, Addis, Herman-Dunn, 2008).

Aplicación Trastorno de Ansiedad Social.

A pesar de que el principal uso sea para la depresión, la implementación en ansiedad social podría ser bastante positiva, puesto que el paciente debe realizar pequeñas actividades o tareas que lo ayudarían a tener un mejor funcionamiento en su vida. Es importante entender que las actividades realizadas, no tienen que ser necesariamente ‘grandes’; esto depende completamente del paciente, y de acuerdo con las metas y objetivos establecidos -entre el paciente y el terapeuta-, estas actividades se vieran modificadas.

De hecho, el objetivo es que “los individuos comiencen a interactuar con los factores contextuales relacionados con la pérdida, para que estos adquieran funciones equivalentes a los estímulos con los que se dejó de interactuar o desarrollen otro tipo de repertorios que les permitan ajustarse a nuevos eventos...” (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014, 86). Entonces, la aplicación dentro de la ansiedad social, siendo este un trastorno que evita las interacciones sociales significa que se trabajará justamente con aquellas situaciones o contextos perdidos por el miedo; y de manera paulatina y segura, se irá incorporando actividades relacionadas a eventos sociales.

Una de las intervenciones de tratamiento, utilizados para la ansiedad social es la exposición *in vivo*, también conocida como desensibilización sistemática. Esta terapia se emplea, para que el paciente experimente encuentros cercanos con situaciones u eventos que le provoquen ansiedad. De esta manera, se trata de manejar la forma en que reacciona la persona y eventualmente, este aprende a lidiar de mejor manera con sus sentimientos, puesto que llega a entender la base del miedo y a verlo como algo no tan peligroso o debilitante.

Esta terapia, de cierta manera se conecta a la activación conductual, ya que se trabaja a partir de actividades o tareas complejas. Es decir, la persona con depresión realiza cualquier tipo de actividad que le impulse de a poco para elevar su estado anímico. Por otro lado, la persona con ansiedad social empezaría a trabajar a partir de actividades relacionadas a eventos de interacción social. Estas situaciones van desde plantearse y lograr pequeños retos como saludar a alguien en la calle, hasta asistir a un evento poblado y ser partícipe activo.

Tema 3. Población.

Universitarios.

Esta investigación está orientada hacia universitarios con edades entre 18 y 23 años. Estudios epidemiológicos han demostrado que este trastorno tiene una alta prevalencia en la adolescencia, con índices que oscilan entre el 1.6 – 7% (Essau, Conradt & Petermann, 1999), lo cual significa que, para los 18 años, es posible que ya hayan desarrollado el trastorno. Asimismo, también se ha comprobado que la ansiedad está clasificada como parte de las primeras patologías que los adolescentes desarrollan, por lo tanto, resulta importante la intervención.

Específicamente, estos universitarios provienen de Ecuador de la Universidad San Francisco de Quito. La razón de esto, siendo que es una población diversa, que abarca a

mujeres, hombres, profesionales de diferentes carreras y personas de diferentes partes del país.

Aduldez Temprana.

La adultez temprana o adultez emergente, es una etapa del desarrollo humano, que abarca la edad de “18 o 19 años hasta los 25 o 29 años... se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades... es un periodo durante el cual la gente joven ya no es adolescente, pero todavía no se han asentado en los roles adultos” (Papalia, Feldman & Martorell, 2012, 420-421).

Dentro de este grupo etario, la salud mental y física se ven alteradas por factores directos tales como la dieta, el trabajo, el consumo de sustancias, actividad física, el sueño, entre otros; no obstante, existen también factores indirectos que influyen directamente en la salud, como por ejemplo las relaciones sociales. En general, “las relaciones sociales parecen ser fundamentales para la salud y el bienestar” (Papalia, Feldman & Martorell, 2012, 427), puesto que, al ser animales sociales, tener este tipo de interacción ayuda y es valioso.

Según estos mismos autores, existen dos aspectos que conforman a las relaciones sociales, el primero es la integración social, la cual se basa en la participación propia en actividades, roles, relaciones sociales; y la segunda, es el apoyo social, es decir, aquellas redes de apoyo en las que una persona puede confiar (Papalia, Feldman & Martorell, 2012). Ambos aspectos son necesarios porque otorgan sentimientos de pertenencia y de valía, tienen mejores pronósticos al ser diagnosticados con alguna enfermedad, y tienen un sistema de seguridad que los beneficia de diversas maneras (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

Debido a estos argumentos planteadas, se observa que la ansiedad social, llega a ser muy debilitante, dentro de esta etapa como en el resto de las etapas del desarrollo. Al ser

animales sociales, tener una fobia o un miedo a algún aspecto de la vida, produce deterioros emocionales y mentales que se convierten en situaciones complejas de abordar y muy complicadas de tratar. Estas personas no v encontrarán o crearán redes de apoyo sólidas o estructuradas, como lo tendría otra persona con mayor seguridad simplemente por el hecho que les cuesta más confiar en gente y encontrar soportes en sus vidas.

Tema 4. Relación.

De manera más específica, la posible relación entre la ansiedad social y la activación conductual radica en el uso de actividades sociales compartidas que ayuden a manejar de mejor manera la ansiedad individual experimentada. Las personas que tienen el Trastorno de Ansiedad Social perpetúan su ansiedad al evitar por completo cualquier situación que los cause malestar, y en lugar de sobrellevarla o encararla, se aíslan como mecanismo de defensa. Es por ello por lo que, la introducción paulatina, tal como en la terapia de exposición, es necesaria, ya que se motiva al paciente a asimilar, aceptar y confrontar las situaciones sociales (Pilling, et al., 2013).

Según Dimidjian y sus colegas (2008), investigadores como Ferster y Lewinsohn, concluyeron que la activación conductual era importante para el tratamiento en depresión, puesto que las personas con esta patología solían evitar el contacto social para esconderse de cualquier posible estímulo negativo. Una vez que las acciones realizadas, no obtienen resultados positivos o reforzadores, las personas crean un mecanismo de defensa, para evitar una nueva experiencia de este tipo, así se crea un ciclo que termina en depresión.

El Trastorno de Ansiedad Social, funciona de una manera semejante. Las personas empiezan a evitar contacto social, debido a reforzadores negativos, como lo serían la humillación y el sentirse avergonzado, aun cuando éstos no sean situaciones reales o se susciten de verdad. La persona ha creado una barrera defensiva y de esta manera, ahora

reconoce el mundo. Mediante este constructo es evidente que tratará de alejarse lo que más pueda de estas emociones y reacciones. Considero que esta sería una de las razones que la terapia sería de gran utilidad, ya que se enfoca en desconfigurar viejos patrones, a través de la conducta, para demostrar que no todas las situaciones son negativas.

Al emplear la activación conductual, en personas con Trastorno de Ansiedad Social, el paciente empezaría a ganar un mayor control sobre sus percepciones del mundo y de los eventos sociales que en él se suscitan. Estimularía a que la persona se encargue de cumplir acciones enlistadas para alivianar lo que siente y de forma paulatina pueda ir superando el estrés y el miedo que le generan estas situaciones.

No obstante, la aplicación debe ser aplicada por etapas que conduzcan de manera ascendente a los logros planteados. En primera instancia, se debería utilizar la terapia de exposición in vivo para que el paciente se sienta protegido y concientice que no existe peligro y que, dentro de esa situación razonada, es poco probable que le ocurra algo malo. Esta terapia se aplica dentro de un ambiente seguro, junto a gente de confianza, en donde el paciente se sienta libre, en calma y con aparente tranquilidad pueda reflexionar las posibilidades reales de peligro, evidenciar que son manejables y, a través de este mecanismo de introspección, sentirse acompañado para que el mismo advierta que no son invencibles y que si existen, no son tan graves. Poco a poco, el paciente sentirá que las situaciones de *peligro* son completamente manejables; que su existencia está por fuera y así, concientice que realmente no representan peligro dentro de su contexto emocional. Definitivamente, su aplicación sería un buen comienzo a la activación conductual.

El segundo paso, sería introducir la terapia de Activación Conductual. Su implemento empezaría de forma lenta, junto a la realización de tareas fáciles y sencillas. Al principio, tendría el tutelaje y acompañamiento de una persona cercana al paciente o del mismo

terapeuta. La finalidad es hacer que la persona se vuelva consciente de que las situaciones que le provocan ansiedad no son tan catastróficas como parecen, y de igual manera, que este consciente de su progreso.

Para que exista un buen manejo de la ansiedad social, la intervención debe ser completamente enfocada en la parte cognitiva como en la conductual. La terapia de la Activación Conductual aborda ambos aspectos, de una manera positiva, puesto que resulta ser sencilla e intercala bien la responsabilidad de ambos lados.

Diseño y Metodología

Diseño.

Esta investigación tiene un enfoque cuasi experimental cuantitativo; el cuál utiliza a un solo grupo, por lo tanto, su diseño es de medidas repetidas. Esto quiere decir que la misma población, será partícipe en las dos condiciones establecidas. La primera condición, será pre-terapia, mientras que la segunda condición ocurre post-terapia. Para ambas condiciones, se utilizarán cuestionarios que miden la ansiedad social.

Población.

El tamaño de la muestra es mediano, y abarca a 85 personas. Este cálculo se realizó, utilizando un $\alpha=0.5$, además de un error Tipo I = 0.05 y un error Tipo II = 0.2, asumiendo que se encontrará un efecto mediano (Cohen, 1992).

La población seleccionada, para la presente investigación incluye a hombres y mujeres universitarios, pertenecientes a la Universidad San Francisco de Quito, en Ecuador, con edades que oscilen entre los 18 y 23 años. Específicamente, se requiere que estas personas tengan síntomas de ansiedad social, sin necesidad de un diagnóstico previo. Es decir, puede haber participación tanto de personas diagnosticadas con Trastorno de Ansiedad Social, como sin el diagnóstico

Por otro lado, los criterios de exclusión abarcan a personas con ansiedad social con comorbilidad de depresión y otros trastornos del ánimo. La razón es que, al utilizar una terapia exclusiva a la depresión, los resultados podrían verse alterados. Es necesario que la persona no tenga una conexión con la depresión (o demás trastornos de ánimo), para que la intervención de la activación conductual se enfoque únicamente en la ansiedad social.

Instrumentos o materiales.

Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social.

La medición de los síntomas de ansiedad social, se realizarán a través de la utilización de dos escalas de ansiedad social. La primera es la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS) [Anexo A] traducida al español, de manera neutral. Este cuestionario tiene una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.93 y una alta fiabilidad de test-retest de 0.89 (Caballo, Salazar, Arias, Hofmann & Curtiss, 2018).

La escala es de auto reporte y tiene como finalidad evaluar el nivel de interacción y de participación social de una persona en eventos, posiblemente evitados al tener Trastorno de Ansiedad Social. Consiste en 24 ítems, diseñados en una escala de Likert con 4 grados, dependiendo de la dimensión. La primera dimensión se enfoca en los grados de intensidad, en el que se siente ansiedad [0 = ansiedad nula; 3 = máxima ansiedad]; mientras que la segunda mide frecuencia y evitación [0 = nunca; 3 = normalmente o del 67-100% de las veces] (Bobes, Badía, Luque, García González & Dal-Ré, 1999). Adicionalmente, los ítems están subclasificados, en ansiedad de actuación (13 ítems) y ansiedad social (11 ítems) (Bobes, et al., 1999).

A partir de puntajes mayores a 55, se considera que la persona tiene síntomas de ansiedad social. Por lo tanto, esto será tomando en cuenta previamente, para que la población sea la requerida. Por otro lado, este cuestionario será utilizado dos veces, de manera que se pueda medir y evaluar un cambio pre y post terapia.

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa.

Luego de la aplicación de la escala LSAS, se empleará un segundo instrumento que mida, de igual manera la ansiedad social, para que los resultados sean más confiables y

válidos. De esta manera habrá mayor seguridad y fiabilidad, al momento de verificar los cambios post terapia.

El segundo instrumento utilizado es la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE – por sus cifras en inglés) [Anexo B] traducida al español. Este cuestionario tiene una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.96 y tiene una alta fiabilidad de test-retest de 0.75 (Tavoli, Melyani, Bakhtiari, Hossein & Montazeri, 2009).

Este cuestionario es de auto reporte y está diseñado de manera que se puntúe entre el 0 y 1, a los 30 ítems establecidos. Estos miden los niveles de intensidad que experimenta la persona, al momento de ser evaluada (Zubeidat, Salinas & Sierra, 2007); por lo tanto, cada oración aborda situaciones sociales, en las que personas externas omiten juicios sobre los sujetos; y a su vez, los expone a considerar sus propias conductas.

Las puntuaciones oscilan entre los 0 y 30 untos, donde puntajes mayores a 21 están relacionados a síntomas de ansiedad social. Por lo tanto, en base a este índice, se tomarán en cuenta las puntuaciones de los pacientes de la presente investigación. De igual manera, que, con el primer cuestionario aplicado, este se empleará dos veces, pre y post terapia a los mismos sujetos, para obtener resultados medibles.

Formularios de Activación Conductual.

Estos formularios serán utilizados una vez que se haya introducido la terapia de la activación conductual, ya que es parte fundamental del procedimiento de esta. El objetivo de estas planillas es “desarrollar patrones de comportamiento más saludables, mediante los cuales cada día contenga actividades importantes y/o placenteras que generen un sentido de realización y propósito” (Quintero & Maero, 2011, 8). En primera instancia, se debe identificar tanto áreas de vida, como valores que se quieran profundizar, para luego trabajar

en las actividades que se establecerán. Se utilizará la misma plantilla de monitoreo diario [Anexo C], empleada para casos de depresión, pero en la pregunta de *humor general*, se hará referencia a la ansiedad experimentada ese día.

Al hablar de esta intervención dentro de la depresión, el enfoque principal es modificar patrones de conducta para así influir sobre los niveles de energía, motivación, cogniciones y emociones (Quintero & Maero, 2011). Asimismo, al hablar de ansiedad social, el enfoque es utilizar a las conductas e interacciones sociales como la base del cambio de la ansiedad generada. De manera paulatina, se irán incrementando la magnitud y la dificultad de las actividades por persona.

Para empezar, la persona deberá realizar un auto reporte acerca de las actividades sociales que ha realizado o debería de haber realizado durante el día. Luego, deberá realizar una calificación entre el 0-10 para cada actividad a través del nivel de *disfrute* y de *importancia* (Quintero & Maero, 2011). Debido a que esta investigación se enfoca en personas con ansiedad social, es importante notar que varias de las actividades no van a ser percibidas como placenteras, así que se deberá trabajar bajo el supuesto de que la persona no experimente esa ansiedad. Así, la calificación será óptima y menos sesgada por la ansiedad. En cuanto al nivel de importancia, la persona deberá ser consciente del grado de necesidad de esa actividad en la vida de la persona.

Luego, se deberá llenar el Inventario de Áreas vitales, valores y actividades [Anexo D], el cual está dividido en cinco aspectos para clasificar las actividades. La división está conformada por *Relaciones*, *Educación/Carrera*, *Recreación/Intereses*, *Cuerpo/Mente/Espiritualidad* y *Responsabilidades diarias*. Cada una de estas secciones deberá estar enfocada y redireccionada hacia el ámbito de la interacción social. Por lo tanto,

cada actividad descrita y planteada, deberá incluir a otras personas. De igual manera, las actividades son calificadas bajo su nivel de disfrute y de importancia.

La siguiente plantilla es la de Selección y Jerarquía de Actividades [Anexo E], en la cual se listan 15 actividades y se las ordena del 1-5 por su nivel de dificultad (Quintero & Maero, 2011). Estas actividades deben estar relacionadas a los valores del anterior formulario, puesto que se debe trabajar bajo los mismos escenarios establecidos. De esta manera, la persona tendrá un mayor conocimiento acerca de qué actividades son importantes, pero resultan ser más complicadas. Además, serán utilizadas como las actividades diarias.

La planificación de actividades debe ser lo más específica y detallada. Es decir, las actividades deben ser acompañadas de horarios o de personas con las que se llevaran a cabo. De igual manera, se debe monitorear las actividades a medida que se las vayan realizando, y si es que, una actividad resulta muy complicada y la persona no puede realizarla, se deberá dejarla para otro momento y reemplazarla por algo más sencillo (Quintero & Maero, 2011).

Finalmente, se utilizará una plantilla de Contratos [Anexo F], la cual se enfoca en obtener ayuda de una persona cercana, para ciertas actividades. En esta, el paciente deberá llenar, detallando la actividad y la persona que le ayudará con la tarea. De igual manera, esta persona externa deberá ser informada.

Procedimiento de recolección de datos.

El reclutamiento de la población se hará de dos maneras; la primera a través de publicidad en forma de carteles expuestos en las paredes de la universidad y la segunda, de manera virtual -en línea-, a través de un mail con la misma información que los carteles. Ambas maneras, otorgaran toda la información necesaria acerca del contacto al que deben referirse para participar. Una vez que estas personas se contacten, se les presentará un

consentimiento informado [Anexo G], el cual explique los objetivos de la presente investigación.

Una vez, obtenido el consentimiento, se realizará una pequeña entrevista para conocer más a fondo a cada participante y para explicar de manera más detallada de lo que se trata esta investigación. Luego se aplicará la encuesta LSAS para cuantificar las puntuaciones en la escala de ansiedad, y poder trabajar con las personas que tengan puntajes más altos a 55. Las encuestas serán administradas de manera individual, en un mismo consultorio, junto al experimentador, por si se necesita alguna aclaración. Una vez que se hayan completado todas las encuestas, se tabularan los datos en el programa SPSS.

A cada paciente se le asignará una fecha para empezar con la terapia, en esta primera sesión se deberá realizar una anamnesis que recapitule información básica y necesaria de cada paciente. Posteriormente, se agendará el día en el que se empezará con la terapia de activación conductual. Se realizarán 12 sesiones por paciente, con una duración de 60 minutos (Pérez, 2006; Lejuez, Hopko & Hopko, 2001). Las sesiones deberán ser personalizadas, dependiendo del paciente, sus valores y las actividades en las que quisiera trabajar.

Finalmente, tras la aplicación de las 12 sesiones, se volverá a tomar la escala de LSAS para revisar el efecto de la terapia en la ansiedad social de los pacientes.

Análisis de los datos.

El análisis de los datos se llevará a cabo en el programa estadístico SPSS, donde se registró previamente la información obtenida de las escalas. Se realizará un análisis de 2 colas, ya que se está midiendo el efecto de la terapia sobre el trastorno. Se espera que existe

una influencia positiva sobre el Trastorno de Ansiedad Social, no obstante, no se conoce si este será el caso.

Por un lado, se realizará un análisis descriptivo, tomando en cuenta datos demográficos como la edad y el sexo de la persona, para ver si estos factores tienen algo que ver con los resultados de la investigación. Por otro lado, se hará un análisis estadístico de una prueba t de Student, ya que se necesita un análisis simple de un mismo grupo, pre y post terapia.

Consideraciones Éticas

Para desarrollar y efectuar correctamente la presente investigación; previamente a la intervención se deberá distribuir un consentimiento informado [Anexo G] a cada uno de los participantes. Este contrato incluirá una descripción del estudio, sus objetivos, parámetros y sus derechos adquiridos al volverse partícipes activos. Por lo tanto, se detallará que la participación es tanto voluntaria como anónima -se codificarán a los sujetos-, la información es completamente confidencial y que tienen la potestad, de en cualquier momento retirarse de la investigación sin ser perjudicados.

Es importante enfatizar que los participantes estarán expuestos a varias sesiones con terapeutas ya que se implementará la terapia de Activación Conductual, para comprobar su funcionamiento dentro de la ansiedad social; por lo tanto, se tomará en cuenta el desarrollo de cada uno, con el fin de prevenir riesgos. Es decir, su bienestar será priorizado y tomado en consideración, como el factor más importante.

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta.

Dentro de las fortalezas encontradas en la presente investigación, se debe señalar que la propuesta resulta ser innovadora, puesto que se está utilizando una terapia real, vigente, positiva y funcional dentro de una patología diferente, a la que fue creada. Por lo tanto, esto representa un avance más hacia la investigación del Trastorno de Ansiedad Social y sus intervenciones.

Es importante recalcar que cada paciente resulta ser un sujeto diferente, el cual responde de diversa manera a las intervenciones establecidas. Es decir, no siempre responderán de manera positiva a las terapias determinadas. Por lo cual, mientras más terapias sólidas y confiables existan, habrá mayores posibilidades de ayudar de manera personalizada a más personas. Entonces, la implementación de una terapia externa puede ser beneficiosa, ya que esta misma, individualiza la terapia.

Por otro lado, no existen limitaciones en cuanto a números de personas o rango de edades, justamente por el componente individual que la caracteriza. Dentro de esta terapia, el paciente es quien asigna las actividades y los recursos que se utilizarán. Por lo tanto, cualquier persona con síntomas de ansiedad podrá beneficiarse del uso de esta terapia.

Al ser una terapia personalizada y enfocada netamente en el individuo; no se podrá realizar una terapia grupal que acoja a todo paciente y proponga la misma situación de trabajo. Es decir, no todo evento social coincidirá para todo paciente, debido a que los niveles de importancia de tal evento variarán. Sin embargo, se podría utilizar a la terapia grupal, como una red de apoyo, que agrupe a quienes sí comparten un evento, y que eventualmente, puedan motivarse a realizar actividades tales como asistir a una fiesta -si este fuera el caso-.

Por otro lado, otra limitación es la continuidad de actividades realizadas. Esto quiere decir que las actividades deberán ser ejercidas de manera continua y progresivamente. No se las puede dejar de lado, ya que, de ser así, el paciente no creará una costumbre de realizarlas, ni tampoco tendrá éxito al sobrepasar actividades relativamente sencillas. Es importante que el paciente se encuentre motivado a sobrellevar y trabajar en su miedo social, para que poco a poco pueda participar de eventos más grandes.

Entonces, se debe evitar que el paciente se salte actividades o las deje pausadas. De ser este el caso, se debe reemplazar la actividad con otra actividad menos compleja y realizable. De esta manera se evita perder la costumbre y el avance que se ha ido ganando con el tiempo y el esfuerzo del paciente.

Recomendaciones para Futuros Estudios.

Eventualmente, se deberá buscar la manera de hacer que esta terapia funcione de manera grupal. Es decir, que se puedan forjar lazos estrechos entre pacientes, para que así, entre ellos, se motiven a trabajar en los miedos. Se puede empezar utilizándose los unos a los otros, en el sentido de que se realicen actividades sociales, que produzcan miedo y ansiedad, dentro de este mismo círculo. Paulatinamente, los pacientes entenderán que los eventos sociales no son del todo negativos, y que sí se puede confiar en el resto. Una vez consumado este paso; los pacientes podrán acompañarse en la participación de ciertos eventos, como se mencionó anteriormente, de asistir a una fiesta. De esta manera, este grupo de terapia, se volverá una red de apoyo y de seguridad completamente importante y proactiva.

Por otro lado, sería interesante realizar una investigación, en la que se aplique la activación conductual en ansiedad social comórbida con depresión. La terapia de por sí, funciona y es ejercida para el trastorno de depresión. Por lo tanto, sería interesante analizar si es que existe un mejor funcionamiento dentro de una patología dual.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Casadiegos, C. & Sánchez, D. (2007). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Author.
- American Psychological Association (2018). Anxiety. *American Psychological Association*. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/anxiety/>
- American Psychological Association (2018). Data on behavioral health in the United States. *American Psychological Association*. Recuperado de <https://www.apa.org/helpcenter/data-behavioral-health>
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2014). *Psicología Anormal*. España: Internacional Thomson Editors.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*, 32(3). doi:10.1016/j.psc.2009.06.002
- Bianchi-Salguero, J., & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 83-93.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García M., González, M.P., Dal-Ré R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social

Anxiety and Distres Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin*, 112(14).

Caballo, V.E; Andrés, V. y Bas, F. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Caballo, V.E., Salazar, I., Arias, V., Hofmann, S. & Curtiss, J. (2018). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in a large cross-cultural Spanish and Portuguese speaking sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2).
<https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0006>

Caicedo, V., Carchi, S. & Chiquimarca, M. (2012). Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica de los colegios de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca, 2011. *Universidad de Cuenca*. Recuperado de
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3536/1/MED130pdf>

Chaker, S., Hofmann, S. & Hoyer, J. (2010). Can a one-weekend group therapy reduce fear of blushing? Results of an open trial. *Anxiety, Stress and Coping*, 23(3).
<https://doi.org/10.1080/10615800903075132>

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155.

Dimidjian, S., Martell, C., Addis, M. & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral Activation for Depression, En D., Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* New York: The Guilford Press. Recuperado de
https://books.google.com.ec/books?id=JSfnCPIEFygC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Essau, C.A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 831-843. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00179-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00179-X)
- Fobias sociales son las más comunes en Quito. (22 septiembre, 2009). *La Hora*. Recuperado de <https://lahora.com.ec/noticia/935280/fobias-sociales-son-las-ms-comunes-en-quito>
- García, F. (2017). Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes de 7 a 15 años de la Unidad Educativa Navarra del sur de Quito, durante junio y julio del 2017. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/14185>
- García-López, L., Piqueras, J., Díaz-Castela, M. & Inglés, C. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*. *16*(3), 501-533.
- Grant, B., Hasin, D., Blanco, C., Stinson, F., Chou, S., Goldstein, R., ... Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(11), 1351- 1361.
- Heimberg, R., Brozovich, F. & Rapee, R. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder. *Social Anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00015-8>
- Hofmann S. G. (2010). Advances in the research of social anxiety and its disorder (Special Section). *Anxiety, stress, and coping*, *23*(3), 239–242. doi:10.1080/10615801003612014.
- IMIM (2018). Un estudio internacional muestra que sólo 1 de cada 10 pacientes con trastornos de ansiedad recibe el tratamiento adecuado. *Institut Hospital del Mar*

d'investigacions Mèdiques. Recuperado de

https://www.imim.es/media/upload/pdf//np_castellano_ansietat_editora_17_609_1.pdf

LeJuez, C., Hopko, D. & Hopko, S. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification* 25(2). DOI: 10.1177/0145445501252005

Liebowitz, M., Gorman, J., Fyer, A. Klein D. (1985). Social Phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 729-736. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790300097013

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173. <http://dx.doi.org/10.1159/000414022>

Muñoz, J.P. & Alpízar, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula* 30(1), 40-47.

Olivares, J., Piqueras, J., & Rosa, A. (2006). Tratamiento Cognitivo-Conductual de una Adolescente con Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 87-98.

OMS (13 abril 2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Papalia, D. E., Feldman, R.D. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México D.F, México, McGraw-Hill.

Quintero, P. & Maero, F. (2011). BATD: Tratamiento de activación conductual para depresión – materiales de entrenamiento. *Grupo ACT Argentina*

- Pérez, M. (2006). La activación conductual (AC): un nuevo acercamiento al tratamiento de la depresión. *Universidad de Oviedo*.
- Pilling S., Mayo-Wilson, E., Mavranouzouli, I., Kew, K., Taylor, C. (2013). Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance. *The BMJ*. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f2541>
- Ranta, K, Kaltiala-Heino R, Rantanen, P & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and Anxiety*. 26. 528–36.
- Robles, R., Espinosa R., Padilla, A., Álvarez, M & Páez, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*. 16(2), 54-63.
- Ruggiero, K., Morris, T., Hopko, D. & LeJuz, C. (2007). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with history of child maltreatment. *SAGE Journals*. <https://doi.org/10.1177/1534650105275986>
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). *Social anxiety disorder*. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60488-2
- Tavoli, A., Melyani, M., Bakhtiari, M., Ghaedi, G. H., & Montazeri, A. (2009). The Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE): translation and validation study of the Iranian version. *BMC psychiatry*, (9) 42. doi: 10.1186/1471-244X-9-42
- Turk, C., Heimberg, R. & Magee, L. (2008). Social Anxiety Disorder. En D., Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychologic Disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: The Guilford Press. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=JSfnCPIEFygC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Van Ameringen, M. (2018). Comorbid anxiety and depression in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate*. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/comorbid-anxiety-and-depression-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis#topicContent>
- Wittchen, H., Stein, M. & Kessler, R. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*. 29, 309–23
- Zubeidat, I., Salinas, J. & Sierra, J. (2007). Escala de miedo a la evaluación negativa y escala de evitación y malestar social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18(1).

ANEXOS

Anexo A: Escala LSAS

	Miedo o ansiedad	Evitación
1 Telefonar en público.	----- ▼	----- ▼
2 Participar en pequeños grupos.	----- ▼	----- ▼
3 Comer en lugares públicos.	----- ▼	----- ▼
4 Beber con otras personas en lugares públicos.	----- ▼	----- ▼
5 Hablar con gente importante.	----- ▼	----- ▼
6 Actuar o dar una charla frente a una audiencia.	----- ▼	----- ▼
7 Ir a una fiesta.	----- ▼	----- ▼
8 Trabajar mientras le observan.	----- ▼	----- ▼
9 Escribir mientras le observan.	----- ▼	----- ▼
10 Telefonar a alguien que no conoce muy bien.	----- ▼	----- ▼
11 Hablar con gente que no conoce muy bien.	----- ▼	----- ▼
12 Reunirse con desconocidos.	----- ▼	----- ▼
13 Orinar en unos lavabos públicos.	----- ▼	----- ▼
14 Entrar en una sala cuando otros ya están sentados.	----- ▼	----- ▼
15 Ser el centro de atención.	----- ▼	----- ▼
16 Tomar la palabra en una reunión.	----- ▼	----- ▼
17 Realizar un test.	----- ▼	----- ▼
18 Expresar desacuerdo o desaprobación a gente que no conoce muy bien.	----- ▼	----- ▼
19 Mirar a los ojos a gente que no conoce muy bien.	----- ▼	----- ▼
20 Presentar un informe a un grupo.	----- ▼	----- ▼
21 Intentar ligar con alguien.	----- ▼	----- ▼
22 Devolver una compra a una tienda.	----- ▼	----- ▼
23 Dar una fiesta.	----- ▼	----- ▼
24 Resistir las presiones de un vendedor insistente.	----- ▼	----- ▼

(Liebowitz, 1987)

Anexo B: Escala FNE

		Sí	No
◀ ▲ ▼ ▶			
1	Casi nunca me preocupa parecer tonto ante los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no me creará ningún problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está analizando/evaluando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	No me preocupa saber si la gente está formándose una impresión desfavorable de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Me siento muy afectado cuando cometo algún error en una situación social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Las opiniones que la gente que considero importante tiene de mí me causan poca ansiedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Temo a menudo que pueda parecer ridículo o hacer alguna tontería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Apenas sé cómo reaccionar cuando otras personas me censuran.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	La desaprobación de los demás podría tener poco efecto sobre mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
◀ ▲ ▼ ▶			
11	Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en alguna persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Tengo miedo de que otros no aprueben mi conducta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Me da miedo que la gente me critique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	No me siento necesariamente afectado si no le caigo bien a alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que pueda estar pensando acerca de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Creo que se pueden cometer errores sociales algunas veces. Entonces, ¿por qué preocuparme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Generalmente me preocupa la impresión que pueda causar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Me preocupa bastante lo que mis jefes piensen de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
◀ ▲ ▼ ▶			
21	Si sé que alguien me está juzgando, esto tiene poco efecto sobre mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Me preocupa poco lo que los demás puedan pensar de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensen de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	A menudo me preocupa que pueda decir o cometer equivocaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	A menudo soy indiferente acerca de las opiniones que los demás tienen de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Generalmente confío en que los demás tendrán una impresión favorable de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	A menudo me preocupa que la gente que me es importante no piense muy favorablemente de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Me obsesiono por las opiniones que mis amigos tienen de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Me pongo tenso y nervioso si sé que estoy siendo juzgado por mis jefes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Zubeidat, Salinas & Sierra, 2007)

Anexo C: Activación conductual – monitoreo diario

MONITOREO DIARIO. DÍA.....

Horario	Actividad	Disfrute	Importancia
5-6 am			
6-7 am			
7-8 am			
8-9 am			
9-10 am			
10-11 am			
11-12 am			
12-1 pm			
1-2 pm			
2-3 pm			
3-4 pm			
4-5 pm			
5-6 pm			
6-7 pm			
7-8 pm			
8-9 pm			
9-10 pm			
10-11 pm			
11-12 pm			
12-1 am			
1-2 am			
Humor general del día (0-10)			

Lejuez et al, 2011. Traducción de Maero et al.

(Quintero & Maero, 2011)

Anexo D: inventario de áreas vitales, valores y actividadesPRÁCTICA 2: INVENTARIO DE ÁREAS VITALES Y VALORES(1/5) RELACIONES

Valor:
Valor:

(2/5) EDUCACIÓN/CARRERA

Valor:
Valor:

(3/5) RECREACIÓN/INTERESES

Valor:
Valor:

(4/5) CUERPO, MENTE, ESPIRITUALIDAD

Valor:
Valor:

(5/5) RESPONSABILIDADES DIARIAS

Valor:
Valor:

(Quintero & Maero, 2011)

Anexo F: plantilla de contratos

CONTRATOS

¿En qué actividad podría ser útil la ayuda de otra persona?.....

Persona que podría ayudar con esta actividad:

¿De qué maneras podría ayudar?

1
2
3

Persona que podría ayudar con esta actividad:

¿De qué maneras podría ayudar?

1
2
3

Persona que podría ayudar con esta actividad:

¿De qué maneras podría ayudar?

1
2
3

(Quintero & Maero, 2011)

ANEXO G: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código 201



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: **Terapia de Activación Conductual Aplicada en Universitarios con Ansiedad Social**

Organización del investigador: **Universidad San Francisco de Quito**

Nombre del investigador principal **Bernarda Francisca Herrera Díaz**

Datos de localización del investigador principal **3238649 - 0992918767 - bfhd1003@hotmail.com**

Coinvestigadores

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**Introducción**

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la forma en la que la terapia de la activación conductual influye en los niveles de ansiedad social en la vida de universitarios, porque usted es un estudiante universitario de la Universidad San Francisco de Quito, que tiene entre 18-23 años y presenta síntomas de ansiedad social.

Propósito del estudio

El estudio será abarcado por 85 participantes, quienes presenten síntomas de ansiedad social. El propósito detrás de esta investigación es implementar una nueva metodología de intervención, la cual aumente el campo de conocimiento del trastorno, brinde una mayor gama de intervención y consecuentemente debilite el estigma. A su vez, la terapia requiere que el paciente sea proactivo, al motivarlo y empoderarlo con la realización de actividades que disminuyan la ansiedad social.

Descripción de los procedimientos

Se aplicarán dos cuestionarios que midan niveles de ansiedad social, lo cual ayudará a discernir entre posibles participantes. Posteriormente, los participantes seleccionados serán expuesto a la terapia de activación conductual, la cual tiene como objetivo aumentar, de manera paulatina, la participación en actividades -sociales- para disminuir el miedo o ansiedad experimentada en estas situaciones. Luego de las 12 sesiones programadas con duración de 60 minutos, se volverán a aplicar los tests de ansiedad.

Riesgos y beneficios

Los beneficios de la implementación de esta terapia radican en la disminución de síntomas de ansiedad. Al ser una terapia vigente y que se basa en el uso de actividades paulatinas, los riesgos son casi nulos ya que, el paciente podría continuar experimentando niveles de ansiedad social. No obstante, estos no empeorarán. Adicionalmente, el paciente será guiado por su terapeuta, y tendrá seguimiento continuo, justamente para

evitar cualquier tipo de situación complicada. Adicionalmente, este estudio proporcionará mayor investigación para el campo de los trastornos de ansiedad, y a su vez, proveerá de la utilización de una nueva terapia; lo cual beneficia a pacientes, quienes han utilizado otras intervenciones y no han visto resultados, o que han querido requerir a otra metodología.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el terapeuta tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992918767 que pertenece a Bernarda Herrera, o envíe un correo electrónico a bfhd1003@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec