



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Análisis de caso de un sujeto con trastorno de ansiedad social

Alumno: Aurora Mora Garrido

Tutor: Prof. Dr. Luis Joaquín García López

Fecha: 31/05/2019

Contenido

1. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO	5
1.1 Criterios diagnósticos.....	5
1.2 Epidemiología	6
1.3 Subtipos de fobia social.....	8
1.4 Comorbilidad.....	8
1.5 Desarrollo y curso del trastorno	10
2. DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA DEL CLIENTE	11
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	13
4. HIPÓTESIS SURGIDAS EN LA ENTREVISTA.....	15
5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN	15
6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	20
7. INTERVENCIÓN	27
7.1 Objetivos del tratamiento y componentes:	27
7.2 Programa de intervención.....	28
8. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	34
9. CONCLUSIONES	35
10. BIBLIOGRAFÍA.....	37
11. ANEXOS	41

Resumen

La fobia social es uno de los trastornos de ansiedad más incapacitantes y mal diagnosticados, con una prevalencia anual del 5.5% en nuestro país, siendo común su inicio en la adolescencia, con una prevalencia algo mayor en mujeres que en hombres. Este trabajo expone el caso clínico de un hombre de 21 años que recibió la intervención basada en el protocolo IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*), en su versión para jóvenes adultos (IJAFS; García-López et al., 2006). El Análisis Funcional fue la herramienta para determinar el plan de tratamiento. El tratamiento se estructuró en 12 sesiones con periodicidad semanal. El objetivo era reducir la sintomatología de la ansiedad social en su nivel conductual, psicofisiológico y cognitivo, disminuyendo a su vez las conductas de evitación y escape y la sintomatología asociada al trastorno principal. Para ello, y en función de los resultados del análisis funcional, se administraron técnicas de reestructuración cognitiva, psicoeducación, exposición (en vivo e imaginada), focalización de la atención, entrenamiento en habilidades sociales y exposiciones simuladas. La comparación de los resultados previos y posteriores al tratamiento y la generalización de los objetivos muestran la eficacia terapéutica del protocolo anteriormente citado, lo cual se constata tanto en la reducción significativa de la sintomatología de ansiedad social, así como de los niveles de intolerancia a la incertidumbre y finalmente, la remisión del trastorno de ansiedad generalizada.

Palabras clave: Ansiedad social. Fobia social. Protocolo IAFS

Abstract

Social phobia is one of the most disabling and misdiagnosed anxiety disorders, with an annual prevalence of 1.2% in the European Union, being common its development from 12 to 17 years and with a slightly higher prevalence in women than in men. We present the report of a clinical case of a 21-year-old man who underwent surgery based on the protocol IAFS (*Intervention in Adolescents with Social Phobia*), in its version for young adults (IJAFS, García-López et al., 2006). The Functional Analysis was the tool to determine the treatment plan. The treatment was structured in 12 sessions on a weekly basis. The objective was to reduce the symptomatology of social anxiety at the behavioral, psychophysiological and cognitive level, decreasing in turn the avoidance and escape behaviors and the symptoms associated with the main disorder. For this we use techniques such as cognitive restructuring, psychoeducation, exposure (live and imagined), focalization of attention, training in social skills and simulated exhibitions. The comparison of the results before and after the treatment and the generalization of the objectives show the therapeutic efficacy of the aforementioned protocol, since it has managed to eliminate the symptomatology of social anxiety among other symptomatology associated with the disorder such as intolerance to uncertainty or the generalized anxiety.

Keywords: Social anxiety. Social phobia. IAFS Protocol

1. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

1.1 Criterios diagnósticos

Según el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; APA, 2013), el trastorno de ansiedad social (TAS), también llamado trastorno de fobia social, se caracteriza por el miedo o la ansiedad intensa ante una o más situaciones sociales donde el individuo queda expuesto. Es decir, el trastorno de ansiedad social es el temor a ser juzgados y evaluados por otras personas en situaciones sociales, como pueden ser, interaccionar en una conversación, ser observado mientras se realizan diversas tareas o actuar delante de otras personas. Estas situaciones generan en el individuo un miedo, ansiedad o evitación desproporcionada ante la amenaza real, pudiendo generar diferentes sentimientos como vergüenza, humillación o sentimientos de inferioridad. Según este mismo manual, el individuo siente miedo de actuar de cierta manera o de mostrar sus síntomas de ansiedad y que estos se valoren negativamente, por lo que le lleva a disminuir sus intervenciones sociales. Por ello, ante este trastorno de ansiedad podemos observar fácilmente deterioradas las áreas más importantes en la vida de la persona, como el áreas social, laboral, o familiar. Junto a todo ello, este manual recoge que se puede identificar el trastorno cuando tiene una duración de seis meses o más, y además es persistente. No se puede atribuir la ansiedad, el miedo o la evitación a los efectos fisiológicos de ninguna sustancia, u otra afección médica (APA, 2013). Por último, el DSM-5 apunta que este trastorno de ansiedad tampoco puede ser explicada por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico o el trastorno de espectro autista. En el caso en el que existiera otra afección médica el miedo, la ansiedad o la evitación sería excesiva o no estaría claramente relacionada.

A su vez, la CIE-11 (*World Health Organization*, 2018), describe este trastorno como un temor o ansiedad marcada y excesiva que sucede regularmente en una o varias situaciones sociales como las interacciones sociales (por ejemplo, tener una conversación), ser observado (por ejemplo, comiendo o bebiendo) o hacer algo ante otros (por ejemplo, dar un discurso). La persona se preocupa por actuar de una manera determinada o por mostrar los síntomas de ansiedad, que podrán ser evaluados negativamente por otros. Las situaciones sociales son rehuidas constantemente o

soportadas con un temor o ansiedad intensos. Los síntomas permanecen durante varios meses y son lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes en el funcionamiento del individuo.

1.2 Epidemiología

La fobia social es uno de los trastorno más prevalentes, teniendo en cuenta estudios epidemiológicos que apuntan que este problema puede alcanzar una prevalencia-vida del 13% y una prevalencia año del 7.4% (Kessler, et. al., 2012). Las estimaciones de prevalencia del trastorno en la vida de los adolescentes y jóvenes adultos generalmente oscilan entre el 3 y el 9% (Ranta, La Greca, Garcia-Lopez, y Marttunen, 2015). Como resultado, después del alcoholismo y la depresión mayor el trastorno de ansiedad social es uno de los tres trastornos más usuales en poblaciones clínicas y comunitarias, encontrándose una tasa de prevalencia entre el 3 y el 13%, lo cual resulta preocupante por las repercusiones en la salud física, la presencia de trastornos comórbidos y el ajuste social (Olivares-Olivares et. al., 2015). Junto a esto, existe evidencia empírica situada entre el 5 y el 12.06% de que el malestar que genera la ansiedad social influye en el rendimiento académico de quien sufre el trastorno (Fernández et. al., 2018).

En cuanto a la distribución geográfica, el trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos psicológicos más comunes y con mayor prevalencia en los países occidentales (Kessler & Üstun, 2008). Encontramos tasas de prevalencia similar en los países de Europa, en cambio en los países del este de Asia como Taiwán y Corea del Sur sus tasas son más bajas, lo cual resulta insólito, ya que se ha identificado un patrón alto de ansiedad social en la zona de Japón llamado "*Taijin-kyofu-sho*" que señala a un miedo persistente a ofender o hacer daño a otros, colocándolos en una posición de humillación (Clark y Beck, 2010).

En relación a la variable sexo, el trastorno de ansiedad social es más común en hombres que en mujeres ya que las tasas de prevalencia a los 12 meses en Estados Unidos oscilan entre el 1.5 y el 3.4% en mujeres y el 0.9 y el 2.1% entre los hombres e

informan una prevalencia de vida del 5.67% en mujeres y del 4.2% entre los hombres, (Eaton & Kessler., 2012; Xu et al. 2012).

La ansiedad social tiende a ser crónica por lo que interrumpe a largo plazo el funcionamiento vital de la persona y causa un aumento sustancial de los riesgos de depresión, intentos de suicidio, abuso de sustancias, restricciones sociales severas, abandono escolar prematuro, logros educativos más bajos y victimización (Knappe, Sasagawa, y Creswell, 2015).

Además, la ansiedad social es un factor de riesgo importante para la salud y la calidad de vida, lo que a su vez genera altos costos financieros para los sistemas de salud (Acarturk, Smit et al., 2009, Buckner, Ecker y proctor, 2011; Wong, Sarver y Beidel, 2012).

La mayoría de los estudios epidemiológicos, tal como indicaban Olivares, Piqueras y Rosa-Alcazar (2006) y Koyuncu., İnce, Ertekin, y Tükel (2019), sitúan el inicio del trastorno de ansiedad social en la adolescencia, siendo poco frecuente su aparición a partir de los 25 años y siendo persistente a menos que se intervenga. Lo más habitual es el inicio entre los 12 y los 17 años, (García-López, 2013). Knappe et al. (2011) hallaron un edad media de inicio de 13.1 años en una muestra comunitaria alemana y en el estudio Burstein et al. (2011) la edad media de inicio fue de 9.2 años. Diversas investigaciones han demostrado que la edad de aparición está disminuyendo, (Cederlund, 2013). Como hemos mencionado la edad de aparición entre los 20-25 años es poco frecuente, pero algunos estudios revelan que si es posible. Por ejemplo, el inicio puede deberse a un cambio de trabajo, o de las condiciones familiares que impliquen actividades como hablar en público, (Ranta, La Greca, García-López, Marttunen, 2015; Bados, 2015).

La edad media de las personas que acuden a tratamiento es de 30 años, lo que nos sugiere que la mayoría de estas personas sufren durante años los síntomas del trastorno antes de acudir a un profesional, por lo que cuando buscan ayuda las áreas más importantes que componen su vida ya se encuentran deterioradas. Las personas con ansiedad social son, en general, menos propensas en buscar tratamiento que las personas con otros trastornos psicológicos (Dalrymple y Zimmerman, 2011). A pesar del grado de angustia y deterioro, solo alrededor de la mitad de las personas con el trastorno son las que buscan tratamiento, y generalmente cuando lo buscan ya han pasado una media

de 15 a 20 años desde que comenzaron los síntomas, (Instituto Nacional de Excelencia en la Atención y la Salud [NICE], 2013).

Respecto a las variables demográficas, las personas que padecen el trastorno de ansiedad social tienen un inicio más temprano, un menor nivel educativo, mayor tasa de desempleo, un porcentaje mayor de soltería, mayor aislamiento familiar, aumentan las posibilidades de que un familiar de primer grado también padezca el trastorno de ansiedad social, mayor uso de fármacos y una timidez mucho más grave, (Ortiz, 2015). Además los datos indican que es posible que los individuos que padecen ansiedad social sean solteros, divorciados o viudos, y que tengan un nivel socioeconómico y sociocultural menor, lo que conlleva unos peores ingresos salariales que los individuos que no padecen ansiedad social. Por lo tanto, como anteriormente hemos citado, la ansiedad social afecta al individuo en las áreas más importantes que componen su vida, empeorando con ello su calidad de vida (García-López, 2013).

1.3 Subtipos de fobia social

Las situaciones que un sujeto con ansiedad social puede temer son abundantes, por lo que una clasificación de los subtipos de fobia social esclarece y ayuda tanto en el diagnóstico como en la intervención. Durante años y según avanzaban tanto el DSM como la CIE, los subtipos han ido variando tanto cuantitativamente como cualitativamente. En la actualidad y rigiéndonos por el DSM-5 (APA, 2013), no nos basaríamos en ningún subtipo la única especificación que realizaríamos a la hora de esclarecer el diagnóstico sería si la fobia es solo de actuación:

- Fobia social de actuación: Esta subtipo de fobia, como su propio nombre indica, se caracteriza por el miedo a actuar en público, como por ejemplo hablar en clase o exponer un texto, dar un concierto, hablar, comer o beber en público, usar aseos públicos, entre otras acciones.

1.4 Comorbilidad

Los trastornos comórbidos son muy frecuentes en pacientes con trastornos de ansiedad social, y ocurren hasta en el 90% de los individuos que muestran el trastorno.

La presencia de la comorbilidad puede afectar el curso de la enfermedad de varias maneras, ya que se relaciona con el comportamiento de búsqueda de tratamiento, el aumento de la gravedad de los síntomas, la resistencia al tratamiento y la disminución del funcionamiento. Además, las comorbilidades causan dificultades tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. En la mayoría de los casos la ansiedad social comienza antes que el trastorno comorbido (Acarturk, et al. 2008).

La comorbilidad es importante en la práctica clínica por varias razones. En primer lugar, es muy común (90%) y afecta significativamente el curso clínico. La presencia de una afección puede disfrazar otra afección o presentar una clínica más complicada. Los síntomas superpuestos también aumentan el riesgo de un diagnóstico erróneo. Además, un trastorno puede provocar la aparición de otro o empeorar su curso clínico, su detección, o el tratamiento, por lo que disminuyen las oportunidades de una intervención temprana, ya que el tratamiento es más difícil cuando existe más de un diagnóstico. Además, el hecho de no diagnosticar bien las condiciones comórbidas podría llevarnos a utilizar un tratamiento inadecuado y podría interpretarse erróneamente como resistencias al tratamiento por parte del sujeto (Koyuncu, İnce, Ertekin y Tükel, 2019).

La depresión mayor es el trastorno comórbido observado con mayor frecuencia en el trastorno de ansiedad social con tasas que oscilan entre el 35 y 70%. La falta de apoyo social puede causar depresiones más graves y una mayor probabilidad de suicidio en pacientes. Las tasas de comorbilidad del trastorno bipolar oscilan entre el 3,5 y el 21%, pudiendo observar mayor gravedad de sus síntomas, inicio más temprano del trastorno bipolar, más discapacidad y más intentos de suicidio. El trastorno de ansiedad con más comorbilidad con la ansiedad social es la fobia específica que varía entre el 14,1 y el 60,8%. A diferencia de otras comorbilidades, la fobia específica generalmente comienza antes que la ansiedad social, la agorafobia oscila entre el 8 y 45%. Las tasas de comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada se ubicaron entre el 0.6 y 27%. El trastorno de estrés postraumático se encuentra entre el 3,2 y 16%. (Simon et. al., 2004; Perroud et. al., 2007; Koyuncu, İnce, Ertekin y Tükel, 2019). El trastorno dependiente de la personalidad es el trastorno de personalidad más común 61%, reduciendo drásticamente la probabilidad de remisión de la ansiedad social (Cox, Turnbull, Robinson, Grant, y Stein, 2011; McGinn y Newman, 2013)

En un estudio realizado por Delgado et. al. (2018), se analizó la relación entre la ansiedad social y las variables de personalidad (neuroticismo, extraversión, y psicoticismo) en adolescentes, los resultados indicaron que el perfil de personalidad de las personas con el trastorno de ansiedad social estaba compuesto por unas altas puntuaciones en neuroticismo, bajas en extraversión y niveles similares en psicoticismo. La baja extraversión y el alto neuroticismo son predictores positivos de la ansiedad social.

Las tasas de comorbilidad del 33% en el trastorno de ansiedad social revelaron que existen tres trastornos de ansiedad (ansiedad social, ansiedad generalizada y fobia específica) que tienden a agruparse debido a su alto nivel de comorbilidad. Es importante descartar la depresión como trastorno principal cuando el sujeto puntúa alto en ansiedad generalizada o en los otros trastornos de ansiedad, (Ranta, La Greca, Garcia-Lopez, y Marttunen, 2015). A su vez, en adolescentes se han hallado datos los cuales avalan que el 16.47% de la población que sufre fobia social puede sufrir un trastorno de depresión mayor y que el 23.53% un trastorno distímico (Olivares, Olivares-Rodriguez y Rosa-Alcaraz, 2008).

Ran, Zhang y Huang, (2018) han demostrado en su estudio que la timidez es un factor importante que se asocia con la ansiedad social, mientras que la autoestima se relaciona negativamente. La relación entre la timidez y la ansiedad social se encuentra parcialmente mediada por la inhibición conductual y la autoestima.

Con estos datos tan significativos, y como veremos a continuación, es de suma importancia el desarrollo de protocolos e intervenciones antes del fin de lo que se ha llamado “adultez temprana o adolescencia tardía” (antes de los 25 años), impidiendo el desarrollo del trastorno y minimizando los daños que genera en la vida del individuo, impidiendo a su vez la comorbilidad con otros trastornos psicológicos.

1.5 Desarrollo y curso del trastorno

El curso de este trastorno parece ser de carácter crónico, y manteniéndose en el tiempo (Salazar, 2013). Pero la severidad del trastorno puede oscilar dependiendo de la severidad de la sintomatología experimentada (Ranta, La Greca, Garcia-Lopez, y Marttunen, 2015).

A día de hoy hay diferentes tratamientos diseñados para abordar el trastorno de ansiedad social como la terapia cognitivo conductual, la cual cuenta con una fuerte base empírica. Además encontramos diversas técnicas como la terapia cognitiva, los tratamientos basados en exposición en vivo o imaginada, la terapia racional emotiva del comportamiento, el entrenamiento en autoinstrucciones, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en relajación, los cuales se han abordado desde la investigación y posteriormente han sido utilizados para la intervención, por separado o en combinación con la terapia cognitiva conductual, (McGinn y Newman, 2013).

Se ha demostrado que tanto la terapia cognitiva conductual como su combinación con otras técnicas, conduce a una mejor calidad de vida, a la reducción de la tendencia a interpretar los estímulos ambiguos como negativos así como al mantenimiento de los logros a largo plazo, (Mörtberg, Clark, y Bejerot, 2011). A su vez, Angélico, Crippa y Loureiro (2012) han demostrado que cuanto más elaborado en el repertorio de las habilidades de una persona menor es su probabilidad de cumplir los criterios requeridos para el diagnóstico de ansiedad social.

Aunque los individuos con ansiedad social pueden mejorar sin tratamiento, la denominada remisión espontánea, pueden también sufrir durante años. Los costes de la ansiedad social tanto para el individuo como para la sociedad son enormes, como hemos podido observar en los puntos anteriores (Acarturk, et al., 2009; Aderka et al., 2012). Este trastorno conlleva importantes costes económicos para los sistemas de salud pública y toda esta problemática se ve considerablemente agravada tanto por la elevada comorbilidad del trastorno como por la facilidad con que se generaliza y consolida. Las personas con ansiedad social son incapaces de cumplir con eficacia sus roles sociales si estos requieren de la relación/actuación social y suelen tener un menor nivel educativo (Moitra, Barba, Weisberg, y Keller, 2011).

2. DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA DEL CLIENTE

Nuestro sujeto contacta con nosotros tras leer la propuesta para la intervención de este análisis clínico en diferentes redes sociales, en las cuales se describían tanto los síntomas conductuales como los síntomas psicofisiológicos que definen el trastorno de ansiedad social, y ante ellos sentirse identificado.

En cuanto a la información verbal y no verbal del cliente, destacar que desde el principio muestra una expresión muy triste, apenas gesticula y su lenguaje es muy negativo y pesimista. Relata que se encuentra en un estado de preocupación constante tanto de su salud como preocupado por la salud de sus familiares. También le preocupa no saber qué decir en situaciones sociales o como se desenvolverá en sus clases universitarias.

Manuel (nombre ficticio), de 21 años, que vive en Murcia, se define como un chico tímido y con apariencia seria, que sabe escuchar a las personas y que es muy empático con los demás. Cree tener una baja autoestima, y que su autoestima podría mejorar si mejorara su aspecto físico, ya que no se gusta a sí mismo. También se considera muy hipocondríaco, ya que constantemente está preocupado por su salud y por la salud de sus familiares.

Refiere sufrir los síntomas asociados con la ansiedad social desde que comenzó el colegio e identifica estos síntomas por el anuncio publicado en las redes sociales donde los describía. En concreto, reconoce evitar y rehuir actividades como ir al supermercado, ir a comprar su propia ropa, conducir (aunque posee el carnet), y comer delante de desconocidos o de sus amigos. También evita dar su opinión por si los demás piensan que no es la adecuada, hablar en grupos, (ya sean pequeños o grandes), comenzar una conversación con amigos o desconocidos, exponer un trabajo en clase, entre otras conductas características del trastorno de ansiedad social.

Todas estas conductas de evitación le han llevado a utilizar internet tanto para relacionarse como para realizar las diferentes compras que necesita. Esquiva salir con sus amigos, y prefiere no tener actividades sociales. Además tanto su hermana como su madre realizan todas las actividades que él es incapaz de hacer. Relata que su rutina se basa en coger el autobús para ir a la universidad, ir a clase y volver en autobús a su pueblo. Por la tarde dice no salir ya que está centrado en sus estudios. De promedio realiza una actividad al mes con su grupo de amigos, y no siempre.

Menciona que hace dos años, cuando comenzó la carrera su situación empeoró, ya que empezó a sufrir ataques de pánico cuando se encontraba sentado en clase y cuando tenía que exponer. También le ocurría cuando se iba de viaje y se alejaba de su casa. Sentía una fuerte sensación de angustia, mareos, ganas de vomitar, hiperventilaba,

tenía sentimientos de desrealización y notaba como se le aceleraba el corazón. Ahora evita alejarse demasiado de casa por miedo a que se repita la situación.

Visitó a un médico especialista donde le realizó diversas pruebas como electrocardiogramas o pruebas del estrés, las cuales dieron resultados negativos, pero como él pensaba que tenía un problema severo de salud continuó visitando a otros médicos para que le dieran segundas opiniones. Aun así continúa hipervigilante con su estado de salud, ya que piensa que puede llegar a morir en uno de sus ataques de pánico.

Tras preguntarle que espera conseguir con las sesiones que vamos a realizar nos comenta que necesita ayuda ya que tanto su miedo a la exposición social como los ataques de pánico le están dificultando su día a día y las diferentes áreas que componen su vida cada vez se encuentran más deterioradas. Refiere que le gustaría aumentar su autoestima, mejorar sus habilidades sociales y poder controlar la ansiedad que sufre.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Manuel, es un varón de 21 años de edad que estudia un grado universitario, encontrándose en su segundo año. Reside en un pueblo de Murcia, junto a su madre y su hermana. Su padre fallece de cáncer cuando él tiene 5 años, por lo que apenas le conoció. Le cuesta mucho verbalizar este tema, ya que en su casa nunca se ha hablado sobre la enfermedad de su padre, aunque a él le hubiese gustado conocer más detalles relativos a la enfermedad y muerte de su padre pero teme y evita hacerlo por el posible sufrimiento que pueda padecer su familia al hablar del tema.

Afirma que en su casa suelen tener actitudes muy hipocondriacas, y que él se asusta con facilidad ante los síntomas físicos que sufre habitualmente cuando tiene ansiedad o sufre ataques de pánico. Su madre también se asusta fácilmente y acuden al médico con asiduidad. Además, le cuesta conllevar la incertidumbre, necesita tener todo a su alrededor planificado y refiere que lo pasa realmente mal cuando algo se le escapa de las manos y no puede controlarlo.

Manuel mantiene una buena relación con su núcleo familiar. Su crianza ha estado marcada por un patrón rígido de sobreprotección por parte de su madre y su hermana. A día de hoy son ellas las que realizan las actividades que Manuel evita hacer

debido a su miedo a la exposición social, como ir a comprar su propia ropa, ir a un supermercado, conducir, además de otras conductas. Su hermana es 5 años mayor que él y es profesora. Con ella también tiene una buena relación aunque ahora se ven poco, ya que se ha independizado con su pareja.

El grupo de amigos de Manuel es un gran apoyo para él. Este grupo es un grupo mixto compuesto de 6 sujetos, los cuales conoce desde que él era pequeño. Relata que el grupo se encuentra integrado por dos personas que siempre llevan la iniciativa y que los demás componentes siguen los planes de estos dos últimos. Refiere que los otros cuatro amigos siguen un patrón de conducta muy parecido al suyo. Es decir, les identifica también como tímidos, lo que les lleva a salir en escasas ocasiones de casa, y no se encuentran cómodos con personas que no son de su grupo, entre otras conductas muy características del trastorno de ansiedad social.

Refiere que en el colegio sufrió bullying por parte de un compañero que lo ridiculizaban en clase y que se reía de él. A día de hoy el chico que abusaba de él conforma su grupo de amigos y es uno de los "cabecillas". Relata que hace años que ya no lo ridiculiza, aunque en algunas ocasiones se siente herido por sus comentarios y no sabe expresar su opinión ni defender sus derechos.

Manuel cuenta que ha tenido dos parejas del sexo opuesto, pero que las relaciones nunca han salido bien, por lo que han mermado su autoestima. Conoció a las dos chicas por internet. Con una nunca llegó a verse en persona, y con la otra se vio en muy pocas ocasiones ya que tanto ella como él sufrían mucha ansiedad cuando llegaba la hora de verse, por lo que la relación resultó inviable.

Refiere que siempre ha sufrido ansiedad cuando se encontraba en contextos sociales, pero que los ataques de pánico empezaron desde el primer día que comenzó la universidad que es en ese entorno y situación cuando más frecuentemente aparecen y donde peor se siente. Nos cuenta que en alguna ocasión en la que se ha alejado de su casa también ha sufrido ataques de pánico.

No encontramos antecedentes familiares de ninguna patología o enfermedad mental.

4. HIPÓTESIS SURGIDAS EN LA ENTREVISTA

Tras conocer la historia y demanda del paciente podemos concluir una serie de hipótesis. Dichas hipótesis son:

1. Presentará niveles elevados de ansiedad social, tanto de interacción como de actuación.
2. Puntuará de forma moderada en depresión dado el sentimiento de tristeza que muestra en la entrevista, así como la forma de expresarse que utiliza como por su lenguaje no verbal.
3. Presentará niveles bajos de asertividad.
4. Puntuará alto en el Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania dadas las preocupaciones constantes que refiere tener
5. Puntuará alto en la Escala de la Intolerancia hacia la Incertidumbre ya que relata acciones como la necesidad excesiva de aprobación, o la necesidad de realizar dobles revisiones tanto en su área familiar y académica.
6. Puntuará bajo en la escala de autoestima, ya que él mismo se valora como una persona con una baja autoestima,
7. Puntuará alto en la escala de afecto negativo ya que dice tener una emocionalidad displacentera y con un alto malestar, basadas en el miedo, los fracasos, la vergüenza, y las inseguridades.
8. Puntuará bajo en la escala de afecto positivo.

5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos empleados en el proceso de evaluación, tanto antes de aplicar el tratamiento (pre-evaluación) como inmediatamente después de haber finalizado éste (post-evaluación), comprendieron los que describimos a continuación. Estos instrumentos fueron aplicado por una sola evaluadora, y todos ellos han demostrado buenas propiedades psicométricas tanto en estudios de lengua inglesa como española.

ADIS-5: "Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5, Adult Version" (Brown y Barlow, 2014). Se trata de una entrevista diagnóstica semiestructurada heteroaplicada que nosotros hemos utilizado para abordar el trastorno de ansiedad social. Esta entrevista se basa en los trastornos de ansiedad y sus trastornos comórbidos más comunes como por ejemplo el abuso, la dependencia a sustancias, los trastornos relacionados con el estado de ánimo, los trastornos somatomorfos, entre otros. La entrevista comienza indagando sobre los aspectos claves relacionados con el trastorno y en caso de que estos sean afirmativos se proseguirá con otras características asociadas al trastorno, determinando de este modo, la gravedad y el cuadro clínico específico para cada persona (González, Ibáñez, García, & Quintero, 2018). También es recomendada para evaluar la efectividad de los tratamientos, basados en los indicadores cualitativos del trastorno que se ha identificado. La entrevista contiene ítems dicotómicos (sí-no), escalas de 0-8 puntos, y preguntas abiertas de interés clínico específico para cada trastorno de ansiedad según el DSM-IV (Toro, Nieto, Mayorga, & Montaña, 2012).

RAS: "Inventario de asertividad de Rathus" (*Rathus Assertiveness Schedule*, RAS; Rathus, 1973). Es un cuestionario autoaplicable diseñado para evaluar el grado de asertividad en una variedad de situaciones y en términos de autoexpresión. Consta de 30 ítems, puede ser usado indistintamente en hombres y mujeres y la versión original posee una escala de cotación que va de +3 a -3 excluyendo el 0. Los puntajes oscilan entre -90 para un sujeto extremadamente poco asertivo hasta +90 para un sujeto extremadamente asertivo (Behar, Manzo, & Casanova, 2006). Como queda plasmada en la investigación de Caballo, Salazar, Olivares Irurtia, Olivares y Toledo (2014), esta escala muestra una buena fiabilidad, con un 0,82 de consistencia interna y un 0,80 de fiabilidad de dos mitades de Guttaman.

PSWQ-11: "Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania" *Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), en su versión abreviada (PSWQ-11) traducida al español por Sandín y Chorot (1995). Utilizamos la versión abreviada de 11 ítems, ya que los ítems redactados negativamente han mostrado ser problemáticos y dificultosos para los hispanohablantes, por lo tanto muestra mejores propiedades psicométricas que el PSWQ completo. El PSWQ y su versión abreviada se diseñaron para evaluar la preocupación permanente e inespecífica. El punto de corte de esta escala es de 39. Este cuestionario muestra un alfa de Cronbach

de 0,92 en una muestra no clínica, por lo que consta de una alta fiabilidad (Ruiz, Monroy-Cifuentes, & Suárez-Falcón, 2018). El cuestionario PSWQ-11, muestra un ajuste muy bueno con indicadores similares a los obtenidos para el cuestionario original (Padros-Blázquez et al., 2018).

BDI-II: "Inventario para la Depresión de Beck-II" (*Beck Depression Inventory, second edition*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Este instrumento basado en un autoinforme de 21 ítems está diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada una de las alternativas el sujeto debe elegir entre cuatro opciones de respuesta valoradas del 0-3, ordenadas de mayor a menor gravedad como se han sentido durante las dos últimas semanas incluyendo el día que se está realizando el inventario. El punto de corte de este inventario sería de 14 a 19 puntos. Se suman los ítems marcados por el sujeto y la puntuación del test oscilará entre 0 y 63. El análisis de consistencia interna de este inventario fue de un coeficiente de alfa de 0,89 lo que es una buena consistencia interna. Los índices de validez convergente y discriminante de la versión española del BDI-II son también buenos, mostrando unos coeficientes de correlación convergente con otras medidas de autoinforme y de heteroevaluación de la depresión cuya mediana (0,68) supera el criterio estándar de excelente (0,60) (Prieto y Muñiz, 2000; Sanz et al., 2005).

SPAI-B: "Inventario de ansiedad y fobia social, forma breve" (*Social Phobia and Anxiety Inventory-Brief form*, SPAI-B; García-López, Hidalgo, Beidel, Olivares y Turner, 2008). Evalúa la sintomatología propia del trastorno de ansiedad social (fisiológica, conductual y cognitiva) y la ansiedad social ante situaciones interactivas y de observación y actuación (García-López, Beidel, Muela-Martínez y Espinosa-Fernández, 2016). Está compuesto por 16 ítems. El inventario se basa en una escala de tipo Likert de 5 puntos, (1=Nunca, 2=Pocas veces, 3=Algunas veces, 4=Bastantes veces, 5=Siempre). El punto de corte de este inventario es de 24 puntos. Consta de una consistencia interna de 0,92 y el promedio de correlación ítem-total de 0,68 (rango de 0,54-0,75). También demostró una adecuada estabilidad temporal a los seis meses (0,60) y fuertes correlaciones con el SPAI original ($r=0,88$) (Piqueras, Espinosa-Fernández, García-López, & Beidel, 2012).

SPS: "La escala de Fobia Social" (*Social Phobia Scale*, SPS; Mattick y Clarke (1998). Esta escala evalúa la ansiedad de actuación (p. ej., comer o beber en público).

Contiene 20 ítems y se responde de acuerdo a una escala de tipo Likert de 4 puntos, (0= No se corresponde nada con mi forma de ser, 1=se corresponde ligeramente con mi forma de ser, 2=se corresponde moderadamente con mi forma de ser, 3=se corresponde mucho con mi forma de ser, 4=se corresponde totalmente con mi forma de ser). El punto de corte de esta escala es de 29 puntos. Tanto en población clínica como no clínica la consistencia interna de esta escala es alta (de 0,87 a 0,94), (Mattick y Clarke, 1998). De igual manera, se han obtenidos buenos datos referentes a la fiabilidad test-retest (de 0,66 a 0,93), (Heimberg et al., 1992; Mattick y Clarke, 1998).

SIAS: "Escala de Ansiedad ante la Interacción Social" (*Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS; Mattick y Clarke (1998), en su versión española (Olivares, J., García-López, L. J., e Hidalgo, M. D., 2001). El fin de esta escala es medir la ansiedad en interacciones sociales. Contiene 20 ítems y se responde de acuerdo a una escala de tipo Likert de 4 puntos, (0= No se corresponde nada con mi forma de ser, 1=se corresponde ligeramente con mi forma de ser, 2=se corresponde moderadamente con mi forma de ser, 3=se corresponde mucho con mi forma de ser, 4=se corresponde totalmente con mi forma de ser). El punto de corte de esta escala es de 34 puntos. Sus autores informan de una adecuada consistencia interna con un alfa de Cronbach = 0.93 y de un coeficiente de correlación test-retest superior a 0,90 (Zubeidat, Salinas, & Sierra, 2007).

PNA-10: "Escala reducida de afecto positivo y negativo" (*Positive and Negative Affect*, PNA; Warr, Barter y Brownbridge, 1983). La PNA es una escala breve que gira en torno a dos dimensiones denominadas afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo representa la emocionalidad placentera, visible en la motivación, la energía, los sentimientos de dominio, el logro, el éxito y el deseo de afiliación. Además las personas con alto afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión y confianza. Se relaciona con el optimismo, la resiliencia, y la extroversión. En cambio, el afecto negativo representa la emocionalidad displacentera, y el malestar, expresado por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso. Además suelen experimentar desinterés, aburrimiento, sensación de fracaso, tristeza, culpa, y vergüenza. Hay una sensibilidad temperamental ante los estímulos o ambientes desagradables (Moral, 2011). El punto de corte para el afecto negativo es de 15 puntos y para el afecto positivo de 12. El análisis factorial confirmatorio evidenció mejores indicadores de ajuste para una versión reducida del

instrumento (PNA-10) compuesta por 10 ítems. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de las subescalas fue adecuada, de 0,84 para el afecto positivo (AP) y 0,81 para el afecto negativo (AN) y fiabilidad compuesta de 0,88 para el AP y 0,82 para el AN, (Yárnoz-Yaben, Comino, & Sansinenea, 2014).

IU: "Escala de la Intolerancia hacia la Incertidumbre", (*Intolerance of Uncertainty Scale*, IUS, Buhr & Dugas, 2002) Este cuestionario autoadministrable consta de 27 ítems distribuidos en una escala de tipo Likert con cinco alternativas de respuesta (1=nada característico de mí, 2=poco característico de mí, 3=moderadamente característico de mí, 4=muy característico de mí, 5=extremadamente característico de mí), que reflejan el desagrado ante situaciones inciertas, (de Behrends & Brenlla, 2015). El punto de corte de esta escala es de 71 puntos. Muestra una coeficiente de consistencia interna de 0,91 y una fiabilidad de test-retest de 0,78, (Birrell, Meares, Wilkinson, & Freeston, 2011).

EAR: "Escala de autoestima de Rosenberg", (*Rosenbergs self-esteem scale* EAR, Rosenberg, 1989) . Se trata de una de las escalas más utilizada para la medición global de la autoestima. La mitad de los ítems se encuentran redactados de una manera positiva y la otra mitad de una manera negativa. La escala incluye diez ítems centrados en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo. Es una escala de tipo Likert, donde los ítems se reparten en una escala de cuatro puntos (1=muy de acuerdo, 2=de acuerdo, 3=en desacuerdo, 4=totalmente en desacuerdo). El punto de corte de esta escala es de 36 puntos. Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems formulados en negativo (3,5,8,9 y 10) y tras esto sumarse todos los ítems. La puntuación total puede oscilar entre 10 y 40 y su punto de corte se encuentra en 20. En diversas investigaciones el cuestionario ha demostrado tener una alta fiabilidad 0,75 (Rojas-Barahona, Zegers, & Förster, 2009) y 0,88 (Morejón, Jiménez, & Zanin, 2013). Esta prueba es considerada como un instrumento fiable y válido para la evaluación global de la autoestima en población clínica adulta (Vázquez-Morejón, Jiménez & Vázquez, 2004).

6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tras completar las diferentes escalas, cuestionarios e inventarios mencionados anteriormente proseguimos con su corrección.

En el RAS, Inventario de Asertividad de Rathus, el sujeto obtiene una puntuación de -49, por lo que su puntuación en asertividad es muy baja. En el cuestionario PSWQ-11, Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pennsylvania, el sujeto muestra una puntuación de 39, siendo esta misma puntuación el punto de corte del inventario, lo que indica la existencia de un nivel alto de preocupación. El BDI-II, nos indica una puntuación de 8, encontrándose dentro de los valores mínimos (0-13), por lo que el paciente no muestra signos de depresión. En la escala PNA, la afectividad negativa muestra una puntuación de 12, siendo su punto de corte 15, a su vez la afectividad positiva muestra una puntuación de 6, siendo el punto de corte 12, por lo que es una puntuación baja. En la escala IU, el sujeto obtiene una puntuación de 72, siendo el punto de corte 71, por lo que tiene una baja tolerancia a la incertidumbre. En la EAR, Escala de Autoestima, el sujeto muestra una puntuación de 26, encontrándose dentro de los valores normales (25-35). En la escala SPS, que mide la fobia a la actuación social, el sujeto obtiene una puntuación de 48, siendo el punto de corte 29, por lo que es una elevada ansiedad social de actuación, a su vez, en la escala SIAS, donde se puede observar la ansiedad de interacción social, el sujeto obtiene una puntuación de 65, siendo el punto de corte 34, por lo que también es una alta puntuación. De una manera congruente, en el inventario SPAI-B, el sujeto ha mostrado una puntuación de 42.75, siendo el punto de corte 24, por lo que acordemente con los anteriores cuestionarios podemos deducir que el trastorno principal es la fobia social. La entrevista diagnóstica ADIS-5 fue muy útil para realizar el análisis funcional del caso que expondremos a continuación y para optar por una mejor intervención.

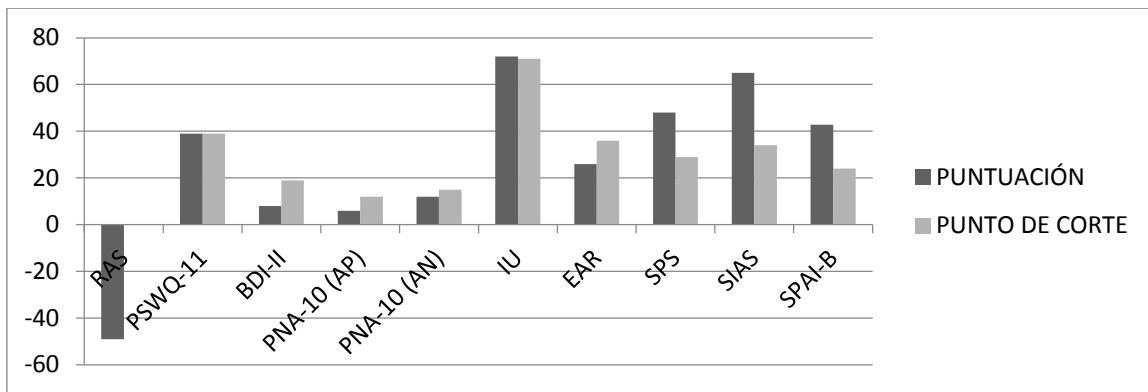


Figura 1. Gráfica comparativa de los cuestionarios de pre-evaluación y la puntuación de corte.

Por lo tanto, y con los datos recogidos podemos afirmar que no se cumplen todas las hipótesis propuestas en nuestra investigación.

La hipótesis número 1 se cumpliría, ya que el sujeto ha puntuado alto en ansiedad social, y además se cumple la hipótesis 2, pues esta ansiedad social se manifiesta tanto en forma de actuación como de interacción. Rechazaríamos la hipótesis número 3, ya que aunque en la entrevista inicial el sujeto se mostró triste y decaído no padece depresión, puntuando mínimamente en el cuestionario. La hipótesis número 4 se cumple, ya que muestra una asertividad muy baja. La hipótesis 5 también se cumple, puntúa significativamente en el cuestionario de preocupaciones. La hipótesis número 6, también queda aceptada, ya que el sujeto muestra poca tolerancia a la incertidumbre. La hipótesis 7 es rechazada, aunque el sujeto nos dijo desde el principio que tenía una baja autoestima y que no se valoraba lo suficiente, en el cuestionario no se visualiza este estado. La hipótesis 8 también queda rechazada, el sujeto no puntúa alto en afecto negativo. La hipótesis número 9 si se cumple pues puntúa bajo en afecto positivo.

Por lo tanto, las hipótesis 1, 2, 4, 5, 6, y 9 se cumplen y las hipótesis 3, 7 y 8 quedan rechazadas.

Una vez concluido el proceso de evaluación, se realizó un análisis funcional (figura 2), con el objetivo de plantear una intervención de acuerdo a las necesidades del sujeto. En la siguiente gráfica podemos ver plasmadas las relaciones existentes entre las distintas variables tanto antecedentes como actuales, la sintomatología conductual, cognitiva y psicofisiológica que presenta y las consecuencias que estas provocan en su vida.

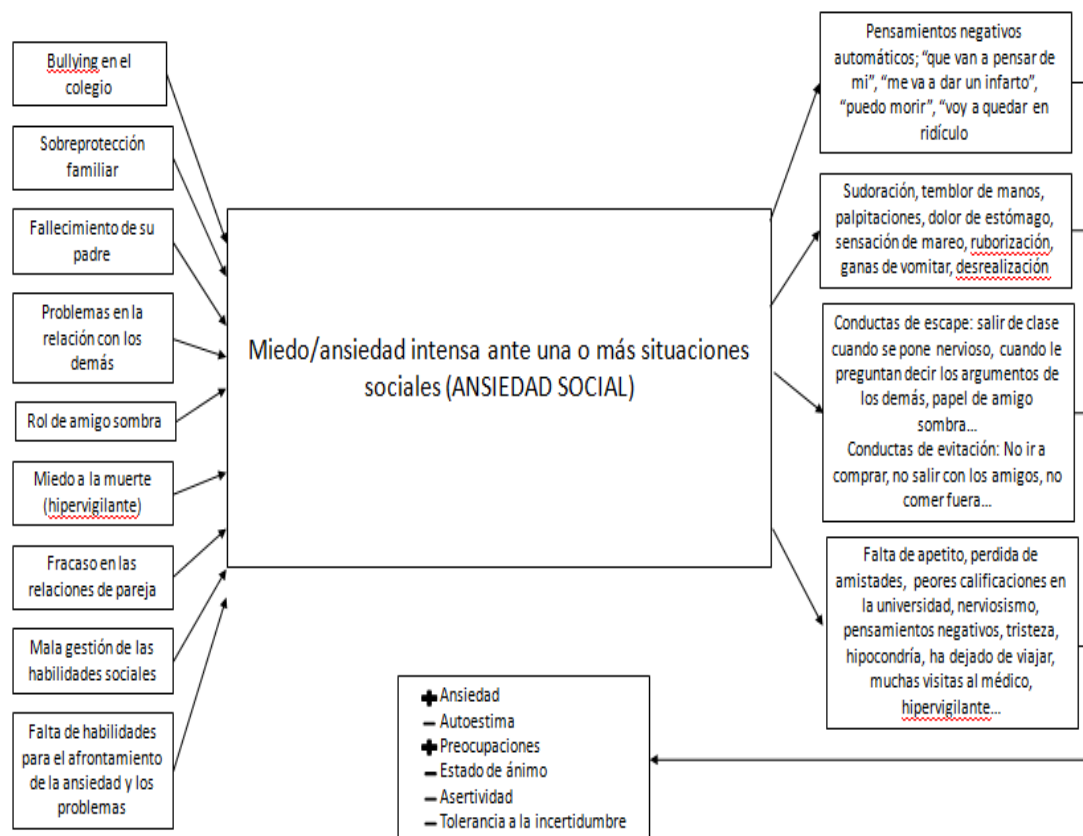


Figura 2. Esquema del análisis funcional del caso

En cuanto a antecedentes pasados, Manuel relata que sufrió bullying en el colegio y que fue en ese momento cuando su actitud ante las relaciones sociales cambió y se volvió un niño mucho más introvertido. A día de hoy uno de los escenarios más usuales donde Manuel sufre ansiedad social es en sus clases de la universidad, por lo que tendría mucha relación con el estímulo precipitante. Otro de los antecedentes pasados es el fallecimiento de su padre cuando él era pequeño. La sobreprotección de su madre y su hermana ante este suceso y la hipervigilancia de su salud por miedo a la muerte también es un factor significativo en este trastorno.

Aunque Manuel mantiene un grupo de amigos y se siente apoyado por ellos, los roles dentro del grupo son bastante llamativos. Como él mismo relata, dos de sus amigos toman la iniciativa del grupo y tienen un rol de liderazgo mientras los demás componentes tienen actitudes muy parecidas a la suya, (expone que es muy posible que ellos también padezcan un trastorno de ansiedad social), nunca da su opinión y se esconde detrás de las argumentaciones de sus amigos para no ser el centro de atención. Por lo tanto, parece que Manuel ejerce en el grupo el rol de "amigo sombra",

escondiéndose detrás de los componentes con más liderazgo, evitando situaciones de protagonismo y defendiendo en muy escasas situaciones sus derechos y opiniones. Tomar este rol dentro del grupo ha ido poco a poco deteriorando sus habilidades para relacionarse de una forma positiva y asertiva con los demás, encontrándose en un grupo reducido de amigos y no pudiendo desarrollar ni ampliar su área social.

A su vez, los problemas para vincular socialmente también le han impedido lograr una relación estable con una pareja, por lo que estos episodios sumados a la falta de habilidades sociales y la insuficiencia de habilidades para el afrontamiento de la ansiedad y los problemas han hecho que se mantenga el trastorno. Asimismo su baja tolerancia a la incertidumbre, su poca asertividad, su excesiva preocupación y su timidez son variables psicológicas, que junto a las ambientales son un gran detonante para este trastorno.

Cuando Manuel está expuesto a una situación social se desencadena una respuesta de ansiedad inmediata, en la cual aparecen una serie de síntomas. A nivel cognitivo comienzan los pensamientos negativos automáticos como "que van a pensar de mí", "me va a dar un ataque al corazón", "me voy a morir", "se van a reír de mí", "voy a quedar en ridículo", "me voy a quedar en blanco". A nivel fisiológico comienzan a temblarle las manos, hay sudoración, sensación de desrealización, palpitaciones en el pecho, dolor de estómago, ganas de vomitar, sensación de mareo y ruborización. De este modo, cuando Manuel comienza a tener estos pensamientos o sentir estos síntomas y se ve expuesto a esa situación se dan las conocidas como conductas de escape, como por ejemplo salir de clase, excusarse con que se encuentra mal, hacer el "papel de amigo sombra"... Si las situaciones sociales se anticipan (no van a pasar ese mismo día o van a pasar en otro momento), se dan las conductas de evitación como no ir a comprar, no conducir, no salir con sus amigos, no comer fuera... De este modo Manuel consigue reducir su ansiedad a corto plazo, pero a largo plazo intensifica aún más el trastorno al no enfrentarse a las situaciones y no permitir que la ansiedad pueda disminuir.

Todo esto ha provocado en Manuel una falta de apetito, pérdida de amistades, peores calificaciones en la universidad, nerviosismo constante, tristeza, hipervigilancia, y problemas en la relaciones sociales. A su vez, han ocurrido otras consecuencias más graves como una alta ansiedad generalizada, un bajo estado de ánimo, una baja

asertividad, baja tolerancia a la incertidumbre y una gran rumiación a sus preocupaciones, constituyendo una elevada fuente de malestar.

La intervención que se propone se ha realizado basándonos en las demandas del sujeto y en el análisis funcional mencionado anteriormente. Para la intervención nos hemos basado en el protocolo IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*), en su versión para jóvenes adultos (IJAFS; García-López et al., 2006). Este protocolo consta de 12 sesiones de tratamiento de 90 minutos de duración cada una, aplicadas en modalidad grupal. Las sesiones se aplican con una periodicidad semanal, hecho por el cual el desarrollo completo dura 3 meses. Los contenidos relativos a las sesiones son los siguientes, los cuales desarrollaremos más adelante:

SESIONES	CONTENIDO DE LAS SESIONES
1	Fase educativa y focalización de la atención
2	Reestructuración cognitiva
3	Presentarse, iniciar, mantener y terminar conversaciones (I)
4	Presentarse, iniciar, mantener y terminar conversaciones (II)
5	Entrenamiento en asertividad
6	Exposición y entrenamiento en asertividad
7	Dar y recibir cumplidos. Establecer y mantener amistades.
8	Relaciones con personas de distinto sexo y entrenamiento en asertividad
9	Hablar en público I: habilidades verbales y no verbales
10	Hablar en público II: ¿cómo iniciar, desarrollar y concluir una charla?
11	Hablar en público III: estructura y proceso para articular una exposición oral pública
12	Hablar en público IV, y prevención de recaídas

Tabla 2. Contenido de las sesiones según el protocolo IAFS

Este protocolo se fundamenta en el entrenamiento de habilidades sociales entendido como un área de trabajo o como un tratamiento multicomponente integrado por instrucciones, modelado, ensayo de conducta, refuerzo positivo y retroalimentación o *feedback* constructivo. El empleo de habilidades sociales nos permite exponer al

sujeto, tanto en vivo como en imaginación a iniciar y mantener conversaciones con conocidos, poco conocidos y extraños; a expresarse asertivamente; a dar y recibir cumplidos; a iniciar y mantener amistades; a relacionarse con personas de distinto sexo y relevancia social; a expresarse adecuadamente ante un público... Además el sujeto mejorará su autoestima, aumentará su asertividad y su afectividad positiva cuando se incrementen sus habilidades sociales y adquiera nuevas amistades, por lo que es un componente significativo para alcanzar nuestros objetivos.

También se basa en el componente educativo (psicoeducación). Esta fase consiste en la explicación de los componentes básicos del trastorno de ansiedad social, la cual es necesaria para la mejora del trastorno. Se dan a conocer tanto los conceptos básicos utilizados como una explicación razonable del porqué de lo que le está ocurriendo, cómo pensamos que están influyendo esas variables en el mantenimiento de la ansiedad, qué podemos hacer para transformarlas y cómo hemos de hacerlo. Este componente de nuestra intervención nos ayudará a que el sujeto sepa identificar los pensamientos irracionales de los racionales y los pensamientos negativos automáticos, pudiendo así sustituirlos por otros más positivos. También le mostraremos las conexiones entre cognición, conducta y emoción pudiendo discriminar cada una de ellas y siendo de utilidad para que el sujeto pueda discriminar el inicio del trastorno de ansiedad social y qué lo precipita, disminuyendo y tomando el control en el trastorno.

Otra de las fases de este protocolo es el entrenamiento en el manejo del cambio de centro de atención, es decir, la focalización de la atención. Cuando el sujeto centra toda o casi toda su atención en las señales entendidas como amenazas impide o dificulta que el participante valore otras señales, tanto externas como internas a él, las cuales podrían ayudarle en su tarea de enfrentamiento con lo que teme. Perdiendo así la posibilidad de comprobar que no se cumple lo que realmente teme. Este componente también nos es de utilidad para la reducción del trastorno de ansiedad social, ya que el sujeto no mantiene la atención cuando se encuentra en una situación social, dejándose guiar por sus pensamientos negativos automáticos e irracionales. La aplicación de la focalización de la atención junto a otros componentes como la mejora de habilidades sociales, aumentará la sensación de éxito en las situaciones sociales, aumentando su autoestima, su afecto positivo y disminuyendo el afecto negativo.

La reestructuración cognitiva es otra de las fases que sustentan este protocolo. El objetivo de este componente es conseguir que el participante aprenda a generar interpretaciones diferentes ante las situaciones ahora ansiosas; tales interpretaciones deben terminar ajustándose con más objetividad a lo que realmente ocurre y, a su vez, resultar cada vez menos negativas y desestabilizadoras para el sujeto. Por tanto, tiene que aprender a identificar los pensamientos automáticos negativos que él mismo producen cuando evoca situaciones pasadas vividas, anticipa situaciones sociales que va a vivir o está inmerso en una situación social que le genera respuestas de ansiedad. La reestructuración cognitiva es útil para disminuir los pensamientos disruptivos de preocupación y los pensamientos negativos en las situaciones de ansiedad social, ya que al identificarlos y detectarlos, junto a lo trabajado en el módulo de psicoeducación, el sujeto puede evaluar el grado de creencia que le otorga al pensamiento buscando pruebas o creencias en contra del pensamiento negativo y buscando una interpretación alternativa y no irracional de la situación, disminuyendo así su ansiedad social.

La exposición en vivo o en imaginación es el componente más importante en el tratamiento de los problemas de ansiedad en general, y de la fobia social en particular. Ayuda a que el sujeto desmienta la asociación estable que él presupone, respecto a las situaciones que teme y las respuestas de ansiedad que se desencadenan, verifica la gratuidad de su miedo y ayuda a reconocer que la ansiedad desadaptativa se aprende, por lo que puede ser controlada por otras técnicas aprendidas. Este módulo es de suma importancia en la intervención, ya que la exposición tanto en imaginación como en vivo, de manera progresiva y según la ansiedad vivida por el individuo, hará que la ansiedad del sujeto disminuya una vez expuesto a la situación ansiógena, aumentando a su vez la tolerancia a la incertidumbre.

Por último conforman el protocolo las exposiciones simuladas; el ensayo de conducta, la representación de papeles o el *role-playing*. El ensayo de conducta se trata de la representación individual, y simulada que recrea el sujeto de la conducta descrita en un guión o que se encuentra instruida por el terapeuta. La representación de papeles es la relación de dos o más sujetos a través de un guión previamente establecido, y por último el *role-playing*, se diferencia de la representación de papeles en el hecho de que los sujetos que participan intercambian entre ellos la representación de los personajes, ayudando a que el sujeto pueda darse cuenta de los errores que comete al representar siempre un personaje de la misma forma, pues les permite situarse desde otra

perspectiva. Como en el anterior modulo de intervención, el sujeto se verá expuesto a la situación ansiógena, disminuyendo así su ansiedad y aumentando su tolerancia a la incertidumbre. Además la sensación de éxito y el *feedback* positivo recibido aumentará su sensación de valía, aumentando con ello su autoestima.

Todos los módulos anteriormente descritos tienen como función disminuir la ansiedad social tanto de interacción como de actuación, disminuyendo a su vez los factores psicológicos secundarios que precipitan y mantienen el trastorno de ansiedad social.

7. INTERVENCIÓN

7.1 Objetivos del tratamiento y componentes:

Los objetivos del programa de intervención fueron los siguientes:

- Reducir la ansiedad social, tanto de interacción como de actuación
- Incrementar el conocimiento del trastorno de ansiedad social por parte del paciente.
- Aumentar la asertividad del paciente
- Controlar las preocupaciones, y la cantidad de pensamientos negativos ante las situaciones sociales.
- Aumentar la tolerancia a la incertidumbre.
- Aumentar el afecto positivo y la sensación de bienestar y disminuir el afecto negativo.
- Mejorar las habilidades sociales.

Para conseguir los objetivos propuestos en nuestra intervención, nos basaremos en los diferentes componentes del protocolo IAFS, los cuales se irán solapando entre sesión y sesión intentando conseguir en todo momento el mayor beneficio del sujeto.

Los componentes son los siguientes:

- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva
- Exposición, tanto en vivo como en imaginación

- Focalización de la atención
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Exposiciones simuladas (*role-playing*, ensayo de conducta y representación de papeles)

7.2 Programa de intervención

A la hora de llevar a cabo el programa de intervención se acordó con el sujeto que se realizaría una sesión semanal que constaría de 1'5 horas o 2 horas, según lo que demandara la sesión. Cada semana se trabajaría un tema distinto y desde el comienzo realizaríamos simultáneamente una carpeta diario donde guardaríamos toda la información recogida y los ejercicios que realizaríamos conjuntamente, con el objetivo de que pudiera volver a revisarlos en casa cuando lo necesitase, contrarrestando así el efecto "borrado" de la memoria y permitiendo la comparación de lo que pensaba, o creía antes y tras la realización del protocolo.

Además, al inicio de la intervención se le explicó que después de cada sesión concretaríamos unas tareas para casa que tendrían un doble fin; consolidar los aprendizajes realizados en un contexto seguro y generalizar el empleo de estos aprendizajes mediante su aplicación en contextos no seguros.

En cuanto a la estructura de las sesiones, todas ellas comenzaban solicitando al paciente información sobre el transcurso de la semana, en relación a las tareas asignadas y gracias al uso de autorregistros. Estos autorregistros se basaban en registrar semanalmente las exposiciones a situaciones sociales ansiosas, los pensamientos automáticos negativos que surgían en esas situaciones, el grado de satisfacción experimentado, la valoración del dominio de la actividad realizada y por último las sensaciones experimentadas (ANEXO I). El fin de estos autorregistros era que el sujeto pudiese identificar el proceso de desencadenamiento de los pensamientos automáticos para poder así elaborar otras alternativas. Era de suma importancia finalizar este repaso de la semana con los autorregistros, administrando un *feedback* positivo y recalcando los avances del sujeto.

Por último comenzábamos y terminábamos las sesiones apuntando la ansiedad que tenía el sujeto antes de comenzar la intervención y al concluirla, para seguir así la evolución de la ansiedad durante el curso (véanse ANEXO II).

A continuación explicaremos brevemente en que consistió cada sesión individualmente.

Sesión 1

Contenido: Toma de contacto con el sujeto, inicio del entrenamiento y primeras tareas para casa.

Descripción de la sesión: Comenzamos esta primera sesión de intervención explicándole al sujeto el análisis funcional creado en su evaluación para que así pueda tener un mejor entendimiento de su ansiedad social, además comentamos brevemente las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas y cuestionarios. Le explicamos al sujeto en qué va a consistir la intervención, las diferentes áreas que vamos a trabajar, de qué manera y la importancia que tienen tanto las tareas para casa como la carpeta diario. Además le preguntamos qué espera conseguir con este protocolo en el cual vamos a trabajar juntos y acotamos los objetivos terapéuticos. Tras esto pasamos a trabajar con psicoeducación, le explicamos al sujeto los conceptos de miedo, ansiedad, fobia y fobia social, diferenciando la ansiedad adaptativa y la ansiedad desadaptativa, mostrándole con gráficas el funcionamiento de la ansiedad social y como exponiéndonos lograremos que disminuya. Damos a conocer las conductas de escape y evitación. Por último concretamos las tareas para casa relacionadas con los conceptos que hemos conocido en esta sesión y la relación que tienen con lo que el sujeto está experimentando.

Sesión 2:

Contenidos: Aprender a identificar y sustituir pensamientos y creencias desadaptativas.

Descripción de la sesión: Esta sesión comienza dialogando sobre cómo ha transcurrido la semana, a qué se ha enfrentado y en qué momentos ha sufrido ansiedad social. Repasamos las tareas para casa y los autorregistros, proporcionando *feedback* positivo. En esta sesión entre el sujeto y el terapeuta se identificó el curso que seguían las respuestas de ansiedad percibidas tanto antes como después de exponerse a las situaciones temidas. Explicamos el papel de los pensamientos irracionales en la conducta, y las distorsiones cognitivas más frecuentes. Identificamos conjuntamente sus pensamientos irracionales negativos intentando modificarlos por otros positivos (ejercicio de flexibilidad), y pusimos a prueba esos pensamientos irracionales. Por

último concretamos las tareas para casa y recordamos la importancia de la realización de los autorregistros.

Sesión 3:

Contenidos: Aprender a presentarse, iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Descripción de la sesión: Al igual que en la sesión anterior comenzamos comentando la semana, repasando las tareas para casa y dando *feedback* positivo a sus autorregistros. En esta sesión explicamos al sujeto los elementos de la situación que son propicios para poder comenzar una conversación. Definimos la diferencia entre las preguntas abiertas y las preguntas cerradas en una conversación y cuando eran propicias cada una de ellas. Practicamos ejercicios sobre la importancia de recordar y detectar los contenidos relevantes de una conversación para poder iniciarlas y mantenerlas. Identificamos las señales para detectar el momento propicio para terminar una conversación y como despedirnos. Terminamos la sesión concretando las tareas para casa en las cuales el sujeto podrá practicar todo lo aprendido en esta sesión.

Sesión 4:

Contenidos: Presentarse, iniciar, mantener y terminar una conversación.

Descripción de la sesión: Comenzamos la sesión dialogando sobre cómo se había acontecido la semana, observamos los autorregistros e intentamos darles respuesta conjuntamente. En esta sesión aprendimos como identificar los elementos propicios para iniciar una conversación pero esta vez en función de la situación, el estado emocional, el número de personas, la actividad del interlocutor... Practicamos la diferenciación entre preguntas abiertas y preguntas cerradas a través de exposiciones imaginarias. Expusimos la importancia de usar de forma adecuada la autorreferencia. Definimos cuales podrían ser los estímulos facilitadores y que pudieran ayudar al sujeto para el inicio y mantenimiento de la conversación. Trabajamos cómo retomar la conversación y cómo terminar adecuadamente la conversación. Por último explicamos las tareas para casa.

Sesión 5:

Contenidos: Coherencia personal, como defender nuestros derechos y no ceder cuando no queremos hacerlo.

Descripción de la sesión: Como en las sesiones anteriores, comenzamos dialogando sobre la semana y sobre las problemáticas que habían surgido revisando los autorregistros. En esta sesión diferenciamos entre el comportamiento inadecuado y el comportamiento adecuado asertivo, explicamos los derechos humanos asertivos, aprendimos como decir no y como defender los derechos propios. Trabajamos cómo elaborar alternativas en el momento de decir no y sobre cómo defender los derechos que no son propios. Concluimos la sesión explicando las tareas para casa y recordando la importancia de seguir manteniendo la carpeta diario.

Sesión 6:

Contenidos: Profundizamos en la coherencia personal y en el dominio de presentarse, iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Descripción de la sesión: Comenzamos la sesión como las anteriores veces, repasando los acontecimientos de la semana. En modo de *role-playing* aplicamos los aprendizajes previos a iniciar y mantener conversaciones con personas desconocidas. Explicamos las diferentes técnicas sobre asertividad como *la técnica del bocadillo* o la del *disco rayado*, y como decir no y defender nuestros derechos ante figuras de autoridad. Trabajamos cómo recibir retroalimentación de personas recién conocidas, y utilizamos el registro de datos personales para manejarlo cada vez que mantuviéramos una conversación, ayudándonos de este registro para poder volver a retomar estas conversaciones en situaciones posteriores y facilitarnos con ello la tarea. Concluimos la sesión con las tareas para casa.

Sesión 7:

Contenidos: cómo dar y recibir cumplidos y el placer de establecer amistades.

Descripción de la sesión: Comenzamos la sesión valorando los hechos ocurridos esta semana, hablamos del avance que estamos obteniendo en estas siete sesiones y como están mejorando sus exposiciones sociales. Explicamos el concepto y las funciones que tiene el cumplido y las diferentes estrategias para expresarlo adecuadamente. Practicamos como responder de manera adecuada cuando se recibe un cumplido y las estrategias para iniciar, establecer y mantener amistades. Explicamos la *técnica del espejo*, la cual debería poner en práctica en casa. Concluimos la sesión estableciendo las tareas para casa.

Sesión 8:

Contenidos: Establecer puentes con el sexo de la persona de su interés. Manejar la presión individual y grupal.

Descripción de la sesión: La sesión comienza valorando la semana y repasando los autorregistros, los cuales nos sirven para visualizar el descenso tanto de la ansiedad como de los pensamientos negativos. En esta sesión trabajamos uno de los temas más dificultosos para el sujeto, establecer conversaciones con el sexo opuesto. Explicamos el cómo iniciar, mantener, elaborar y terminar conversaciones con personas de distinto sexo. Recordamos las estrategias utilizadas para resistir la presión individual y grupal. Usamos la exposición en imaginación y el *role-playig*. Concluimos la sesión estableciendo las tareas para casa.

Sesión 9:

Contenidos: Perder el miedo a hablar en público.

Descripción de la sesión: En primer lugar comentamos cómo ha ido la semana, y valoramos con *feedback* positivo los autorregistros. En esta sesión hablamos sobre la diferencia entre hablar en grupos formales e informales y la importancia de las habilidades verbales, discriminamos entre cuales eran adecuadas y cuáles no. Explicamos la importancia del lenguaje no verbal. Elaboramos modos alternativos de exponer oralmente un tema. Concluimos la sesión elaborando las tareas para casa.

Sesión 10:

Contenidos: Profundizamos en el dominio de hablar en público.

Descripción de la sesión: La sesión comienza conversando cómo se ha acontecido la semana, si ha surgido alguna problemática y poniendo en conocimiento del sujeto los avances que se están logrando. En esta sesión hablamos sobre las estrategias, fases y pasos para hablar ante una audiencia formal e intentamos secuenciar qué pasos utilizaríamos. Elaboramos técnicas para seleccionar y organizar la información que queremos transmitir, cuales son las ideas centrales, principales, de apoyo y de transición de nuestro discurso. Conversamos sobre las diferentes formas de mantener la atención de la audiencia y las técnicas para poder distribuir el tiempo destinado a la introducción, el desarrollo y la terminación. Explicamos las estrategias efectivas en el momento de concluir la exposición. Concluimos la sesión estableciendo las tareas para casa.

Sesión 11:

Contenidos: Consolidar las estrategias para hablar en público.

Descripción de la sesión: Al igual que en la anterior sesión podemos hablar con más detenimiento de los avances que observamos en los autorregistros ya que tras once sesiones los progresos son evidentes. A continuación de la anterior sesión aplicamos y trabajamos las estrategias, fases y pasos para hablar ante una audiencia y volvimos a secuenciar los pasos para la organización. Preparamos las estrategias adecuadas para mantener la atención de los oyentes. Aplicamos tanto las habilidades verbales como no verbales adquiridas en la anterior sesión y elaboramos alternativas sobre las distintas fases que integran la exposición oral de un tema. Concluimos la sesión elaborando las últimas tareas para casa que realizaríamos en nuestro protocolo de intervención.

Sesión 12:

Contenidos: Improvisación a la hora de hablar en público y prevención de recaídas.

Descripción de la sesión: De nuevo, aplicamos las estrategias, fases y pasos más frecuentes para hablar ante una audiencia y las habilidades verbales y no verbales. En esta última sesión comparamos los datos de la carpeta diario del comienzo de la intervención y en el momento de concluirla, de cómo había avanzado en su ansiedad social, cómo se había expuesto a las situaciones temidas y nunca imaginadas y cómo sus pensamientos negativos, sus conductas de evitación y escape, y su ansiedad habían disminuido llamativamente. Aportamos *feedback* positivo y preguntamos por la valoración de las sesiones, en qué cree que ha mejorado, qué es lo que más le ha servido, que es lo que más le ha gustado del protocolo y qué cosas cambiaría. Por último se le explicó el protocolo de prevención de recaídas.

Tras finalizar el protocolo se le propuso al sujeto tener un seguimiento telefónico y volvernos a ver en 3, 6 y 12 meses para poder valorar como continuaba su progreso. Acepto encantado ya que refirió que le vendría muy bien vernos ocasionalmente y que le serviría para refrescar todo el trabajo que habíamos realizado durante estos meses.

8. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

A continuación mostraremos unas gráficas donde se podrá ver la evolución del sujeto, para ello nos basaremos en los diferentes cuestionarios y evaluaciones empleadas al comienzo de la intervención (pre-evaluación), y al finalizarla (post-evaluación).

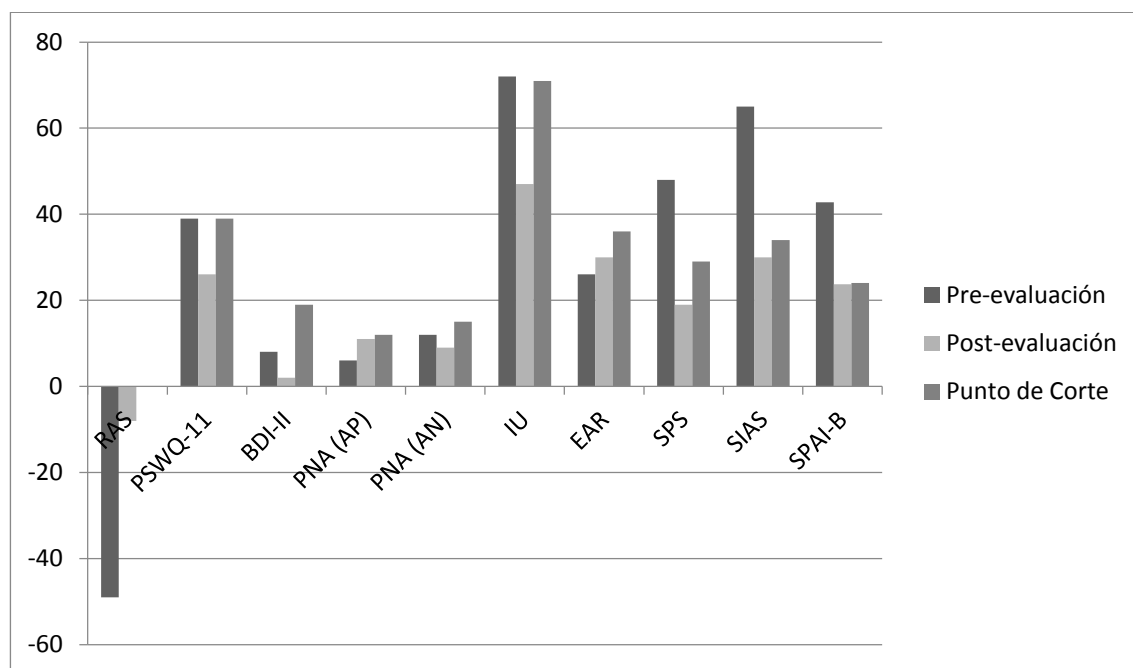


Figura 3. Gráfica que compara la pre-evaluación y la post-evaluación tras la intervención.

En esta gráfica podemos observar la evolución del sujeto tras la intervención. En el inventario RAS, Inventario de Asertividad de Rathus en la pre-evaluación el sujeto obtuvo una puntuación de -49 lo que indicaba una asertividad muy baja, en la post-evaluación la puntuación desciende a -8 puntos por lo que podemos considerar que ha habido una gran mejora en el manejo de la asertividad, ya que cuanto mayor sea la puntuación mayor será la asertividad del individuo. En el PSWQ-11, la puntuación de la pre-evaluación fue de 39 puntos, encontrándose en el punto de corte, por lo que podíamos concluir que el sujeto había desarrollado un trastorno de ansiedad generalizada. En la post-evaluación el sujeto obtiene una puntuación de 26, por tanto ha disminuido considerablemente la ansiedad generalizada y ya no se encuentra en el punto de corte. En el BDI-II, el sujeto no obtuvo una puntuación con la cual pudiéramos

considerar que tenía depresión aún así ha bajado 6 puntos, siendo el punto de corte de 14-19 para una depresión leve, por lo que ha habido una mejora en su estado de ánimo. En la escala PNA, la afectividad positiva ha aumentado ya que el sujeto ha pasado de obtener una puntuación de 6 a 11 aproximándose al punto de corte siendo este de 12 puntos, en cambio la afectividad negativa ha disminuido de 12 puntos a 9, siendo el punto de corte de 14 puntos, por lo que también hemos obtenidos unas puntuaciones positivas. En la escala IU, Escala de Intolerancia a la Incertidumbre, la puntuación inicial fue de 72 puntos disminuyendo tras la intervención hasta 47 puntos, siendo el punto de corte de 71, por lo que ha desarrollado mayor tolerancia a la incertidumbre. En la escala EAR, Escala de Autoestima de Rosenberg, la primera vez que la utilizamos con el sujeto obtuvimos una puntuación de 26, quedándose muy cerca del punto de corte, la puntuación tras la post-evaluación ha aumentado a 30 puntos, considerándose una autoestima baja la puntuación menor a 25 puntos. En el SPS, el sujeto obtuvo una puntuación de 48 la primera vez que realizó la escala, esta vez ha obtenido una puntuación de 19, siendo la puntuación de corte de 29 puntos por lo que ha bajado significativamente la ansiedad social de actuación. En la escala SIAS también ocurre lo mismo, en la pre-evaluación el sujeto obtuvo una puntuación de 65 y en la post-evaluación una puntuación de 30, siendo el punto de corte de 34 puntos, por lo que también se puede observar una disminución significativa de la puntuación relacionada con la ansiedad social de interacción. Por último, en la escala SPAI-B el sujeto obtuvo en un primer momento una puntuación de 42.75 la cual se ha modificado a 23.7, encontrándose el punto de corte en la puntuación 24, por lo que ya no supera el punto de corte en el posttest y se constata una disminución significativa de su sintomatología de ansiedad social.

9. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos podemos afirmar que se hemos conseguido el resultado esperado tras aplicar el protocolo de intervención (IJAFS; García-López et al., 2006). El sujeto ha mejorado en el trastorno principal que era la ansiedad social, tanto de interacción como de actuación. Tras la mejora del trastorno principal, hemos podido observar una evolución positiva en las demás áreas que de un

modo secundario también se encontraban afectadas, como la tolerancia a la incertidumbre la cual ha aumentado favorablemente y la ansiedad generalizada que ha descendido. Aunque en la pre-evaluación pudimos observar que el estado de ánimo y la autoestima del sujeto no se encontraban afectadas, al trabajar las distintas áreas y mejorar en el trastorno principal estas últimas aumentaron su puntuación. También ha mejorado en sus habilidades de asertividad llamativamente. Hemos conseguido que su afecto positivo aumente y que en cambio su afecto negativo se reduzca.

Aún examinando y exponiendo todos estos avances y puntuaciones positivas, hemos de hacer autocrítica ya que aún quedan puntuaciones por mejorar y áreas que trabajar. Por ejemplo, el sujeto mejora drásticamente su asertividad pero una puntuación de -8 es aún mejorable y se podría seguir avanzando para mejorar sus habilidades asertivas. Esto también ocurre con la afectividad negativa y la afectividad positiva, aunque han descendido y aumentado congruentemente, podríamos haber logrado una puntuación más alta. Por último, aunque en los inventarios que evalúan la ansiedad social de interacción y de actuación han descendido positivamente, en el Inventario SPAI-B la puntuación obtenida en la post-evaluación es muy cercana al punto de corte por lo que deberíamos aumentar el número de sesiones y continuar el trabajo comenzado con el sujeto, intentando así que esta puntuación decrezca.

Al finalizar la intervención con Manuel tomamos consciencia de la importancia que tenía realizar este protocolo con adolescentes o población joven para que lográsemos evitar el desarrollo de un trastorno de ansiedad con tanta comorbilidad con otros trastornos psicológicos y que afecta tanto en las diferentes áreas de la vida de una persona, por lo que creímos oportuno proponer al ayuntamiento de Murcia la posibilidad de realizar el protocolo en grupo con jóvenes murcianos. Recurrimos a las estadísticas y datos expuestos al comienzo de nuestro trabajo para mostrarles la importancia que tenía poder realizar este tipo de protocolos antes de que se desarrollara el trastorno. Comentamos nuestra idea a Manuel y la posibilidad de que acudiera al protocolo como nuestro cómplice, aportándole la posibilidad de que se expusiera socialmente a las situaciones temidas, repasara como oyente los conceptos adquiridos, aumentara su red social y se validara de una forma positiva ayudando a otras personas que sufren una situación parecida a la suya. En el momento de la entrega de este trabajo nos mantenemos a la espera de la valoración y aprobación del proyecto por parte de la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Murcia.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Acarturk, C., de Graaf, R., Van Straten, A., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(4), 273-279.
- Acarturk, C., Smit, F., De Graaf, R., Van Straten, A., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: a model for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(1), 62-70.
- Acarturk, C., Smit, F., De Graaf, R., Van Straten, A., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 421-429.
- Acarturk, C., Smit, F., De Graaf, R., Van Straten, A., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: a model for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(1), 62-70.
- Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 393-400.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2012). Utilização do Inventário de Habilidades sociais no diagnóstico do transtorno de ansiedade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 467-476.
- Bados, A. L. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. *Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>*.
- Behar, R. A., Manzo, R. G., & Casanova, D. Z. (2006). Lack of assertiveness in patients with eating disorders. *Revista médica de Chile*, 134(3), 312-319.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical psychology review*, 31(7), 1198-1208.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological assessment*, 9(1), 21.
- Buckner, J. D., Ecker, A. H., & Proctor, S. L. (2011). Social anxiety and alcohol problems: The roles of perceived descriptive and injunctive peer norms. *Journal of anxiety disorders*, 25(5), 631-638.

- Burstein M, He JP, Kattan G, Albano AM, Avenevoli S & Merikangas KR. (2011). Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ; 50:870-80.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Irturtia, M. J., Olivares, J., & Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 375-399.
- Cederlund, R. (2013). *Social anxiety disorder in children and adolescents: assessment, maintaining factors, and treatment* (Doctoral dissertation, Department of Psychology, Stockholm University).
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Cox, B. J., Turnbull, D. L., Robinson, J. A., Grant, B. F., & Stein, M. B. (2011). The effect of avoidant personality disorder on the persistence of generalized social anxiety disorder in the general population: results from a longitudinal, nationally representative mental health survey. *Depression and anxiety*, 28(3), 250-255.
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Treatment-seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. *Psychiatry Research*, 187(3), 375-381.
- Eaton, W. W., & Kessler, L. G. (Eds.). (2012). *Epidemiologic field methods in psychiatry: the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*. Academic Press.
- de Behrends, M. R., & Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. *Interdisciplinaria*, 32(2), 261-274.
- Delgado, B., Aparisi, D., García-Fernández, J. M., Torregrosa, M. S., Estévez, E., Marzo, J. C., & Inglés, C. J. (2018). Academic goals and learning strategies in secondary education Spanish students with social anxiety/Metas académicas y estrategias de aprendizaje en estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria con ansiedad social. *Estudios de Psicología*, 39(1), 58-80.
- Delgado, B., Inglés, C. J., Aparisi Sierra, D., García-Fernández, J. M., & Martínez-Monteagudo, M. C. (2018). Relación entre la Ansiedad Social y las Dimensiones de la Personalidad en Adolescentes Españoles.
- García-López, L. J. (2013). *Tratando... trastorno de ansiedad social*. Piramide.
- García-López, L. J., Beidel, D., Muela-Martinez, J. A., & Espinosa-Fernandez, L. (2016). Optimal cut-off score of Social Phobia and Anxiety Inventory-Brief Form: Detecting DSM-5 social anxiety disorder and performance-only specifier.
- García-López, L. J., Bonilla, N., & Muela-Martinez, J. A. (2016). Considering comorbidity in adolescents with social anxiety disorder. *Psychiatry investigation*, 13(5), 574.
- García-López, L. J., Irturtia, M. J., Caballo, V. E., & del Mar Díaz-Castela, M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Psicología conductual*, 19(1), 223.

- González, M., Ibáñez, I., García, L., & Quintero, V. (2018). El “Cuestionario de preocupación y ansiedad” como instrumento de cribado para el trastorno de ansiedad generalizada: propiedades diagnósticas. *Psicología Conductual*, 26(1), 5-22.
- Instituto Nacional de Excelencia en la Atención y la Salud [NICE], (2013)
- Kessler, R. C., & Ustun, T. B. (2008). The WHO Mental Health Surveys. *Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184.
- Knappe S, Sasagawa S, Creswell C. Developmental Epidemiology of Social Anxiety and Social Phobia in Adolescents. In: Ranta M, La Greca AM, Garcia-Lopez LJ, Marttunen M, editors. Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, Manifestation and Intervention Strategies. Cham: Springer International Publishing; 2015. pp. 39–70.
- Knappe, S., Sasagawa, S., & Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. In *Social anxiety and phobia in adolescents* (pp. 39-70). Springer, Cham.
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8.
- Koyuncu, A., Ince, E., Ertekin, E., Çelebi, F., & Tükel, R. (2019). Is there a prodrom period in patients with social anxiety disorder? A discussion on the hypothesis of social anxiety disorder development secondary to attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 1-9.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 455-470.
- McGinn, L. K., & Newman, M. G. (2013). Status update on social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 88-113.
- Moral, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia ergo sum*, 18(2), 117-125.
- Morejón, A. J. V., Jiménez, R. V. M., & Zanin, G. B. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., & Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: sustained improvement at 5-year follow-up. *Journal of anxiety disorders*, 25(8), 994-1000.

- Olivares Rodríguez, J., Piqueras Rodríguez, J. A., & Rosa Alcázar, A. I. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Terapia Psicológica*, 24(1).
- Olivares-Olivares, P. J., Montesinos, L., Rosa-Alcazar, A., & Maciá, D. (2015). Efectos del terapeuta en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(1), 234-242.
- Olivares-Olivares, P. J., Olivares-Rodríguez, J., & Rosa-Alcazar, A. I., (2008). Does individual attention improve the effect of group treatment of adolescents with social phobia?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2).
- Ortiz, P. (2015). *Efectos del entrenamiento en habilidades sociales en la intervención en adolescentes con fobia social generalizada* (Doctoral dissertation, Tesis para optar el doctorado, Universidad de Murcia. Recuperado <https://digitum.um.es>).
- Padros-Blazquez, F., Gonzalez-Betanzos, F., Martinez-Medina, M. P., & Wagner, F. (2018). Psychometric Characteristics of the Original and Brief Version of the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) in Mexican Samples. *Actas espanolas de psiquiatria*, 46(4), 117-124.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., & Amigo Vázquez, I. (2018). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Comercial Grupo ANAYA, SA.
- Perroud N, Baud P, Preisig M, et al. (2007). Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *Bipolar Disord*.
- Piqueras, J. A., Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., & Beidel, D. C. (2012). Validación del "Inventario de ansiedad y fobia social-forma breve"(SPAI-B) en jóvenes adultos españoles. *Psicología conductual*, 20(3), 505.
- Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del psicólogo*, (77).
- Ran, G., Zhang, Q., & Huang, H. (2018). Behavioral inhibition system and self-esteem as mediators between shyness and social anxiety. *Psychiatry research*, 270, 568-573.
- Ranta M, La Greca AM, Garcia-Lopez LJ, Marttunen M. Introduction. In: Ranta M, La Greca AM, Garcia-Lopez LJ, Marttunen M, editors. *Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, Manifestation and Intervention Strategies*. Cham: Springer International Publishing; 2015. pp. 1–7.
- Ranta, K., La Greca, A. M., Garcia-Lopez, L. J., & Marttunen, M. (Eds.). (2015). *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies*. Springer.
- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., & Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Ruiz, F. J., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J. C. (2018). Penn State Worry Questionnaire-11 validity in Colombia and factorial equivalence across gender and

- nonclinical and clinical samples. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 34(3), 451-457.
- Salazar, I. C. (2013). *Fiabilidad y validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social en adultos* (Doctoral dissertation, Universidad de Granada).
- Sanz, J., Vera, G., Paz, M., Espinosa, R., & Fortún, M. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinical and Health*, 16(2), 121-142.
- Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M., Sagduyu K., Frank E., Sachs G.S., Nierenberg A.A., Thase M.E., Pollack M.H, (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for BD.
- Toro, R., Nieto, T., Mayorga, N., & Montaña, L. (2012). Ansiedad clínica: Instrumentos de auto-reporte más usados en población adulta. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 173-183.
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- WHO. (2018). International classification of diseases. Mental and behavioural disorders. Geneva: World Health Organization.
- Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 50-57.
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Principlace, K., Liebowitz, M. R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 12-19.
- Yáñez-Yaben, S., Comino, P., & Sansinenea, E. (2014). La PNA-10, una escala breve para evaluar el afecto positivo y negativo en español. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 327-343.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., & Sierra, J. C. (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), 57-81.

11. ANEXOS

Actividades de ocio y tiempo libre

(Domingo y Rascón, 2000)

ANEXO

II

Fecha	Actividad realizada	Grado de satisfacción experimentado ¹	Pensamientos negativos detectados ²	Valoración del dominio de la actividad realizada ¹	Sensaciones experimentadas
20/1/11	Salir a tomar algo a un bar	3	No tener nada de lo que hablar	4	Agobio, sudor
11/1/11	Salir a comer	7	"	6	Náuseas
13/1/11	Jugar a rol	5	Hiedo a quemado, a no tener imaginación	3	Aburrimiento, náuseas
11/3/11	Jugar al balonmano	4	No sirvo para esto	2	Mareo
17/3/11	Jugar a juego de mesa	6	Jugamos lento por mi culpa	5	Náuseas
18/3/11	Comprar regalo / cenar	5	—	5	Sudor, mareo
19/3/11	Cena de cumpleaños	2	Me siento aburrido, no hablo con nadie	3	Náuseas, mareo, sudor, agobio
10/3/11	Conducir / ir a comer	7	Seguro que provoqué un accidente	6	Sudor
12/3/11	Dar regalo / tomar una cerveza	7	—	6	Mareo
21/3/11	Jugar a juego de mesa	7	—	7	Sudor
24/3/11	Subir una montaña	5	Atraso al grupo	4	Mareo / sudor
27/3/11	Ir al cine	6	—	7	Mareo

¹ Valora entre 0 (ninguna) y 10 (máxima)

² Describelos.

ANEXO I

Evolución de la ansiedad antes y después de las sesiones. (Covares, Muñoz y Piqueras, 2001)

ANEXO III

Para seguir la evolución de la ansiedad durante el curso, vas a anotar cada día los niveles de ansiedad experimentados por ti antes de comenzar la sesión y cuando ésta haya terminado.

		NÚMERO DE LA SESIÓN											
		1.ª	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	6.ª	7.ª	8.ª	9.ª	10.ª	11.ª	12.ª
ANSIEDAD EXPERIMENTADA	10												
	9												
	8												
	7												
	6												
	5												
	4	x				x							
	3		x		A				x				
	2	x	x			x		x		x			
	1			x	x	x		x	x	x	x		
	0											x	x
		A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D

A = Antes, en el momento en el que se inicia la sesión.
D = Después, cuando está terminando la sesión.

ANEXO II