

**DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD SOCIAL EN  
ADULTOS**

**TRABAJO DE GRADO**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA  
ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN  
BOGOTÁ D.C., MAYO 2018**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD SOCIAL EN  
ADULTOS**

**TRABAJO DE GRADO**

**Ps. MSc. IVONNE EDITH ALEJO CASTAÑEDA**  
**ASESORA**

**Viviana Alexandra Cepeda González (425659)**

**Lina María Correa Gutiérrez (425562)**

**María Clara Escamilla Osorio (425575)**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA**  
**ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN**  
**BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2018**



## Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:  
**Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)**

Para leer el texto completo de la licencia, visita:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/co/>

### Usted es libre de:

Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

hacer obras derivadas



### Bajo las condiciones siguientes:



**Atribución** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



**No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

## **Agradecimientos**

En este gran paso queremos elevar la gratitud y reconocimiento a la Universidad Católica de Colombia, al Decano y a la Facultad de Psicología. A los docentes que acompañaron este camino, a nuestra asesora Ivonne Alejo y demás personas que intervinieron en el proceso y ejecución de nuestro trabajo de grado.

Un especial agradecimiento a Fernando Cepeda Sánchez y a Diego Alejandro Rivera Mora por su creatividad y apoyo para el diseño de este trabajo.

## **Dedicatoria**

Estando a puertas de recibir un título profesional como psicólogas nos sentimos muy orgullosas de todo el trabajo, sacrificios y esfuerzo arduo que se ha realizado hasta el momento, nos detenemos un momento y miramos hacia atrás y nos damos cuenta que el camino no ha sido fácil pero que hemos tenido personas a nuestro alrededor que han ayudado hacer este sueño posible, en primer lugar nuestras familias, Dios, profesores y asesores, quienes con sus conocimientos y experiencias día a día fueron un modelo a seguir, compañeros y amigos que han estado ahí a lo largo de todo este proceso y nos han motivado a seguir trabajando de la mano o con una palabra amiga. Es aquí en donde podemos ver el resultado de estos años y sentirnos orgullosas de poder haber llegado hasta este punto.

Este trabajo está dedicado a mis padres que con su esfuerzo, dedicación y apoyo día a día ayudaron hacer este sueño posible, a ellos y a Dios que me han guiado durante este largo camino a sortear los obstáculos de la mejor manera y hoy día poder estar a puertas de ser profesional en psicología.

*Lina M. Correa Gutiérrez*

Este trabajo está dedicado a mi familia, quienes gracias a su esfuerzo y apoyo constante me ayudaron a cumplir este logro personal y profesional, brindándome las herramientas necesarias para lograr alcanzar las metas que me propongo cada día.

*María Clara Escamilla Osorio.*

Este trabajo está dedicado en primer lugar a Dios y a mi familia, quienes por medio de su apoyo me alentaron a seguir adelante, enseñándome a amar y a valorar mi carrera, permitiéndome llegar a este punto de mi vida, cumpliendo así mis sueños y metas.

*Viviana Alexandra Cepeda González*

## Tabla de contenido

Resumen, 1

Justificación, 2

La ansiedad como problemática, 3

Aproximación al concepto de Fobia o Ansiedad Social, 13

Objetivos, 29

Objetivo General, 29

Objetivos Específicos, 29

Estudio del Mercado, 30

1. Objetivo General del Estudio de Mercado, 30
  2. Objetivos Específicos del estudio de Mercado, 30
  3. Descripción del producto, 31
  4. Nombre, logo, 32
  5. Producto básico, 33
  6. Producto real, 33
  7. Producto ampliado, 35
  8. Clientes – segmentación, 36
  9. Mercado potencial, 36
  10. Mercado objetivo, 36
  11. Mercado meta, 38
  12. Competencia, 41
  13. Directa, 41
  14. Sucedánea, 41
  15. Canal de distribución, 43
  16. Resultados del estudio de Mercado, 43
  17. Discusión del estudio de Mercado, 55
  18. Presupuesto, 58
- Resultados, 59
- Conclusiones, 171
- Referencias, 175

Apéndices, 181

## **Lista de tablas**

Tabla 1. Datos demográficos de las personas que respondieron la encuesta de mercado, 43

Tabla 2. Presupuesto del producto ANSÍA, 57

## Lista de figuras

- Figura 1. Logo-símbolo y slogan del producto ANSÍA, 31
- Figura 2. Descripción del mercado potencial, porcentaje de universidades en Colombia, 35
- Figura 3. Descripción del mercado objetivo, porcentaje de universidades en Bogotá, 37
- Figura 4. Mapa localidad de Chapinero. Fuente Alcaldía Local de chapinero (2018), 38
- Figura 5. Descripción mercado meta, porcentaje universidades localidad chapinero, 39
- Figura 6. Descripción y Porcentaje de la competencia sucedánea, 42
- Figura 7. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 1, 44
- Figura 8. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 4, 44
- Figura 9. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 5, 45
- Figura 10. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 6, 46
- Figura 11. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 7, 46
- Figura 12. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 8, 47
- Figura 13. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 9, 47
- Figura 14. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 10, 48
- Figura 15. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 11, 49
- Figura 16. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 12, 49
- Figura 17. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 14, 50
- Figura 18. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 15, 51
- Figura 19. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 16, 51
- Figura 20. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 17, 52
- Figura 21. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 18, 52
- Figura 22. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 19, 53
- Figura 23. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 20, 53

## **Lista de Apéndices**

Apéndice A. Encuesta de Mercadeo, 182

## **Diseño de un programa para el manejo de ansiedad social en adultos**

### **Resumen**

El presente trabajo, tiene como objetivo diseñar programa para la atención clínica en el manejo de ansiedad social en adultos entre los 20 y 40 años. Este programa estará desarrollado por medio de dos cuadernillos de trabajo que ayude a la persona a tener un papel activo dentro de su proceso, se hace en un segundo nivel de prevención, de esta manera el cuadernillo será una herramienta de primera mano para el trabajo con el terapeuta dentro y fuera de la sesión. Uno de los cuadernillos será para el consultante y otra para el profesional en psicología.

Este programa se realiza, debido a que según la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015) indica que los trastornos de ansiedad se encuentran dentro de las patologías mentales más frecuentes en adultos. Se ha mencionado que en el transcurso de un año 1 de cada 25 personas mayores de 18 años ha tenido un problema de salud mental bien sea relacionado con la ansiedad o con el estado de ánimo. Respecto a la fobia social se sabe que inicia en la adolescencia y afecta todas las áreas de ajuste de las personas que lo tienen. Si no se le da un tratamiento adecuado o pasa inadvertido puede tener un curso crónico a lo largo de la vida del paciente. Se ha identificado que este trastorno tiene un impacto económico en la vida adulta en donde disminuyen la posibilidad de ascender en estrato socioeconómico, ingresos familiares bajos, altas tasas de desempleo, consumo de sustancias. Sin embargo, si se tiene una detección temprana y un tratamiento adecuado se puede garantizar un mejor funcionamiento en la edad adulta (Ministerio de Salud, 2015).

Palabras Clave: Ansiedad (SC 03315), Intervención (SC 54190-78), Ansiedad Social (SC 03315-85), Adultos (SC 01160).

## **Justificación**

La ansiedad es una parte normal de la vida de las personas, es muy probable que las personas sientan ansiedad ante un problema en el trabajo, presentar un examen, tomar una decisión importante. Sin embargo, la ansiedad se puede convertir en una problemática en donde esta no desaparece y se puede convertir en un problema con el tiempo que va más allá de una simple preocupación o miedo temporal. La ansiedad como problemática o trastorno puede interferir con las actividades cotidianas de las personas afectando sus diferentes áreas de ajuste (National institute of mental health, 2016). La ansiedad se puede definir como “una respuesta a situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta que pone al individuo en un estado de defensa ante situaciones diversas, en una situación de temor desagradable constante” (Camacho & Mamani, p. 1788, 2013). La ansiedad normal nos sirve como un estado de defensa, sin embargo, llega a ser patológico cuando altera el comportamiento del individuo en todas sus áreas de ajuste de manera cotidiana, es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

La ansiedad como problemática tiene una clasificación o unos subtipos en donde encontramos la ansiedad generalizada, trastornos de pánico, trastornos de estrés postraumático, diferentes fobias en las que se podría incluir la ansiedad o fobia social. La problemática de interés abordada en este trabajo es la ansiedad social que se puede definir como el malestar generado a una persona en diversas situaciones sociales que involucren interacción con los demás, se presente una situación de evaluación o ser juzgado por los demás (Social anxiety institute, 2016) concepto el cual se ampliará en párrafos posteriores.

Cabe resaltar, que se debe hacer la diferenciación entre ansiedad como estado emocional y como rasgo de personalidad, para esto, Spielberger (1966, 1972, 1989; citado en Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo, 2012) propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961 citado en Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo, 2012). La ansiedad-estado, según Spielberger (1972) citado en Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo (2012), es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, que tiene como principal característica, una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por otra parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. La ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. Las personas que presentan alto grado de ansiedad-rasgo tienden a percibir un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a padecer ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son percibidos como intensamente molestos; por lo que, si una persona no puede evitar el estrés, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. (Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo, 2012).

De acuerdo con lo anterior, la ansiedad según Perls et al (1951/2002) citado en Ceballos (2014) es el resultado de la interrupción de la excitación, la inhibición de esta excitación puede ser causa de una decisión voluntaria, una inhibición funcional, dando como resultado, una situación inconclusa. Sin embargo, ni la situación inconclusa ni la inhibición voluntaria son los elementos que desencadenan la neurosis (Müller-Granzotto y Müller-Granzotto, 2009 citado en Ceballos, 2014). Esta delimitación es clave porque

permite establecer una diferencia entre ansiedad normal y ansiedad patológica, y también, ayuda a determinar el proceso de cambio de una hacia la otra, y llegar a la conceptualización de un trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad se pueden diferenciar por los estímulos, objetos o situaciones que pueden generar el temor o las respuestas de ansiedad (conductas o cogniciones). Estos trastornos suelen ser comórbidos entre sí, sin embargo, hay criterios o líneas muy delgadas que ayudan a diferenciarlos bien sea por el estímulo que los causó, conductas evitativas o creencias. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Hay una prevalencia mayor entre los 15 y 45 años, en donde se identifica que hay mayor cantidad de mujeres con trastornos relacionados a la ansiedad que hombres (Morales et al, 2005). En algunas ocasiones se presentan los trastornos de ansiedad junto con trastornos depresivos haciendo más complejo su tratamiento. Según Morales et al (2005) el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma separada, pueden tener un curso crónico como fluctuante. La aparición de un trastorno relacionado a la ansiedad se suele asociar con la presencia de algún evento adverso para el paciente.

Entre el cuadro clínico o síntomas comunes de la ansiedad se encuentran a nivel fisiológico: Sentirse nervioso, inquieto o tenso, tener un aumento en la frecuencia cardíaca, hiperventilación, transpiración, temblor, sentirse débil o cansado, problemas gastrointestinales, problemas dermatológicos, e incluso problemas relacionados a trastornos del sistema inmune como la artritis reumatoide (National institute of mental health, 2016). A nivel mental o psicológico se presentan alteraciones en el estado anímico, generar algún tipo de adicción, trastornos de la alimentación o sueño, pérdida de control de impulsos, inquietud interna, miedo a perder el control de las situaciones, sentimientos de inseguridad, temor a la muerte (Camacho & Mamani, 2013). Según Camacho & Mamani (2013) a nivel comportamental se presentan otra serie de síntomas tales como: estados de hipervigilancia, dificultad para reaccionar de manera adecuada ante situaciones que lo requiera. Se puede presentar alguna alteración a nivel cognitivo tales como dificultad en el procesamiento de la información, errores en el pensamiento, distorsiones cognitivas, dificultades para guardar información y prestar atención.

En los trastornos relacionados a la ansiedad encontramos teorías explicativas que nos ayudan a comprender la adquisición, inicio y mantenimiento de la problemática, basándose en las propuestas conductuales o del aprendizaje, en el componente cognitivo y a nivel biológico. En primera instancia las teorías relacionadas con el aprendizaje está el *Condicionamiento clásico* Watson y Rayner la cual nos indica que tras los experimentos que realizaron estos dos autores con el pequeño Albert, la ansiedad la denominan como “una respuesta emocional condicionada negativa aprendida por los principios de condicionamiento pavloviano” (Watson & Rayner (1920) como se cita en Chorot, Sandín & Valencia, 2010). Watson y Rayner formulan su teoría con base en el condicionamiento clásico explicando que cualquier estímulo o situación denominado EN (estímulo neutro) tiene la capacidad de evocar una respuesta de miedo (principio de equipotencialidad), dada una asociación con un estímulo aversivo o nocivo (EI o incondicionado que si tiene esas propiedades para elicitar esa respuesta de miedo de manera natural). Posterior a esta asociación el EN se podrá convertir en EC (estímulo condicionado) de miedo por lo que ante la aparición de este se evocará la RC (respuesta condicionada) de miedo. Este modelo tiene 3 características fundamentales: la repetición, nos indica que entre más veces se de la asociación entre EC y EI se incrementara la RC de miedo, la intensidad y otros estímulos neutros similares (Chorot et al, 2010).

Entre las críticas recibidas a este modelo se encuentra que no cualquier estímulo puede ser condicionado como lo menciona el principio de equipotencialidad, en segundo lugar, no necesariamente se necesita de un evento traumático para que se presente el condicionamiento y por último no explica la no- extinción de la RC en ausencia de reforzamiento (Belloch et al. 2009).

Otra teoría que surge de igual manera para la década de los 70 es *Condicionamiento clásico y operante* denominada como modelo bifactorial mediacional de Mowrer. Mowrer en 1939 formuló un modelo en donde se apoya en el paradigma de la evitación activa “el sujeto aprende a escapar del estímulo elicitor de miedo y a evitar el estímulo incondicionado” (Belloch et al, 2009, p. 93). Este modelo de Mowrer se divide en dos fases, la fase inicial consta de un condicionamiento clásico (EN se asocia a un EI se convierte en EC y elicita una RC) este estímulo condicionado se convierte en un estímulo discriminativo (ED) de la respuesta de evitación, que da como resultado la finalización de

la RC o negativa lo cual es reforzante para la persona (Domínguez et al, 2010). Este modelo nos ayuda a explicar porque se mantiene la respuesta de ansiedad lo cual está dado por la evitación que realiza la persona, ya que esta respuesta de miedo o condicionada tiene propiedades motivacionales de drive, es decir, este miedo es el que causara la respuesta de evitación o escape.

Sin embargo, tras las críticas recibidas y los nuevos conocimientos que se van adquiriendo surgen las *Alternativas operantes no mediacionales* con la denominada teoría de la señal de seguridad. Esta teoría ha estado apoyada por diferentes autores, entre ellos Bolles y Rachaman (1970, 1984) (como se cita en Belloch et al, 2009) nos indica que la conducta de evitación se produce más en condiciones de refuerzo positivo que de refuerzo negativo, aquí lo que sucede es que la persona se acerca aquellos estímulos que generan o señalan seguridad, pasando por un estado de aproximación- relajación alejándose de aquellos estímulos aversivos, esta evitación entraría actuar como un reforzador positivo.

Siguiendo la línea del aprendizaje *Hernstein* (1969) va a plantear la *Teoría del estímulo discriminativo*, esta teoría nos indica que el EC no va a señalar peligro, más que eso se trata de un estímulo discriminativo es decir la persona aprenderá a discriminar estímulos más que evitar los EC, en pocas palabras hace referencia a que los EC dan la señal o pauta para que la persona emita la respuesta de evitación. El mantenimiento de esta conducta está dado por el refuerzo producido por la supresión del EI (Belloch et al., 2009). Como se ha observado las teorías se van criticando, pero a la vez se van complementando y retroalimentando, se tiene el ejemplo de las *Alternativas operantes mediacionales* en donde esta propuesta surge a partir de los principios dados en el modelo bifactorial de *Mowrer*, en donde en primera instancia *Solomon y Wayne* plantean dos principios que tratan de explicar por qué se resiste la extinción de la conducta de evitación. El primer principio trata de la *conservación de la ansiedad* en donde *Belloch et al.*, (2009) indica que la persona presenta latencias cortas de la respuesta de evitación, es decir, se expone por periodos muy cortos, ante el mínimo malestar la persona evita la situación lo que lleva a que no se produzcan las respuestas autónomas de ansiedad al EC, se conservan las respuestas y así no se produce la extinción. El segundo principio es la *irreversibilidad parcial*, este principio nos indica que cuando la persona tiene reacciones de miedo muy intensas, es RC serán muy difíciles de extinguir (Domínguez et al., 2010).

Posterior a ello Levis da a conocer una propuesta actual del modelo bifactorial de Mowrer en donde involucra los conceptos de complejidad y serialidad del EC, esto quiere decir que la respuesta se seguirá presentando así el EC esté presente por un periodo de tiempo muy corto. De igual manera nos indica que los ECs estarán ordenados serialmente. De acuerdo con Kimmel y Brennan (1981) se plantean unas *influencias operantes sobre las respuestas autónomas*, los puntos esenciales de este modelo parten de existe una primera fase en donde se da un condicionamiento pavloviano, los EC son compuestos, se forman agrupaciones de estos estímulos y tienen la capacidad de elicitar reacciones autónomas. La respuesta autónoma condicionada “será reforzada negativamente de manera mágica” (Belloch et al., 2009, p. 96) por tanto la persona lo que va a hacer es recrear las condiciones que favorezcan el reforzamiento. Se refuerzan las respuestas autónomas ya que se asocian a un “factor de protección” que lo previene de la aparición del EI.

Con lo que respecta a las teorías relacionadas al aprendizaje después de retroalimentar las diferentes propuestas y alternativas surgen la teoría de la *preparación e incubación*, en donde esta primera propuesta por Seligman nos va a indicar que el organismo está preparado a nivel evolutivo para asociar ciertos estímulos con mayor facilidad y otros con más dificultad. Marks (1969) como se cita en Belloch et al., (2009) propone el concepto de prepotencia que hace referencia a cómo ciertos estímulos filogenéticamente nos generan una mayor activación o llaman más nuestra atención. Seligman teniendo en cuenta este concepto, es quien propone esta teoría en oposición al principio de equipotencialidad.

Esta teoría Seligman en primera instancia la aborda desde el aprendizaje general para después aplicarlo a la adquisición de fobias. Según Belloch et al., (2009) Seligman define las dimensiones de la preparación a partir de las características de los eventos asociativos es decir el número de veces que se necesite que aparezca el EI para condicionar el estímulo y se de la asociación, siendo así tenemos estímulos preparados (la respuesta está dada filogenéticamente y puede bastar con una sola experiencia para que se de la asociación), no preparados (requiere un mayor número de repeticiones para que se logre dar la asociación) y contrapreparados (por más repeticiones o ensayos que se haga no se genera la asociación o la respuesta de ansiedad).

Seligman (1971) (como se cita en Belloch et al., 2009) menciona que las fobias poseen cuatro propiedades: la *selectividad* es decir que las fobias están más ligadas a ciertos estímulos que a otros, unos estímulos o situaciones producen más miedo o fobias que otros. La *fácil adquisición* las fobias pueden adquirirse con un solo ensayo y no necesariamente debe estar presente un evento traumático. *Resistencia a la extinción* debido a que las fobias no suelen extinguirse y la *irracionalidad* en donde hay una desproporción entre el peligro real del estímulo y la respuesta de ansiedad.

En segunda instancia como se mencionó está la *teoría de la incubación* la cual surge por la necesidad de mejorar las teorías explicativas sobre el condicionamiento de la ansiedad centrándose en el concepto de incubación. Eysenck (1979, 1985) es quien postula dicha teoría, lo que busca él es la explicación de la persistencia y aumento de la respuesta de ansiedad sin la necesidad de un reaprendizaje sostenido por la presencia de EI (Domínguez, 2010). La teoría de la incubación nos dice que la ansiedad se adquiere y mantiene de acuerdo a los principios del condicionamiento pavloviano de tipo B, en este tipo de condicionamiento RC y EI son muy similares. La mera presentación del EC no lleva la extinción de la RC a diferencia de como lo indica la ley de extinción.

Postula que la desensibilización sistemática y la inundación son eficaces para reducir la ansiedad, enfatiza en la intensidad de la RC y el tiempo de exposición del EC y de esta manera logra explicar la existencia de posibles casos de incremento paradójico o no reducción de la ansiedad (Belloch et al., 2009). Según Belloch et al., (2009) el modelo establece un concepto de punto crítico el cual determina la fuerza de la respuesta y duración del tiempo de exposición del EC en donde la fuerza de la respuesta puede aumentar o disminuir de acuerdo al tiempo de exposición del EC. La exposición prolongada lleva a la respuesta a su punto crítico o su máximo nivel y es ahí en donde comienza a disminuir gradualmente la respuesta, mientras que cuando se da una exposición corta del EC se lleva a la incubación de la ansiedad.

Sin embargo, diferentes teóricos de otras corrientes o enfoques no les eran suficiente las explicaciones que se estaban dando al respecto sin importar las críticas, mejoras o retroalimentación realizada a las teorías anteriormente mencionadas, por lo cual se comienzan a incluir aspectos de tipo cognitivo. En primer lugar, está el *modelo de la Expectativa de la Ansiedad de Reiss*, este modelo se encuentra basado en algunos de los

supuestos del neo condicionamiento propuesto por Pavlov, como, por ejemplo, que no necesariamente se debe dar una asociación por aproximación del EC y el EI para dar explicación al miedo. Este modelo hace una diferencia entre las expectativas de ansiedad y las expectativas de peligro. A pesar de ser un modelo pavloviano-cognitivo, relaciona e intenta unir aspectos del condicionamiento operante, como lo son, el reforzamiento negativo y el auto-reforzamiento. Es decir, lo que se aprende en el condicionamiento son las expectativas de ansiedad y las expectativas de peligro (Belloch et al., 2009).

En una primera revisión de este modelo, Reiss junto a McNally, acuñan el concepto de *sensibilidad a la ansiedad*, asociado al ataque de pánico. Luego, en la segunda revisión, Reiss hace énfasis, e involucra la sensibilidad a la ansiedad como un factor de vulnerabilidad para desarrollar o mantener los trastornos de ansiedad en general (Belloch et al., 2009).

Siguiendo estas nuevas posturas está la *reevaluación del EI de Davey* en donde Según Belloch et al., (2009) Davey, propone que la fuerza de la RC tiene una dependencia tanto de los procesos asociativos integran el EC Y el EI, como de aquellos procesos que conducen al individuo a realizar una reevaluación del EI, dando como resultado, cambios drásticos en la fuerza de la RC, sin importar la experiencia con la contingencia EC- EI. Al asociarse el EC al EI, *se elicitaba una representación cognitiva del EI*. La representación cognitiva, se evalúa o se valora y el resultado de dicha valoración es lo que establece la fuerza o en algunas ocasiones la forma de la RC. Luego, en una revisión al modelo, Davey introduce *la expectativa de resultado*, en donde los sujetos valoran la relación entre la señal (EC) y el resultado (EI), esto lo hace por medio de la asimilación de información que para el sujeto es importante a partir de cierta cantidad de fuentes, y a partir de la base de dicha información se realiza una expectativa de resultado (EI) cuando el sujeto se expone a cierta señal (EC).

Con la corriente cognitiva se da un gran énfasis en el procesamiento de la información por lo cual Lang propone el *Procesamiento Bioinformacional*. Esta teoría se interesa principalmente en la organización de la estructura de las emociones, su base neurofisiológica y los elementos que actúan en la activación de la emoción. Para esto, propone unos niveles para darle un orden a las reacciones emocionales. El nivel inferior, el cual se encuentra dirigido por los programas emocionales, es decir, la especificidad,

también se encuentran las reacciones emocionales, las cuales se presentan como patrones específicos de acción anexas al contexto y con una topografía fisiológica y conductual determinada. En cuanto al nivel intermedio, hay una predominancia en cuanto a los programas emocionales, conformados por subrutinas de ataque, huida, búsqueda de alimentos o aproximación. Dichos programas emocionales, se asocian a las categorías emocionales de miedo, ira o tristeza. Finalmente, en el nivel superior aparecen las disposiciones dimensionales (Fuillaeart, 2015).

Para Lang, las reacciones emocionales presentan unas características comunes, estas son: la direccionalidad, la intensidad y el control. Estas características hacen parte fundamental de las tres dimensiones que organiza el mundo afectivo, llevándolo a su más alto nivel, estas dimensiones son: la valencia (agrado/desagrado), el arousal (activado/calmado) y la dominancia (controlador/controlado). Es decir, que las emociones son manifestadas como conductas específicas, cuyo origen se presentó durante la evolución comenzando como comportamientos básicos adaptativos (Fuillerat, 2015).

De acuerdo con estas teorías algo que va de manera muy estrecha son los *Sesgos Cognitivos* de los cuales Beck nos hablará, este autor planteó que la depresión y la ansiedad tienen una relación con un sesgo cognitivo equivalente con el estado de ánimo en la totalidad del procesamiento. Según Beck, hay un esquema disfuncional que hace que la ansiedad se mantenga. Las personas que presentan trastornos de ansiedad procesan información relevante de amenaza y de peligro. Es decir, las personas con este tipo de trastornos emocionales, presentan un *sesgo sistemático* para procesar de manera selectiva, información relevante al peligro personal, dando como consecuencia, una activación selectiva del esquema asociado y representado en la memoria a largo plazo. Dichos esquemas se encuentran organizados en “modos” correspondientes a distintos aspectos motivacionales (peligro, miedo, etc). Cuando un modo se activa, esta activación depende del modo actualmente dominante en el individuo (Belloch et al., 2009).

Más adelante Bower propuso la *Teoría de la Red Asociativa*, en donde indica que las emociones se representan en la memoria en nodos, como una red asociativa. Estos nodos, también tienen relación con otros tipos de información guardada en la memoria, como lo son, situaciones relevantes para dar paso a la emoción, reacciones fisiológicas, recuerdos de situaciones agradables o desagradables, etc. La hipótesis en la cual se basa

esta teoría, dice que, la activación de un nodo emocional permite que se presente más fácilmente la accesibilidad al material congruente con el estado de ánimo, y como resultado, lleva a un sesgo dirigido al procesamiento de información que sea congruente con el estado de ánimo (Belloch et al., 2009). Este autor de igual manera aporta la *Teoría de la dependencia del estado de ánimo*, en donde dice que el material que ha sido memorizado se evoca de manera más efectiva cuando hay una articulación entre las condiciones en las que se dio el aprendizaje inicialmente dicho material y las condiciones por las que se pretende recordar. Es decir, cuando se evoca el recuerdo en el momento en el que se está experimentando una emoción, está determinado en parte, por lo que la persona aprendió presentando ese mismo estado de ánimo (Belloch et al., 2009).

Para finalizar con las teorías del modelo cognitivo están el *Procesamiento Automático y Estratégico* en donde según Belloch et al., (2009), existen tres tipos de paradigmas cognitivos que han sido utilizados para investigar los sesgos atencionales en personas que presentan trastornos de ansiedad. Estos paradigmas son: a) escucha dicótica, b) prueba de stroop y c) tareas de tiempo de reacción. Se ha podido demostrar que estos tres tipos de paradigmas demuestran que es probable que haya un sesgo atencional en los pacientes con trastorno de ansiedad hacia las señales de amenaza. Y el *modelo Unitario de Procesamiento de la Información sobre la Génesis y Mantenimiento de los Tr. De Ansiedad* de Öhman. El sesgo atencional puede llegar a ser una causa de los trastornos de ansiedad debido a que: 1) las personas que presentan un alto nivel de rasgo ansioso, tienen mayor tendencia a realizar la interpretación de los estímulos como amenazantes; 2) tanto el sesgo interpretativo como el alto nivel de rasgo de ansiedad pueden incrementar la atención selectiva a eventos amenazantes generando incremento en la ansiedad; 3) el sesgo atencional, incrementa la activación fisiológica; 4) y 5) al estar asociado el sesgo atencional con el aumento de activación fisiológica, se genera condicionamiento clásico en cuanto a respuestas de ansiedad o miedo y como consecuencia se potencia la adquisición de trastornos de ansiedad; 6) es muy posible que el sesgo atencional se adquiera mediante el condicionamiento clásico y 7) al aumentar la activación fisiológica, puede haber un incremento en el trastorno de ansiedad y en la tendencia a interpretar los estímulos indefinidos como amenazantes (Belloch et al., 2009).

Cabe resaltar que diferentes autores y teóricos plantearon otra serie de teorías, pero esta vez relacionadas con los factores *biológicos* en donde se debe tener presente que no todas las personas tienen la misma vulnerabilidad biológica para desarrollar un trastorno de ansiedad, uno de los factores más importantes para padecer un trastorno de ansiedad, es el factor hereditario, ya que, en la mayoría de las ocasiones, el que los padres padezcan de algún trastorno de ansiedad aumentará la probabilidad de que los hijos lo puedan desarrollar. Así mismo hay otros aspectos biológicos que se involucran directamente con padecer ansiedad, por ello las respuestas de ansiedad están vinculadas con diversos sistemas cerebrales, la mayoría de estos se encuentran conectados a la amígdala. La amígdala se encarga de dar proyecciones hacia otras regiones del cerebro, como el hipotálamo, la amígdala genera conexiones con áreas que están implicadas en las reacciones de miedo y ansiedad. También hay otras proyecciones que conectan la amígdala con las áreas del córtex en especial con los lóbulos frontal y temporal (Zuckerman, 1992 como se cita en Schmidt, 2010).

Se ha demostrado que hay una mayor actividad en el lóbulo parietal y temporal posterior en sujetos que experimentan síntomas de ansiedad. El sistema GABA también se encuentra involucrado en la biología de los trastornos de ansiedad. Finalmente, la neurotransmisión serotoninérgica estaría involucrada en la etiología, expresión y tratamiento de la ansiedad (Schmidt, 2010).

### **Aproximación al concepto de Fobia o Ansiedad Social**

Según la OMS (2016) los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas.

El miedo a la evaluación negativa por los otros es la característica central del TAS como se enfatiza en la mayoría de los modelos cognitivos, ya que se considera como la base del temor que se presenta. Algunos individuos soportan ciertas situaciones como hay otras que llevan de manera inmediata a la conducta de evitación, sin embargo, esperan provocar una impresión particularmente positiva en los demás, pero presentan inseguridad sobre la capacidad de poder lograrlo. Se tiene que tener presente que para que una persona sea diagnosticada con TAS esta ansiedad interfiere de manera significativa en la vida del individuo y causa un malestar clínicamente significativo (D' Alessandro et al., 2013).

El trastorno de ansiedad social es el trastorno de ansiedad más común; tiene una edad temprana de inicio, entre los 11 años de edad se encuentra aproximadamente el 50% de los niños en esta edad y entre los 20 años de edad se encuentra aproximadamente el 80% de las personas. También se considera como un factor de riesgo para una enfermedad depresiva posterior y abuso de sustancias (Stein & Stein, 2008).

La Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015) nos indica que los trastornos de ansiedad son las patologías mentales más frecuentes en adultos, sin embargo, en niños y adolescentes también hay una prevalencia significativa. Se ha indicado que en el transcurso de un año 1 de cada 25 personas mayores de 18 años ha tenido un problema de salud mental bien sea relacionado con la ansiedad o con el estado de ánimo. Entre estas estadísticas se encuentra la fobia social o ansiedad social. En la fobia social se tiene que inicia en la adolescencia y afecta todas las áreas de ajuste de las personas que lo tienen. Si no se le da un tratamiento adecuado o pasa inadvertido puede tener un curso crónico a lo largo de la vida del paciente. Se ha identificado que este trastorno tiene un impacto económico en la vida adulta en donde disminuyen la posibilidad de ascender en estrato socioeconómico, ingresos familiares bajos, altas tasas de desempleo, consumo de sustancias. Sin embargo, si se tiene una detección temprana y un tratamiento adecuado se

puede garantizar un mejor funcionamiento en la edad adulta (Ministerio de Salud, 2015). En el mismo estudio nos indican que en el 2015 de los trastornos de ansiedad más prevalentes se tiene la fobia social con un 1,6% en donde el 1,8% corresponde a las mujeres y el 1,6% a hombres, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con un 0,5%.

En Colombia se presentan múltiples situaciones que aumentan el riesgo de padecer trastornos en la salud mental, particularmente ansiedad, las cuales incluyen dificultades en el acceso a educación, intensa migración urbana, falta de capacitación laboral, delincuencia y violencia juveniles, consumo de sustancias tóxicas y embarazo no deseado (Alba, 201; citado en Cardona, Pérez, Rivera, Gómez & Reyes, 2015).

El trastorno de ansiedad social afecta alrededor del 7% de la población y sigue su curso crónico si no se trata de la manera pertinente, los hallazgos nos indican que las personas con este trastorno responden bien a tratamiento farmacológico, psicológico o procesos de autoayuda (Clark et al. 2014). Tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 6,8%, diversos autores han encontrado que a pesar de que la enfermedad tiene un inicio temprano las personas no buscan ayuda hasta la edad adulta en promedio de 25 a 30 años o si se busca la ayuda no se hace de la manera adecuada (D'Alessandro et al., 2013). Es de gran importancia, distinguir tres subtipos de ansiedad social propuestos por Heimberg, Holt, Scheneier, Spitzer y Liebowitz (1993) citados en Botella, García, Baños y Quero (2007) estos son: fobia social generalizada, que incluye el miedo a la mayoría de las situaciones sociales; fobia social no generalizada, que se refiere a miedo a un número importante de situaciones sociales, pero sin manifestar problemas en al menos un tipo de situación social; y fobia social específica, que se refiere al miedo a una o dos situaciones sociales concretas.

Algunos de los estudios acerca de los procesos psicológicos en la ansiedad han mostrado una relación importante entre la focalización de la atención en estímulos amenazantes y la preparación del organismo para la ejecución de una respuesta de evitación (Bradley, 2009; citado en Gantiva et al., 2012). Dicha predisposición para la acción es la función más importante de la emoción, debido a que le permite al individuo responder de manera rápida ante un evento amenazante o que represente un peligro inminente mediante una conducta de evitación o escape, y también permitiéndole acercarse ante estímulos apetitivos (Barlow, 2002; Gantiva, Guerra & Vila, 2011; citados en Gantiva et al., 2012).

Además, estos dos comportamientos mencionados anteriormente, cumplen una función de comunicación social permitiendo la supervivencia y adaptación de la especie (Barlow, 2002; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003; citados en Gantiva et al., 2012).

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un inicio temprano por bajas tasas de remisión, este trastorno se relaciona con un impedimento en el funcionamiento a nivel social, académico, laboral y representa un problema grande para la sociedad. Las características comunes de las personas con ansiedad social experimentan niveles angustiosos de miedo a la exposición social, miedo a la vergüenza, humillación y creencias erradas frente a sí mismo y su entorno social (Goldin et al., 2013). De igual manera se tiene que es la ansiedad intensa o el miedo a ser juzgado, evaluado negativamente o rechazado en una situación social o de rendimiento. Las personas con este trastorno suelen actuar, tener comportamientos o respuestas fisiológicas muy ansiosos tales como ruborizarse, ser torpes, sudoración excesiva, mutismo selectivo, aislamiento entre otros. Como consecuencia de lo anterior evitan situaciones sociales o de rendimiento, sin embargo, en las situaciones que no pueden evitar o escapar de ella, experimentan ansiedad y angustia significativa. En algunas ocasiones reconocen que se trata de un miedo excesivo e irracional, estas personas se sienten impotentes frente a su ansiedad. Entre los síntomas físicos más frecuentes se encuentran frecuencia cardíaca alta, náuseas, sudoración sequedad de garganta y boca, temblor (miedo a tomar un vaso de agua o usar utensilios para comer), tragar con dificultad y contracciones musculares, especialmente alrededor de la cara y el cuello (Anxiety and depression association of America, 2016).

Las personas con ansiedad social pueden sentir dicho malestar frente alguna situación en específico en donde tenga que exponerse o el caso en el que diversas situaciones de exposición le generan el malestar. Estas personas suelen experimentar angustia y malestar frente a situaciones tales como: Burlas o críticas, ser el centro de atención, ser observado mientras realiza alguna actividad, conocer personas, relaciones interpersonales (afectivas o de amistades), encuentros sociales con extraños entre otros (Social anxiety institute, 2016).

“El 66% de los pacientes con TAS cumplieron además los criterios de otro trastorno psiquiátrico, los principales trastornos comórbidos son otros trastornos de ansiedad,

trastornos del estado de ánimo y relacionados al consumo de sustancias” (D'Alessandro, 2013, p. 31).

Existe una estrecha relación con trastornos relacionados a la depresión. trastorno bipolar, abuso de alcohol y trastorno evitativo de la personalidad (D'Alessandro, 2013). Existen diversos factores que hacen más vulnerable a una persona a tener un trastorno de ansiedad social. En primer lugar, aquellos factores relacionados con los familiares se tiene ciertos estilos de crianza como la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión, el abandono, el escaso contacto con las situaciones sociales y el modelado. En ocasiones se observa que los padres están influidos por la opinión de la gente y emplea a menudo la vergüenza como un procedimiento de control y disciplina, evitando situaciones sociales, los padres servirán como modelo de aprendizaje hacia sus hijos mediante la observación (Sierra,2007). A nivel biológico se ha observado que los rasgos de inhibición conductual están influenciados a nivel genético, en donde los niños con una inhibición conductual son más susceptibles a las influencias ambientales tal como se mencionó anteriormente por el modelado de sus figuras paternas. Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener este trastorno (Sierra, 2007).

A nivel psicológico se ha encontrado que las personas se muestran inquietas como resultado de los pensamientos preocupantes relativos a la activación fisiológica, a su ejecución y a la percepción que tienen las demás personas de ellos (Sierra, 2007). Este hecho les lleva a experimentar altos niveles de ansiedad y bajos niveles de atención prestada a los demás, repercutiendo negativamente en su ejecución social. De igual manera se debe tener en cuenta aspectos relacionados con el aprendizaje, como lo son una deficiencia en habilidades sociales o una ansiedad condicionada (Echeburúa, 1993 como se cita en Sierra, 2007). De acuerdo con lo anterior Sierra (2007) nos indica que las personas con ansiedad social pueden carecer de algunas conductas esenciales en el repertorio comportamental que son claves para un adecuado desenvolvimiento en sociedad. Otra cosa que es de gran relevancia es que el trastorno puede ser resultado de una situación traumática que se aprendió o se dio en un contexto social. La parte cognitiva nos llevará a guiar parte de nuestra conducta a partir de esquemas, creencias, pensamientos rígidos sobre el propio individuo y relacionadas con el funcionamiento del individuo en sociedad.

Finalmente, en los factores socioculturales se tiene que entran en juego los valores existentes en una determinada cultura, debido a que cobran un gran valor e importancia en la vida social de los miembros de esta ya que guían o dirigen los comportamientos de los individuos. Según Sierra (2007) estos valores se transmiten de generación en generación; ciertos sistemas de valores culturales tendrían un papel central en la interacción y la ansiedad social, en donde se marca una diferencia entre el funcionamiento del individuo a nivel grupal como social, en donde a nivel cultural se tienen diferentes percepciones respecto a los valores, creencias, costumbres etc. por ejemplo en el seguimiento de reglas, sumisión, respeto, autoridad, autonomía, aislamiento entre otros.

En este orden de ideas, es de gran importancia el proceso de evaluación de la ansiedad social en donde se pueden encontrar diferentes estrategias de acuerdo a lo que se quiera conseguir, entre estas estrategias comúnmente se encuentran la entrevista clínica, registros, autoinformes, observación y escalas validadas (Bados, 2009). Según Bados (2009) se tiene en primera instancia la entrevista cuya finalidad es la recolección de información relevante y pertinente para el caso tal y como: Situaciones temidas o evitadas, conductas o condiciones que agravan la problemática, antecedentes, consecuentes, áreas de ajuste, historia del problema, interferencia del problema en la cotidianidad, motivaciones, expectativas del consultante, recursos y limitaciones del cliente, entre otros aspectos. En el DSM- IV se brinda un modelo de entrevista para los trastornos de ansiedad social (ADIS-IV) en adultos y una versión para niños.

Otra forma de evaluar es por medio de cuestionarios y autoinformes que se encuentran estandarizados e individualizados. Entre los cuestionarios se pueden encontrar la *Escala a la Evaluación Negativa* que consta de 30 ítems y su objetivo es medir la intensidad del temor experimentado por las personas ante la posible evaluación negativa dada por los demás (Salinas, Sierra & Zubeidat, 2007). *Escala de Evitación y Malestar Social* (Social Avoidance and Distress Scale, SADS) (Watson y Friend, 1969, como se cita en Salinas et al., 2007), está compuesta por 28 ítems en donde la mitad evalúa la percepción subjetiva del malestar de la persona en situaciones de interacción social y la otra parte mide la evitación activa o el deseo de evitar dichas situaciones. También está el *Inventario de Ansiedad y Fobia Social* este consta de dos subescalas fobia social (32 ítems) y agorafobia (13 ítems) estos ítems valoran en una escala de 1 a 7 la frecuencia con la que la persona se

siente ansiosa frente a situaciones ansiosas, en algunos ítems se tiene en cuenta la respuesta motora, cogniciones y sensaciones que pueda tener la persona. De igual manera se tiene un inventario de Ansiedad y *Fobia Social para niños* Social Phobia and Anxiety Inventory for children (*SPAIC*) por sus siglas en inglés, este es un inventario para niños de 8 a 14 años de edad consta de 26 ítems y tiene en cuenta la medición de síntomas somáticos, conductuales y cognitivos de la ansiedad y fobia social en diferentes situaciones se trabaja con una escala de frecuencia de 0 a 2 (Salinas et al., 2007). Para adolescentes se puede encontrar la *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes* (Social anxiety scale for adolescents SAS-A) que consta de 18 ítems.

Hay ciertos cuestionarios más específicos que se van a focalizar en situaciones sociales determinadas dentro de estos, encontramos la *Escala de Asertividad* (Rathus assertiveness scale RAS 1973) la cual valora la asertividad en la población general y se suele utilizar en la valoración de habilidades sociales, está compuesto por 40 ítems que valoran el malestar y probabilidad de emisión de una respuesta en una situación social (Casas et al., 2014). Como se explica en Bados (2009) se encuentran otros cuestionarios o escalas como, por ejemplo: *Cuestionario de Autoverbalizaciones en Hablar en Público* (*SSPSS*) de Hofmann y DiBartolo (2000), *Inventario de Rasgo de Miedo a Hablar en Público* (*TSAI*) DE IAMB (1972), *Inventarios de Aserción* (*AI*) de Gambrill y Richey (1975) y la escala de calificación clínica *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz* (*LSAS*) (1987).

De igual manera podemos encontrar los *autorregistros* que incluyen aspectos de la situación, grado de ansiedad, pensamientos, conductas, respuestas entre otras, se puede limitar a cierto tipo de situaciones, y simplificar más con tal de que este en función del nivel de comprensión y motivación del paciente (Bados, 2009). Otra forma de evaluar la ansiedad social es por medio de la *observación* la cual se puede realizar en situaciones naturales, artificiales y simuladas. Como lo explica Bados (2009) en primer lugar en la observación natural se puede acudir a la colaboración de su red de apoyo en donde se les pide que observen determinadas situaciones y que registren lo observado, se da en un ambiente no manipulado en situaciones de su cotidianidad. La situación artificial se recrea en el espacio de consulta una situación similar a la que se enfrentaría o a la que se enfrenta la persona en su cotidianidad como por ejemplo a una persona con temor hablar en público

se le puede dar el ejercicio de “dar una charla” de 5 minutos a unas personas sobre un tema en específico en el mismo espacio de consulta. Por último, las situaciones simuladas son aquellas que el paciente debe actuar en situaciones que simulan que se dan en su medio natural, se tienen en cuenta las situaciones problemáticas en específico para esa persona y se representan en vivo con la ayuda de otras personas con el mayor realismo posible (Bados, 2009).

Finalmente, en las estrategias para la evaluación de ansiedad social algunos autores como Mamani (2012) incluyen los registros psicofisiológicos antes y durante la situación temida, en estos registros se puede encontrar información como ritmo cardíaco, tasa respiratoria, sudoración digital, conductividad en la piel, tensión muscular. Un problema que se presenta con dichos registros es la poca capacidad predictiva que tienen.

Teniendo en cuenta lo anterior se conforman diferentes maneras y formas de tratamiento, se tiene evidencia que diversos modelos de psicoterapia y tratamiento psicofarmacológicos son efectivos. A nivel psicoterapéutico se destaca el abordaje de este trastorno bajo un enfoque cognitivo conductual. Se debe tener en cuenta que un abordaje de esta problemática desde un enfoque cognitivo conductual el problema se va a entender desde una perspectiva en donde se tiene primordial atención a cogniciones o pensamientos y a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales. Por lo que estas cogniciones son fortalecidas por comportamientos aprendidos de experiencias previas de las personas por lo que forman y refuerzan los comportamientos que realiza la persona en su entorno (Bustamante & Hernández, 2016).

De igual manera para el tratamiento se tiene que tener en cuenta si se habla de una ansiedad social generalizada (la mayoría de las situaciones sociales) o específica (una o dos situaciones sociales). Con la específica estudios han demostrado que la exposición es una técnica eficaz que puede llegar a tener el 100% de efectividad. Para una generalizada se suele añadir aspectos de reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 2007).

Las opciones que más se han estudiado para el tratamiento de TAS en adultos se toman bajo un enfoque cognitivo conductual, la cual ayuda al paciente en la adquisición y fortalecimiento de cogniciones y comportamientos competentes necesarios para funcionar de la mejor manera posible y de manera adaptativa en sus diferentes áreas de ajuste, aquí se

incluyen técnicas tales como la exposición, reestructuración cognitiva, relajación y entrenamiento en habilidades sociales (Velasco, 2007). La exposición trabaja teniendo en cuenta que la respuesta emitida por los pacientes con TAS es aprendida y que dicha exposición de manera gradual brinda la opción de corregir y modificar dicho aprendizaje hasta que se produzca extinción o habituación consiguiendo afrontarlas con un nivel de ansiedad tolerable. La reestructuración cognitiva parte de que los pacientes tienen creencias desadaptativas acerca de sí mismo, los demás y el mundo, con la reestructuración se busca organizar dichos pensamientos en donde el paciente logre realizar un insight y modifique sus pensamientos y creencias (Velasco, 2007). Según Velasco (2007) se busca entrenar al paciente en la identificación de su sintomatología fisiológica para que a partir de un entrenamiento en relajación frente a las situaciones generadoras de ansiedad se ayude a reducir dicha activación que genera malestar.

En el TAS se tiene que los pacientes presentan una carencia frente a las habilidades sociales o la dificultad de expresarlos. Se ha encontrado que en estudios como el de Oliveira, Pereira & Wagner (2014), se retoman protocolos de EHS como por ejemplo el descrito por Caballo (1996) el cual se realiza de manera grupal entre 5 a 8 personas, se han encontrado varias ventajas a la hora de trabajar este entrenamiento de manera grupal ya que en el mismo grupo se crea una situación social en donde se puede practicar lo aprendido en las sesiones y puede generar un apoyo entre los participantes en dichas situaciones. En cada sesión se buscaba trabajar en la libertad de expresión de sentimientos y pensamientos, de igual manera se abordan contenidos como: habilidades para la comunicación asertiva, toma de decisiones, expresión de afecto, habilidades para entablar conversaciones, saber manejar el estrés, técnicas de trabajo en grupo a partir de las prácticas de exposición o escenarios conductuales (Oliveira, et al. 2014).

Se han realizado estudios frente a la efectividad del tratamiento de manera grupal o individual, en donde se ha identificado que a nivel grupal se obtienen grandes resultados ya que se da la posibilidad de simular situaciones sociales (juego de roles), el apoyo entre los miembros, aprendizaje vicario, sin embargo, entre las desventajas a nivel grupal esta la dificultad de atender las problemáticas individuales y conductas de evitación en estas situaciones. Las revisiones que se han realizado frente a eficacia de la TCC en el tratamiento de TAS nos indican que aporta cambios significativos a estos pacientes. Se

encontró que la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y la exposición mostraron resultados superiores, el efecto de estos después de un periodo de 3 meses (post tratamiento) sugieren una mejoría adicional al final del tratamiento.

Desde otros enfoques también se encuentran propuestas para el tratamiento del TAS por ejemplo desde una psicoterapia de orientación psicoanalítica la cual se fundamenta en la identificación de necesidades psicológicas como apego y aprobación que se relacionan con las interacciones sociales las cuales llegan a ser una fuente de frustración o gratificación para la persona (Velasco, 2007). Estos tratamientos van a ofrecer a los pacientes una explicación histórica para la problemática que tienen y se busca que los pacientes desatiendan sus exageradas y catastróficas cogniciones y atender más a la realidad objetiva. Otro enfoque como lo menciona Velasco es desde la terapia interpersonal centra las problemáticas específicas situadas en el aquí y en el ahora, teniendo como supuesto que esta problemática es mantenida por el contexto interpersonal, por lo cual se va a centrar en mejorar la vida interpersonal del paciente para que se dé la recuperación. Finalmente, Velasco (2007) propone la terapia de apoyo en donde el rol del terapeuta es fundamental ya que sirve de apoyo. Aquí se brinda aceptación, consideración, afecto y comprensión por el paciente, ya que el objetivo principal es la promoción de sentimientos de seguridad y confort en la relación terapéutica. Esta terapia se relaciona estrechamente con la terapia centrada en el cliente de Rogers.

Por otra parte, frente a la reestructuración cognitiva y la exposición, existen varios estudios que muestran que la combinación de estas dos técnicas son eficaces en el tratamiento de la fobia social; otros estudios contradicen parcialmente estas afirmaciones, fundamentalmente infravalorando la eficacia de la reestructuración cognitiva de forma aislada, así como indicando que la reestructuración cognitiva parece no potenciar a la exposición (Salaberría y Echeburúa, 1995; citados en Antona et al., 2006).

En la actualidad, la exposición es considerada como la técnica más eficaz para tratamientos de los trastornos de ansiedad (Echeburúa, 1990; Echeburúa y Salaberría, 1991; Heimberg, 1989; Méndez et al., 2001; Moreno, Méndez y Sánchez, 2000; citados en Antona et al., 2006). También se considera como una técnica necesaria, pero a la vez insuficiente para tratar la fobia social (Echeburúa, 1995; citado en Antona et al., 2006) y puede ser mejorada al emplear otras técnicas, debido a que, en la fase de seguimiento del

tratamiento, no logra mantener la mejoría (Mattick, Peters y Clarke, 1989; citado en Antona et al., 2006), existiendo un gran número de demandas dentro del tratamiento adicional (Butler et al., 1984; citado en Anton et al., 2006).

Las técnicas de reestructuración cognitiva intentan modificar la forma y/o el contenido de las cogniciones (Rodebaugh y Chambless, 2004; citado en Antona et al., 2006) y desempeñan un papel central sobre los aspectos esenciales, así como en los secundarios en la fobia social (Butler y Wells, 2000; citado en Antona et al., 2006). No se tiene conocimiento acerca de que los aspectos cognitivos sean los responsables de la mejoría o en qué medida contribuyen a ella (Heimberg y Juster, 2000; citados en Antona et al., 2006). Al unir los efectos de estas dos técnicas, el tratamiento resulta ser más eficaz que si se aplican por separado, esto debido a que actuaría sobre distintos aspectos, como por ejemplo que todos los tratamientos no son para todos los pacientes (Antona et al., 2006).

Mientras que nivel farmacológico se tiene que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina son el tratamiento considerado de primera línea para el TAS. Los benzodiacepinas no deben considerarse como tratamiento de primera línea por los efectos adversos asociados que comportan, como sedación, ataxia y alteraciones cognitivas. La venlafaxina y buspirona muestran efectos favorables en el tratamiento del TAS (D' Alessandro, 2013).

Dentro del tratamiento en pacientes con fobia social es muy importante el acompañamiento familiar y de allegados ya que el que conozcan los síntomas y brinden un apoyo emocional al paciente es de gran utilidad. Muchas veces el desconocimiento que tienen los familiares acerca del trastorno puede generar que este se empeore, ya que las familias toman papeles extremos en donde aconsejan al paciente tanto a evitar situaciones para que no tenga malestar o que se exponen excesivamente a las mismas provocando que su malestar aumente, por lo que ninguna de las dos opciones ayudará para generar una mejoría en el paciente. Si las personas que están con el paciente están informadas de lo que es el trastorno y como es la mejor manera de ayudarlos, ya que podrán brindarle una mejor atención y así mismo un tratamiento adecuado. Así mismo se ha demostrado que los pacientes que tienen acompañamiento familiar tienen mejores procesos terapéuticos que los pacientes que no tienen el acompañamiento (ITCC, 2017).

Los datos analizados de muestras recientes permiten evidenciar que en los últimos años los trastornos de ansiedad reflejan mayor predominio a nivel mundial y producen más incapacidad que otras enfermedades. A partir de las evidencias señaladas es muy importante plantear los actos de intervención para hacer frente de manera eficiente a los trastornos de ansiedad en las personas que lo padecen (Guía clínica para el manejo de estrés, 2010 como se cita en Arslan, 2015).

La fobia social es uno de los trastornos de ansiedad más discapacitantes y mal diagnosticados, presentando una prevalencia anual del 1,2% en la Unión Europea, usualmente mayor en mujeres que en hombres. En la última década, ha habido un progreso significativo en los modelos cognitivos orientados hacia el estudio y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Estos nuevos modelos se centran en cómo piensan más las personas con trastornos emocionales, dándoles una mayor importancia dentro de la sociedad (Vidal, Ramos & Cano, 2008).

Los trastornos de ansiedad tienen a ser crónicos, ya que entre el 60 y 70% de las personas reportan haber presentado un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida. Adicional a esto las personas reportan que el trastorno ha estado activo entre los 6 y 12 últimos meses. A partir de varios estudios se ha podido determinar que el trastorno de fobia social inicia aproximadamente a la edad de los 15 años. La fobia social tiene una alta comorbilidad con los trastornos depresivos y ansiosos. Actualmente más de la mitad de las personas que padecen depresión o ansiedad han llegado a presentar ambos trastornos. Finalmente, los últimos estudios han indicado que probablemente la prevalencia a lo largo de la vida se haya incrementado en los últimos años (Colombiana de Salud, 2014).

Diversos estudios epidemiológicos han encontrado que la prevalencia de por vida de la fobia social en adultos era de 2% a 5% con una proporción mayor en mujeres que en hombres (2.5/1.2). En el estudio nacional de comorbilidad (NCS) se encontró que las situaciones que suelen provocar más ansiedad entre los pacientes con fobia social son: hablar en público hablar con extraños, conocer gente nueva, comer en lugares públicos, ser presentados en público, reunirse con autoridades, hablar por teléfono, recibir visitas en casa, ser observado, escribir en presencia de otros, usar baños públicos. La mayoría de los pacientes con fobia social son jóvenes, que se encuentran entre la segunda y tercera década de la vida, punto en el que se manifiesta la fobia social, siendo menos los casos que surgen

después de esta etapa, sin embargo, el promedio de edad en la cual los pacientes buscan tener tratamiento está alrededor de los 20 años. Diversos estudios han demostrado que las características sociodemográficas más comúnmente encontradas en esta población son sujetos jóvenes, usualmente solteros, con bajos niveles de escolaridad, pobre desempeño laboral social y que suelen ser una carga económica, social y moral para sus familias (Saucedo, 2010).

Los estudios epidemiológicos sobre la fobia social ponen de manifiesto que el trastorno de ansiedad social tiene su inicio más frecuente en la adolescencia media y es actualmente el desorden más diagnosticado en el contexto clínico durante esta etapa de la vida (Olivares, Rosa & Olivares, 2007).

El trastorno de ansiedad social (SAD) caracterizado por un miedo y ansiedad a ser juzgados y humillados, es el trastorno psiquiátrico más prevalente entre los estadounidenses. El miedo que sienten las personas es tan fuerte que interfiere con su vida cotidiana, como asistir al trabajo o a la escuela. El NIMH (2013) afirma que el 6.8 % de los adultos de Estados Unidos y el 5.5% de personas entre los 13 a 15 años, edad de inicio de este trastorno crónico, sufren de abatimiento o tristeza anual.

Se ha encontrado que el trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos mentales más prevalentes, con una prevalencia de por vida del 12% y una prevalencia de 12 meses del 7%. Este trastorno tiene un inicio temprano y un curso crónico, dando lugar a graves deficiencias psicosociales y altos costos socioeconómicos. El trastorno de ansiedad social tiene efectos secundarios sobre otros trastornos mentales (por ejemplo, depresión), el funcionamiento de roles sociales y la búsqueda de ayuda (Leichsenring et al., 2013).

En un estudio realizado por el Instituto de Tecnología de Massachusetts en Cambridge, se utilizó la resonancia magnética funcional (fMRI) en 39 pacientes con ansiedad social de un curso de 12 semanas con terapia cognitivo conductual. A los pacientes se les mostraron caras y escenas enojadas versus con caras y escenas que solían ser muy neutrales. Las caras enojadas transmiten desaprobación y es probable que generen respuestas de miedo excesivas y connotaciones negativas entre los pacientes, por ello es que la terapia cognitivo conductual enseña a los pacientes maneras de regular negativamente sus respuestas. Luego se compararon las imágenes cerebrales de los pacientes con sus puntajes en una medida clínica convencional, la Escala de Ansiedad

Social Liebowitz (LSAS), un cuestionario que tomaron antes y después de completar la terapia (NIHM, 2013).

Los pacientes con trastorno de ansiedad social respondieron más a las imágenes de los rostros que a las escenas, base social de este trastorno. Los pacientes cuyos cerebros reaccionaron fuertemente a las imágenes faciales antes del tratamiento se beneficiaron más de la terapia que aquellos que reaccionaron menos. Específicamente, los cambios en dos regiones del cerebro occipitotemporal -las áreas involucradas en el procesamiento temprano de señales visuales, como las caras- se correlacionaron con el resultado positivo de la terapia cognitivo conductual. Estos neuromarcadores predijeron mejores resultados del tratamiento (NIHM, 2013).

Diversos estudios han demostrado que la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) es la más útil para tratar el trastorno de ansiedad social. Así mismo muchas personas que padecen ansiedad social han encontrado que su recuperación es muy útil cuando es llevada a cabo en grupos de apoyo, ya que en un grupo las personas pueden recibir comentarios objetivos y honestos sobre cómo son vistos por los demás, para que de esta manera puedan aprender que los juicios que están teniendo sobre sí mismos están errados o distorsionados, además al compartir experiencias con otras personas, les permitirá saber cómo las personas con trastorno de ansiedad social se acercan a situaciones sociales y así mismo empezar a hacerlo ellos y superar el miedo por las mismas (NIHM, 2016).

Existe evidencia de una gran cantidad de investigaciones acerca de que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es beneficiosa para los pacientes con trastorno de ansiedad social. Se ha observado, que muchos estudios de psicoterapia del trastorno de ansiedad social utilizaban muestras pequeñas o se llevaban a cabo en un solo sitio, lo que limitaba la generalización y el poder estadístico. En un metanálisis de Acarturk et al., Por ejemplo, el tamaño de muestra por grupo varió de siete a 91, con una media de 22.1, lo que permite la detección de solo un tamaño de efecto grande de 0.86 con una potencia de 0.80. La terapia psicodinámica se usa con frecuencia, tanto en el trastorno de ansiedad social como en la práctica clínica en géneros. Sin embargo, la evidencia de la eficacia de la terapia psicodinámica en el trastorno de ansiedad social es escasa. Por lo tanto, se necesitan más estudios de TCC y terapia psicodinámica del trastorno de ansiedad social, utilizando muestras de pacientes más grandes y múltiples sitios de estudio (Leichsenring et al., 2013).

Los científicos de NIMH (2008) realizaron un estudio que utiliza imágenes cerebrales funcionales, en donde descubrieron que cuando las personas con fobia social generalizada recibían diversos comentarios fueran estos positivos o negativos sobre ellos, las respuestas cerebrales habían aumentado sólo, respecto a los comentarios negativos sobre ellos mismos. Los resultados de este estudio mostraron que las personas con fobia social generalizada aumentaron sus respuestas a los comentarios negativos (en comparación con un grupo de personas que no padecían el trastorno) en dos áreas específicas del cerebro: la primera, la corteza prefrontal medial (MPFC), está involucrada en el sentido y la evaluación del yo y la segunda la amígdala, la cual es fundamental para el procesamiento emocional. Las respuestas reveladas al escanear fueron paralelas al autoinforme de los participantes sobre cómo se sintieron después de ver los diversos comentarios positivos, negativos y neutrales presentados.

Diferentes estudios han indicado que la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia psicodinámica han sido eficaces en el tratamiento del trastorno de ansiedad social, tanto a corto como a largo plazo, cuando los pacientes mostraron mejoría continua. Aunque en el corto plazo, los análisis arrojaron diferencias estadísticamente significativas a favor de la TCC en varias medidas de resultado, pero no se encontraron diferencias en el resultado a largo plazo (Leichsenring et al., 2014). La demostración de la efectividad de la TC, más específicamente el estudio elaborado por Vidal, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel (2008) citados en Toro (2012), mostraron que la Terapia Cognitiva para la Fobia Social es igual o superior a otras TCC, psico-farmacoterapias, lista de espera y Terapia Cognitiva de tipo grupal, basado en diferentes estudios controlados al ser comparada la TC con la exposición y técnicas de relajación (ETR) y la lista de espera, se encontró que la Terapia Cognitiva y la ETR, tuvieron mayor impacto que la lista de espera, aunque la TC produjo una mayor mejoría que la ETR y el porcentaje de pacientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos para este trastorno fueron de un 84% para la TC y un 42% para la ETR, ante un 0% para lista de espera. Luego de un año de seguimiento, las mejoras se mantuvieron, y se evidenció una mayor probabilidad de nueva búsqueda de ayuda por parte de los pacientes tratados con ETR (Clark, 2006, citado por Vidal, Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008; citados en Toro, 2012).

Algunos estudios investigaron las diferencias existentes entre los dos subtipos de ansiedad social, donde los resultados arrojaron que las personas con ansiedad social generalizada puntuaron más alto que las personas con ansiedad social específica. El primer grupo (ASG) reportó que experimentaron una alta interferencia en la vida y un mayor nivel de severidad clínica en comparación con el segundo grupo (ASE). Las diferencias encontradas en los dos grupos son de tipo cuantitativo no obstante el estudio realizado por Heimberg et al. (1990) como se cita en Zubeidat, Sierra y Fernández (2007) señala que hay posibles diferencias de tipo cualitativo entre las personas con ansiedad social generalizada y las personas con ansiedad social específica, en donde las personas con ansiedad social no generalizada sufrían de miedo a hablar en público, en donde su frecuencia cardiaca era notablemente más baja que la persona con ansiedad social generalizada, ante una actividad altamente individualizada. Por el contrario, el estudio de Turner et al. (1992) como se cita en Zubeidat, Sierra y Fernández (2007) encontró que no existen diferencias en los dos grupos anteriormente mencionados en cuanto al aumento de la tasa cardiaca, sin embargo, los pacientes con ansiedad social generalizada suelen presentar un ritmo cardiaco ligeramente más alto frente a los de ansiedad social específica en situaciones sociales similares.

Tras la revisión teórica y empírica anterior se identifica que aun cuando la mayoría de personas reconocen que es sentirse angustiado, preocupado, nervioso, asustado o tenso, los sucesos vitales estresantes pueden llegar a activar aspectos como la preocupación excesiva, que es característica de la ansiedad, el convertirse en adulto puede ser difícil para muchas personas y eso es un factor suficiente para la aparición de estresores significativos en la persona, es por esto que esta población resulta de interés de estudio. Una problemática de las más importantes que se podría hablar en esta población son los problemas de salud, que generan inquietud especialmente en las personas de mayor edad (Yuste, Rubio & Alexandre, 2004 como se cita en Quiroz & Flores, 2013). Al identificar los datos epidemiológicos el Ministerio de Protección Social (2003), señala que la ansiedad y la depresión constituyen en Colombia un importante problema de salud, ocupando los primeros renglones en cuanto a los motivos de consulta psicológica y psiquiátrica (Agudelo, Casadiegos, Sánchez, 2011). Como lo indica la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia se tiene que 2015 de los trastornos de ansiedad más prevalentes se

tiene la fobia social con un 1,6% en donde el 1,8% corresponde a las mujeres y el 1,6% a hombres, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con un 0,5% (Ministerio de Salud, 2015).

Según Posada (2013), los trastornos mentales en Colombia presentan afección principalmente en niños, adolescentes y adultos jóvenes, esto, afecta de manera negativa la productividad académica, económica de la población y con esto, el capital global, del cual hacen parte los factores personales, simbólicos, culturales y de relaciones. Dentro de los trastornos afectivos mentales que más afectan al país, son los trastornos afectivos, dentro de los cuales se encuentran la depresión y la ansiedad. Este último, tiene una edad de inicio entre los 7 y los 28 años. También cabe resaltar, que las mujeres son quienes presentan una mayor probabilidad de presentar trastornos de ansiedad. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 (Ministerio de salud, 2015) nos indican que en la población colombiana los síntomas relacionados a la ansiedad están presentes por lo menos en el 52,9% de la población, en donde se tiene que las mujeres representan el 59,3% y el 46,4% los hombres. De igual manera se no indica que hay una mayor prevalencia de trastornos relacionados con la ansiedad en grupos de edad de 18 y 44 años. El trastorno de ansiedad social afecta alrededor del 7% de la población y sigue su curso crónico si no se trata de la manera pertinente, los hallazgos nos indican que las personas con este trastorno responden bien a tratamiento farmacológico, psicológico o procesos de autoayuda (Clark et al., 2014).

Como se menciona anteriormente es una población que tiene grandes vulnerabilidades a padecer una enfermedad mental de este tipo por lo cual es de vital importancia abordar a esta población en un nivel secundario de prevención ya que se pueden evitar secuelas mayores y disminuir su prevalencia, para que las personas tengan herramientas para un adecuado manejo de la enfermedad recién se diagnostica o cuando aún no se ha desarrollado completamente y tiene un manejo más fácil de llevar.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Diseñar un programa que consta de dos cuadernillos psicoeducativo para la atención clínica en el manejo de ansiedad social en adultos entre los 20 y 40 años de edad. Este cuadernillo de trabajo ayudará a la persona a tener un papel activo dentro de su proceso, se hace en un segundo nivel de prevención, de esta manera el cuadernillo será una herramienta de primera mano para el trabajo con el terapeuta dentro y fuera de la sesión. Serán dos cuadernillos uno para el consultante y otra el profesional en psicología.

### **Objetivos Específicos**

1. Realizar una revisión teórica y empírica sobre los conceptos de ansiedad y ansiedad social.
2. Establecer las estrategias de evaluación e intervención para la ansiedad social en adultos basados en una revisión teórica y empírica.
3. Identificar los componentes de un cuadernillo para la atención clínica en el manejo de ansiedad social.

## **Estudio del Mercado**

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

1. Identificar las necesidades en torno a un producto para el manejo de la ansiedad social en adultos de 20 a 40 años de edad.

#### **Objetivos Específicos**

1. Identificar las temáticas a tratar y material de apoyo a incluir en el cuadernillo de trabajo.
2. Identificar la inversión económica que el comprador estaría dispuesto a realizar para adquirir un cuadernillo para el manejo de la ansiedad social en adultos.
3. Establecer el valor agregado que recibirán las personas por la adquisición del cuadernillo de trabajo para el manejo de la ansiedad social en adultos.

### **Presentación del producto**

El producto que se quiere realizar son dos cuadernillos psicoeducativos que ayuden en el manejo de la ansiedad social en adultos en donde la persona tenga un papel activo dentro de su proceso. Uno de los cuadernillos será para el profesional en psicología y otro para el consultante. El cuadernillo para el consultante tendrá las generalidades de la ansiedad social (conceptos claves, síntomas, causas, factores de mantenimiento) estará acompañado de ilustraciones, esquemas que sintetizen los aportes teóricos, técnicas que le ayudarán al consultante a un mejor manejo de la ansiedad, ejercicios o actividades que el psicólogo le puede dejar de tarea para la casa. Se busca que este cuadernillo sea más práctico, el consultante tendrá la información de una manera concisa, se encontrará con más ejercicios y actividades para poner en práctica lo abordado en las sesiones lo aplique a su cotidianidad y lo interiorice de una manera adecuada.

En el cuadernillo para el profesional de psicología se podrán encontrar técnicas para el manejo de la ansiedad, en donde estarán sus explicaciones teóricas y metodológicas, estas vendrán con su paso a paso para que el psicólogo las pueda utilizar de la manera adecuada con el consultante, se busca que este cuadernillo sea más descriptivo y el psicólogo tenga las indicaciones y pasos a seguir con las técnicas o temáticas a trabajar con el consultante. En cuanto al valor agregado se dará una capacitación con la finalidad de entrenar a los profesionales de psicología en el manejo de los cuadernillos, explicándoles así sus componentes, secciones de trabajo para realizar un proceso óptimo con el cuadernillo y el consultante.

## Logo-símbolo y slogan del producto



*Figura 1.* Logo-símbolo y slogan del producto.

### **Explicación del Logo-símbolo y slogan. Sentido de los colores, figuras, palabras.**

Lo que se pretende representar con el logo o símbolo es la lucha del ser humano por transformar su vida y evolucionar como una mariposa, dándole así a entender al paciente que tendrá un cambio trascendente en su vida.

El color que se eligió para el logo fue el azul en algunas de sus variaciones, esto debido a que, según la psicología del color, hacen parte de los colores fríos, los cuales representan la sensación de calma (García, 2018).

El color azul, expresa profesionalismo, conocimiento, seriedad y confianza, es un color utilizado para convencer a las personas a depositar su confianza, es por ello que es utilizado en gran forma por empresas del sector bancario y de la salud (Cruz, 2015).

Este color, es el que mejor representa según las personas, la armonía, la simpatía, la amistad y la confianza. Cuando se atribuyen sentimientos como los anteriormente mencionados, es debido a que pensamos en contextos muy amplios, como por ejemplo el

cielo. Dentro de las otras cualidades que se atribuyen al color azul, son el de la inteligencia, la ciencia y la concentración. El azul es un color que representa tanto la masculinidad como la feminidad, no hace una diferencia entre los dos sexos, creando unidad. También es símbolo de la pasividad, la relajación y el anhelo (Heller, 2008).

### **Relación con el producto que se oferta**

La relación de los colores del logo y slogan con el cuadernillo que se está ofertando, es que se busca reflejar la armonía, la confianza, el profesionalismo, el conocimiento, la seriedad con la que se quiere trabajar en pro de los usuarios que hagan uso del cuadernillo.

### **Producto Básico**

Los usuarios que adquieran ANSÍA, el cuadernillo dirigido tanto profesionales como pacientes con ansiedad social, obtendrán los siguientes beneficios. Los pacientes encontrarán técnicas que les ayudarán a manejar la ansiedad social, recibirán acompañamiento de profesionales capacitados por el grupo de psicólogas que ofertan el cuadernillo, podrán encontrar esquemas y gráficos que les ayudarán a entender más sobre su psicopatología. Los profesionales, por su parte, tendrán capacitaciones mensuales para que le brinden a los pacientes un tratamiento eficiente y eficaz, ayudándoles a mejorar su calidad de vida. También, los profesionales recibirán acompañamiento terapéutico, ya que, al trabajar con trastornos emocionales, podrían llegar a tener un desgaste a nivel emocional.

Además, los pacientes tendrán la oportunidad de aplicar las técnicas para el manejo de la ansiedad social, trabajadas durante las sesiones con su terapeuta, en un espacio donde compartirán experiencias con otras personas que presentan su misma psicopatología.

### **Producto Real**

ANSÍA es un programa para el manejo de la ansiedad social en adultos que cuenta con dos cuadernillos de trabajo, uno para el profesional de psicología y otro para el consultante, los elementos que componen los cuadernillos tienen un carácter teórico y práctico.

### **Cuadernillo 1: consultante**

El cuadernillo del consultante tiene por objetivo de psico-educarlo en ansiedad social y que él o ella aprendan a reconocer sus dificultades y las diferentes técnicas y aplicación de estas para afrontar los cambios. El componente teórico en este primer cuadernillo se presentará de manera clara y breve bajo un enfoque cognitivo- conductual debido a la eficacia que se ha demostrado que tiene. La terapia desde un enfoque cognitivo-conductual (TCC) se reconoce ya como el tratamiento más eficaz de la fobia social tanto en la adultez, como en la infancia y la adolescencia (Gil & Hernández, 2009). La TCC se basa en intervenciones dirigidas al conocimiento que la persona tiene de su propia situación, busca orientarla hacia un cambio adaptativo para revertir o controlar el malestar generado (Bordallo et al., 2006).

La evidencia empírica y experimental destacan dentro de la TCC el entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ansiedad y reestructuración cognitiva en el tratamiento de la ansiedad social de forma individual como grupal es por esto que los ejes principales en el cuadernillo serán manejo de la ansiedad, habilidades sociales y solución de problemas ya que de igual manera se identifica dicha dificultad en personas con ansiedad social. Es de gran relevancia mencionar que este cuadernillo más que teórico busca ser práctico por lo cual se presentará la información de manera breve y concisa, para la práctica se ofrece ejercicios de las técnicas abordadas en las sesiones grupales o individuales.

El cuadernillo estará conformado por cuatro secciones, en la primera se abordarán aspectos como conceptos claves, síntomas, causas y factores de mantenimiento de la ansiedad social, este componente se trabaja de manera conjunta con el profesional de psicología para aclarar las dudas que surjan. En la segunda sección estará relacionada con las dificultades que se pueden presentar en el manejo de la ansiedad frente a determinadas situaciones, se explicaran los cambios comportamentales, cambios a nivel físico y cognitivo que se pueden presentar en un episodio ansioso desencadenado por alguna situación o varias situaciones. Seguido de la explicación se presentan las diferentes técnicas y ejercicios prácticos para que el consultante los realice en sesión y fuera de esta con la explicación previa y ensayo conductual con el profesional de psicología en sesión. Entre las técnicas a utilizar se encuentran la relajación progresiva de Jacobson, mindfulness o atención plena y respiración diafragmática.

En la sección de habilidades sociales se realizará una explicación de cada una de estas habilidades y las dificultades que se presentan en una persona con ansiedad social, se realizará un entrenamiento en estas a nivel individual como grupal teniendo presente las técnicas de autorregistro, instrucciones/aleccionamiento, el ensayo de conducta y el modelado.

La tercera sección se focalizará en la solución de problemas en donde se trabajará desde la técnica propuesta por Goldfried y D'zurilla, externalización del problema, mapa del problema y “vencer la pasividad” (Bunge, Gomar & Mandil, 2009). En donde se espera explicar el paso a paso de cada técnica y ejemplificando a partir de la experiencia personal del consultante para mayor comprensión, realizando ejercicios con situaciones reales de las que haya sido protagonista el consultante.

La última sección de este cuadernillo serán las temáticas, actividades y objetivos a trabajar en las sesiones grupales las cuales serán 3 y funcionaran como complemento de lo abordado en las sesiones individuales, lo trabajado allí se centrará en habilidades sociales y manejo de la ansiedad.

### **Cuadernillo 2: Profesional en psicología**

El cuadernillo para el profesional de psicología tendrá por objetivo ser más descriptivo para facilitar el proceso a llevar a cabo con el consultante, el psicólogo podrá encontrar el paso a paso de las actividades, ejercicios y técnicas a trabajar con el consultante (anteriormente mencionados). Cabe mencionar que tendrá los mismos componentes que el cuadernillo del consultante, pero aquí se señala de manera específica el paso a paso de cada actividad, las instrucciones que se deben dar a los consultantes tanto en las sesiones individuales como grupales y material requerido para cada actividad.

### **Producto Ampliado**

ANSÍA es un programa que ofrece a los profesionales capacitaciones y acompañamiento en el entrenamiento para el manejo y aplicación del cuadernillo por parte del psicólogo encargado, además de que se brindará acompañamiento terapéutico a los profesionales ya que existe la probabilidad de que haya un desgaste a nivel emocional. Así mismo la valoración de los pacientes será gratuita. Ansia no sólo se preocupa por el apoyo al paciente sino también por las familias, por lo que ofrece grupos de acompañamiento a los familiares del paciente, para de esa manera potenciar el proceso terapéutico individual.

## Clientes

El programa ANSÍA está dirigido a profesionales de psicología vinculados a instituciones universitarias que cuenten con IPS o centro de atención psicológica en la ciudad de Bogotá. El programa que consta de dos cuadernillos de trabajo que tienen por objetivo ayudar en el manejo de la ansiedad social en adultos.

### Mercado potencial

El mercado potencial al cual va dirigido el programa ANSÍA, está compuesto por diferentes instituciones públicas y privadas de educación superior en Colombia, correspondientes a las universidades registradas a la fecha las cuales son 32 públicas y 590 privadas (Guía Académica, 2018).

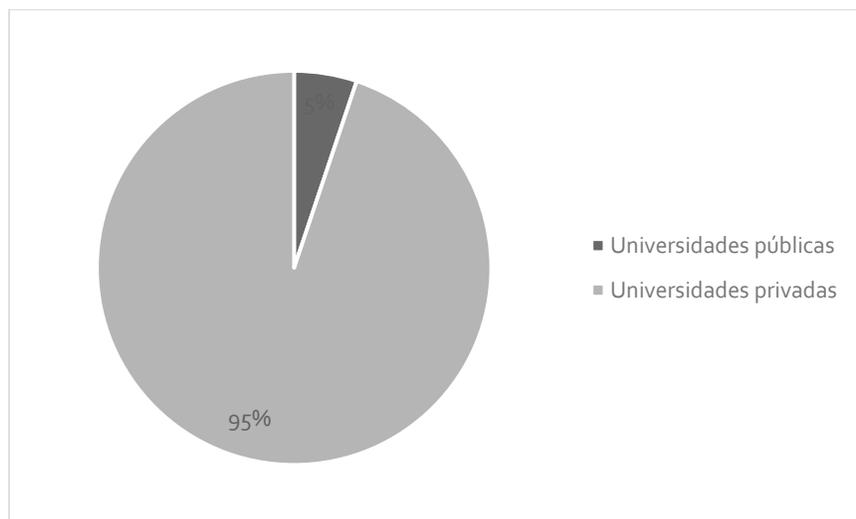


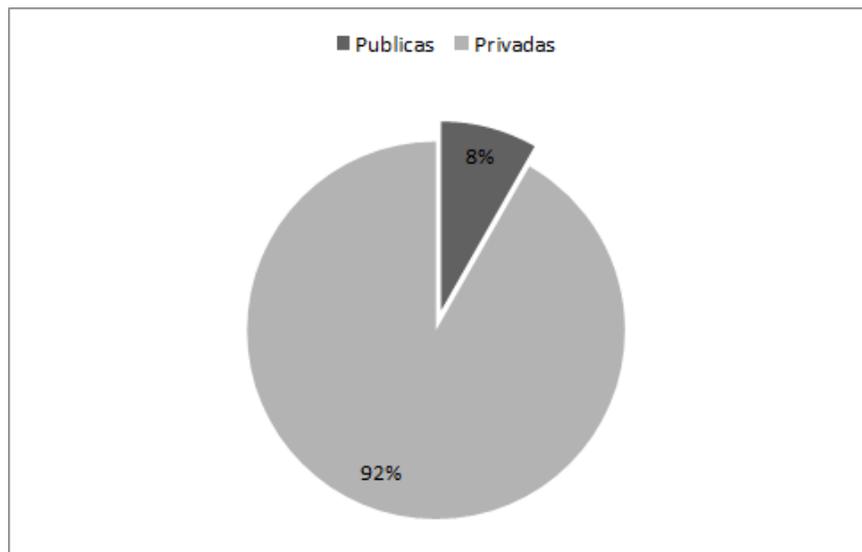
Figura 2. Descripción del mercado potencial, porcentaje de universidades en Colombia.

### Mercado Objetivo

El mercado objetivo se encuentra conformado por aquellas universidades tanto públicas como privadas que se encuentran en la ciudad de Bogotá, dentro de las cuales se encuentran las siguientes: Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), Escuela Superior de Ciencias Empresariales, Escuela Latinoamericana de Ingenieros, Tecnólogos y Empresarios (ELITE), Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Universidad Militar Nueva Granada (UMNG), Universidad

Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Universidad Pedagógica Nacional, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colegio de Estudios Superiores de Administración (CESA), Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito, Escuela Colombiana de Carreras Industriales (ECCI), Politécnico Grancolombiano, Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo (CIDE), Corporación Universitaria de Ciencias y Tecnología de Colombia, Universidad de América, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA), Fundación Universidad Juan N. Corpas, Fundación Universitaria del Área Andina, Universidad de la Sabana, Corporación Educativa Alexander Von Humboldt, Corporación Unificada Nacional de Educación Superior (CUN), Corporación Universitaria Republicana, Corporación Tecnológica de Bogotá, Corporación Tecnológica Industrial Colombiana (TEINCO), Corporación Universitaria Unitec, Corporación Universitaria Iberoamericana, Corporación Universitaria de Colombia (IDEAS), Corporación Universitaria de Asturias, Corporación Universitaria CENDA, Corporación Universal de Investigación y Tecnología (CORUNIVERSITEC), Corporación Escuela de Artes y Letras, Escuela Militar de Cadetes General José María Córdova, Fundación Universitaria Agraria de Colombia (UNIAGRARIA), Fundación Colombo Germana, Fundación Universitaria CAFAM, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Fundación Universitaria Los Libertadores, Fundación Universitaria Monserrate, Fundación Universitaria Panamericana, Fundación Universitaria San Alfonso, Fundación Universitaria Sanitas, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Fundación Universitaria Empresarial de la Cámara de Comercio de Bogotá (UNIEMPRESARIAL), Fundación Universitaria Horizonte (UNIHORIZONTE), Fundación Universitaria Cervantina San Agustín (UNICERVANTINA), Fundación Tecnológica Autónoma de Bogotá (FABA), Fundación para la Educación Superior San Mateo, Fundación para la Educación Superior San José, Fundación Centro de Investigación, Docencia y Consultoría Administrativa (CIDCA), Corporación Universitaria IMPAHU, Politécnico Internacional, Universidad Antonio Nariño (UAN), Universidad Autónoma de Colombia (FUAC), Universidad de San Buenaventura (USB), Universidad Sergio Arboleda, Universidad Libre, Universidad Manuela Beltrán (UMB), Universidad Santo Tomás (USTA), Universidad San Martín, Universidad La Gran Colombia, Universidad EAN, Universidad Incca de Colombia

(UNINCCA), Universidad Central, Universidad de los Andes, Universidad de la Salle, Universidad Externado de Colombia, Universidad El Bosque, Universidad Piloto de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Corporación Politécnica Cundinamarca, Universidad Cooperativa de Colombia (UCC), Universidad del Área Andina, Universitaria Agustiniana, Universidad del Rosario, Universidad Católica de Colombia, Universitaria de Colombia, Institución Universitaria Latina (Unilatina), Institución Universitaria Colombo Americana (UNICA) y la Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC) (Guía Académica, 2018).

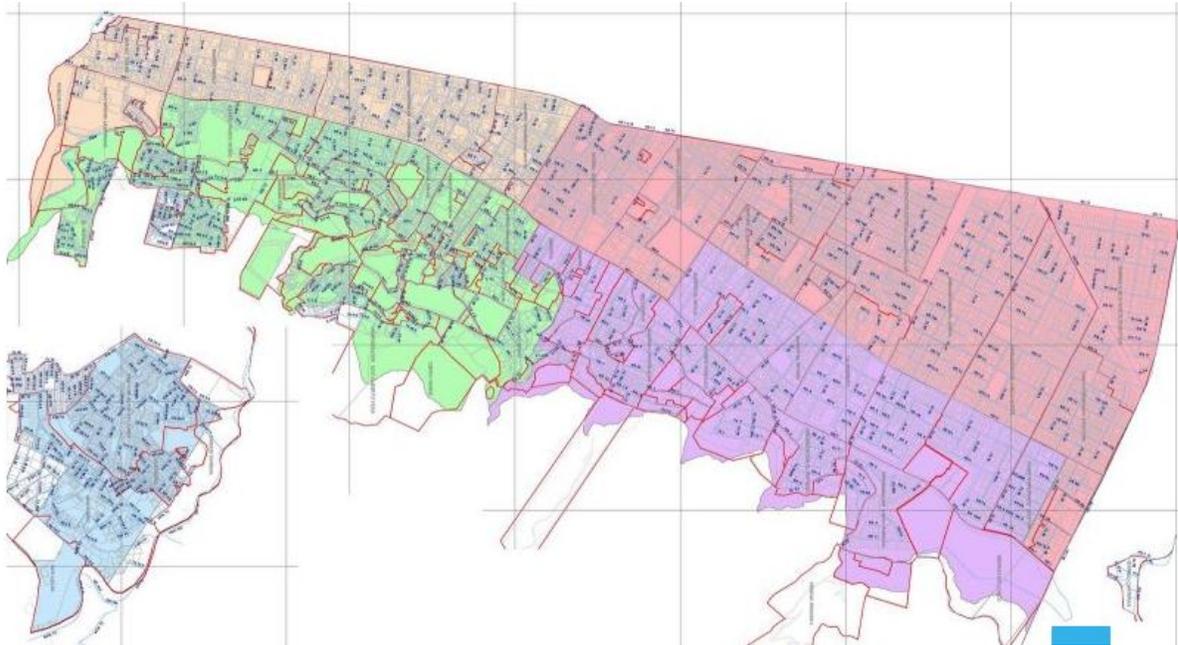


*Figura 3. Descripción del mercado objetivo, porcentaje de universidades en Bogotá.*

### **Mercado meta**

El mercado meta estará conformado por aquellas universidades tanto públicas como privadas que se encuentren en la localidad de Chapinero de la ciudad de Bogotá, teniendo en cuenta que las universidades seleccionadas serán aquellas que cuenten con una unidad de atención psicológica o IPS. Para esto se tienen en cuenta las características de la localidad, según la Alcaldía local de Chapinero (2018) está ubicada en el centro-oriente de la ciudad y limita, al norte, con la calle 100 y la vía a La Calera, por el occidente, el eje vial Autopista Norte-Avenida Caracas, en el oriente, las estribaciones del páramo de Cruz Verde, la Piedra de la Ballena, el Pan de Azúcar y el cerro de la Moya, crean el límite entre la localidad y los municipios de La Calera y Choachí. El río Arzobispo (calle 39) define el límite de la localidad al sur, con la localidad de Santa Fe. Chapinero tiene una extensión

total de 3.898,96 hectáreas con un área rural de 2.664,25 (68%) y un área urbana de 1.234,71 (32%). Cuenta con un total de 50 barrios y está dividida en cinco UPZ (Unidades de Planeamiento Zonal).



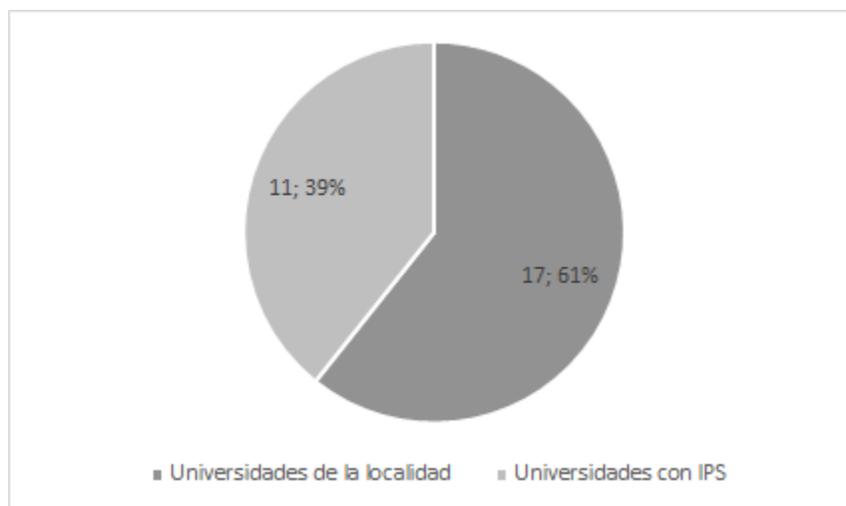
*Figura 4. Mapa localidad de Chapinero. Fuente Alcaldía Local de chapinero (2018)*

La localidad de Chapinero cuenta con aproximadamente 166.000 habitantes y una población flotante de más de 500.000 personas. Es una localidad con excelentes vías de tránsito y transporte, las principales vías de acceso de la localidad son la Avenida 39, las Calles 45, 53, 57, 60, 63, 72, 76, 85, 88, 92, 94 y 100, las Carreras Séptima, 11, 13 y 15, la Avenida de los Cerros, la Avenida Chile (Calle 72) y la Avenida Caracas (Alcaldía local de Chapinero, 2018). Se cuenta con ciclorrutas y servicio de transporte público. El barrio Chapinero es uno de los pocos que ha sido declarado como zona de Interés Cultural de la ciudad, se destacan museos, parques, teatros, iglesias y zonas comerciales. Es una localidad que se caracteriza por tener un alto número de servicios de salud, educativos (educación superior y básica) y servicios culturales.

Como se mencionó el mercado meta para el cuadernillo ANSIA serán aquellas universidades de la localidad de Chapinero que cuenten con una IPS o unidad de atención psicológica. En primera medida las universidades que se encuentran en dicha localidad son: Fundación Universitaria Monserrate, Fundación Universitaria los Libertadores,

Corporación universitaria Iberoamericana, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Universidad Piloto de Colombia, Universidad de La Salle, Universidad Pedagógica Nacional, EAN, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Universidad Manuela Beltrán, Universidad Sergio Arboleda, Fundación Universitaria San Martín, La Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad Católica de Colombia, Universidad Santo Tomás, Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Corporación universitaria Nueva Colombia (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017).

De estas universidades aquellas que cuentan con IPS o unidad de servicios psicológicos según la Superintendencia de Salud (2018) son: Los Libertadores (CUNAPSI), Universidad Santo Tomás (Servicio de atención psicológica IPS), Universidad Católica de Colombia (Unidad de servicios psicológicos), Corporación universitaria Iberoamericana, Universidad EAN, Fundación politécnico Gran Colombiano, Pontificia Universidad Javeriana (Consultores en psicología), Fundación Universitaria San Martín, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Centro de psicología clínica), Universidad Piloto de Colombia y Universidad de la Salle.



*Figura 5. Descripción mercado meta, porcentaje universidades localidad chapinero*

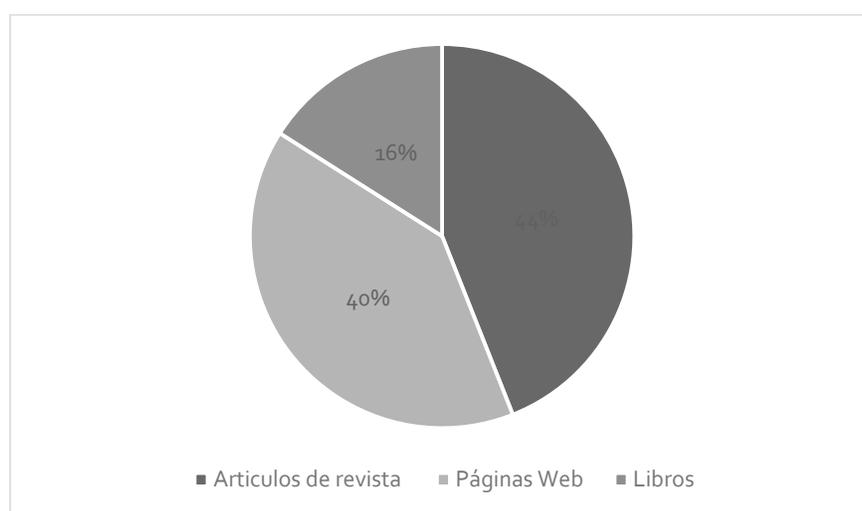
## Competencia

**Competencia directa:** La competencia directa del producto son todas las universidades que cuentan con IPS que además abordan el tema de la ansiedad en adultos, promoviendo hábitos de vida saludables. Las universidades que cuentan con IPS o unidad de servicios psicológicos según la Superintendencia de Salud (2018) son: Los Libertadores (CUNAPSI), Universidad Santo Tomás (Servicio de atención psicológica IPS), Universidad Católica de Colombia (Unidad de servicios psicológicos), Corporación universitaria Iberoamericana, Universidad EAN, Fundación politécnico Gran Colombiano, Pontificia Universidad Javeriana (Consultores en psicología), Fundación Universitaria San Martín, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Centro de psicología clínica), Universidad Piloto de Colombia y Universidad de la Salle.

**Competencia sucedánea:** La competencia sucedánea del producto son los libros, las revistas, artículos y páginas en línea de psicología que abordan el tema en general de la ansiedad en adultos, también las distintas instituciones que realizan prevención en las diversas poblaciones pero que están principalmente dirigidas a capacitar, no a la realización de un proceso terapéutico completo. Algunos de los libros que son competencia para el cuadernillo que se está promocionando son: Aunque tenga miedo, hágalo igual (Susan Jeffers); Sentirse bien (David D. Burns); Ansiedad y Fobias (Edmund Bourne); Dominar las crisis de ansiedad (Pedro Moreno y Julio César Martín); Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes (María Paz García Verda y Jesús Sanz); Ansiedad para Dummies (Charles H. Elliott y Laura Smith); Cómo superar la ansiedad (Enrique Rojas); Ansiedad: Miedo, esperanza y la búsqueda de la paz interior (Scott Stossel); El fin de la ansiedad (Gio Zararri); El camino del Mindfulness (John Teasdale, Mark Williams, Zindel Segal); Curación emocional: Acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos ni psicoanálisis (David Servan-Schreiber); Cómo superar la ansiedad y la depresión (Joseph Luciani); The 10 best-ever Anxiety management techniques (Margaret Wehrenberg); Pánico afuera: técnica natural que ayudará a detener rápidamente tus ataques de pánico y tu ansiedad general (Barry McDonagh); Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted (Albert Ellis); Superar la ansiedad y el pánico (Linda Manassee Buell); Aprender de la ansiedad: La sabiduría de las emociones (Pedro Moreno); La ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso (Marta

Rapado); How to cure phobias and fears: dealing with everything from agoraphobia to social phobias (Paul White); Cómo suprimir las preocupaciones y disfrutar de la vida (Dale Carnegie); Ansiedad, ¿Que alguien me ayude! (Sara Burillo); Fobia Social (Cristina Botella, Rosa María Baños, Conxa Perpiñá); Fobia Social (Salvador Enguix Cervera, Miguel Bennasar Roca, Julio Bobes García); Sanar la vergüenza que nos domina: Cómo superar el miedo a exteriorizar tu verdadero yo (John Bradshaw); El don de la timidez (Dr. Alexander Ávila); Cómo vencer la timidez (Jonathan Cheek); La timidez en la infancia y en la adolescencia (María Inés Casares Monjas); Fobia Social: Evaluación y Tratamiento (César Casas Antona); Fobia Social (A Bados); Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social (Cristina Botella, Rosa María Baños, Conxa Perpiñá). Dentro de los artículos se encuentran: Ansiedad Social: un obstáculo de peso para el normal rendimiento laboral y académico (*Dr. Enzo H. Cascardo & Dr. Pablo E. Resnik*); Functional impact and health utility of anxiety disorders in Primary Care patients (*Stein M. y col*); Social phobia in general health care: an unrecognized, undertreated, disabling disorder (*Weiller E, Bisserbe JC, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y*); Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento (*Celia Camilli & Anadela Rodríguez*); Tratamiento Psicológico de la Fobia Social: un estudio experimental (*Karmele Salaberria Irizar & Enrique Echeburúa Ordiozola*); El Tratamiento de la Fobia Social Específica y Generalizada en Europa: un estudio meta-analítico (*Julio Sánchez Meca, Rosa Alcázar & Ana Isabel*); Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica (*Pedro J. Moreno Gil, F. Xavier Méndez Carrillo y Julio Sánchez Meca*); Perspectivas Cognitivas en el Tratamiento de la Fobia Social: estudio de un caso clínico (*Vidal Fernández, J.; Ramos-Cejudo, J.; Cano-Vindel, A.*); Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social (*Julio Bobesa , Xavier Badíab, Antonio Luquec , Margarida García, María Paz González , Rafael Dal-Réc y el Grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social*); Estado del Arte sobre el Tratamiento de la Fobia Social (*César A. Rey, Derly R. Aldana A & Sujelid Hernández R*). También, algunas de las páginas que hablan acerca de la ansiedad social son: [psicologíamente.net](http://psicologíamente.net); [Cepvi.com](http://Cepvi.com); [clínicadelaansiedad.com](http://clínicadelaansiedad.com); [nimh.nih.gov](http://nimh.nih.gov) (National

Institute of Mental Helth); Psicoterapeutas.com; isepclinic.net (psicología clínica y de la salud); grupodoctoroliveros.com; habilidadesocial.com; centroima.com.ar; womenshealth.com; laflore.com.co; intramed.net; lamenteesmaravillosa.com; wikihow.com; psicologiaycomunicacion.com; esferaspsicologosmadrid.com; evolucionconsciente.org; sebascelis.com; psiconet.es; seduccionyautoayuda.com; vix.com; webconsultas.com (mente y emociones); centroap.com (psicólogos en Monterey); superarfobiasocial.blogspot.com.co; fobiasocialaldia.wordpress.com; academiaconecta.com; hipnosisnet.com.ar; salud.uncomo.com; ansiedadyestres.org.



*Figura 6. Descripción y Porcentaje de la competencia sucedánea.*

### **Canal de distribución**

Los creadores de ANSÍA se acercarán a las instituciones de educación superior con el fin de dar a conocer todo el contenido del mismo, para que así después el cuadernillo pueda ser entregado a instituciones, pacientes y profesionales de manera directa, es decir el producto (Ansía) pasa directamente del productor al consumidor (Economía Simple, 2016).

### **Resultados del Estudio de Mercado**

Se realizó la encuesta de mercado con la finalidad de identificar las necesidades que se presentan en torno a un producto para el manejo de la ansiedad social es decir se indaga por aquellas cosas que les gustaría encontrar en el cuadernillo de trabajo tanto al profesional de psicología como el posible cliente. Entre esas cosas se indaga por las

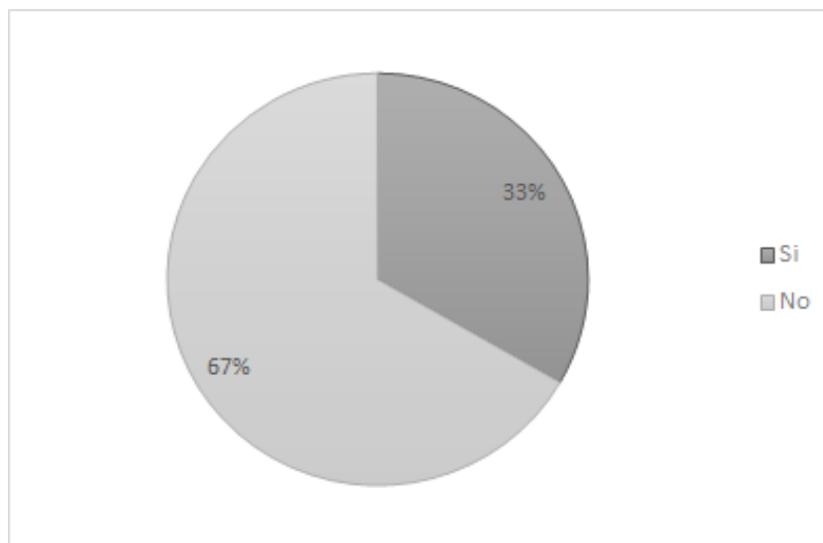
temáticas a tratar a nivel informativo, teórico o de psicoeducación, estrategias o técnicas que pueden ayudar a regular los síntomas y complementan el proceso, material de apoyo, contenidos del material audiovisual, tiempo a invertir en las sesiones de trabajo tanto individual como grupal, beneficios adicionales por la adquisición del producto y el valor monetario a invertir en el diseño del producto.

Tabla 1

*Datos sociodemográficos de las personas que respondieron a la encuesta de mercado*

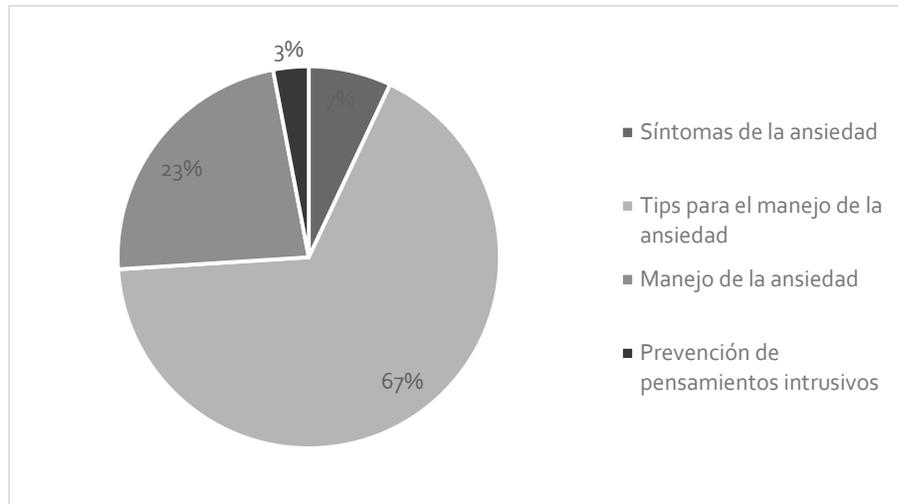
		N	%
<b>Edades</b>	20-29	20	66.7%
	30-39	1	3.3%
	40-49	4	13.3%
	50-59	5	16.7%
<b>Sexo</b>	Femenino	17	56.7%
	Masculino	13	43.3%
<b>Ocupación</b>	Estudiantes de psicología	17	56.7%
	Psicólogos	4	13.3%
	Enfermera	2	6.67%
	Educadores	2	6.67%
	Fisioterapeuta	1	3.3%
	Médico	1	3.3%
	Odontólogo	1	3.3%
	Abogado	1	3.3%
	Ingeniero Químico	1	3.3%

Las tres primeras preguntas de la encuesta están dirigidas al conocimiento que tienen los participantes sobre algún producto que aborde el manejo de la ansiedad social en adultos los elementos que gustaron del producto y qué aspectos no gustaron mucho de este. Según la encuesta se encontró que 67% de las personas no tenían conocimiento de un producto para el tratamiento de la ansiedad social en niños y el 33.3% de participantes contestaron que sí tenían conocimiento de un producto dirigido para esta problemática. Entre aquellos aspectos que más gustaron de los productos conocidos fue el material de apoyo y fácil entendimiento del producto y aquello que menos gustó fue el costo, material de apoyo y el entendimiento de este (Ver figura 7).



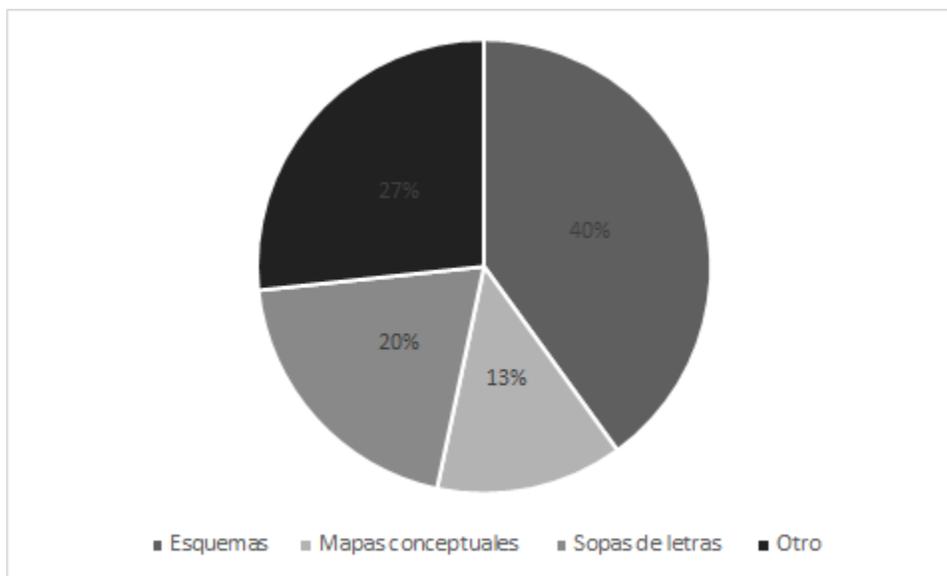
*Figura 7. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 1*

En la pregunta 4 se indaga por las temáticas que le gustaría encontrar en el cuadernillo de trabajo, de acuerdo a la encuesta se encontró que más de la mitad de los participantes con un 67% eligió la opción de tips para el manejo de la ansiedad, el 23.3% el manejo de la ansiedad, el 7% eligió la opción de síntomas de la ansiedad y el 3.3% restante eligió la opción de prevención de síntomas intrusivos (Ver figura 8).



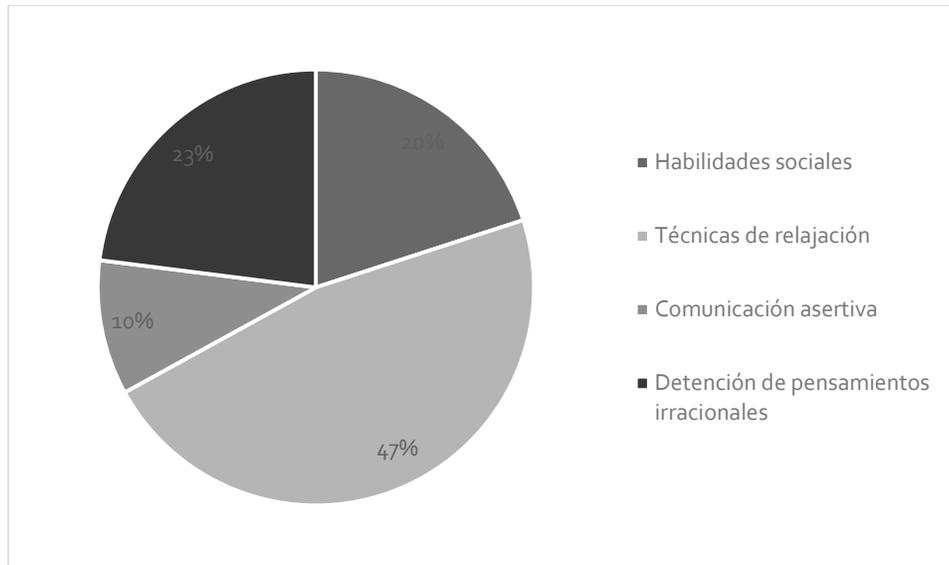
*Figura 8. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 4*

Con respecto al material de apoyo que a los participantes les gustaría encontrar en el cuadernillo de trabajo para reforzar los conceptos dados en las sesiones de trabajo se encontró que un 40% le gustaría encontrar esquemas, un 26.7% selecciono la opción de “otro” en donde respondieron que adicionaron imágenes, dibujos, mapas mentales, ejercicios prácticos y mapas mentales. Un 20% respondió que las sopas de letras sería una buena opción teniendo en cuenta los conceptos trabajados en sesión y un último 13.3% considera que los mapas conceptuales son un buen material de apoyo (ver figura 9).



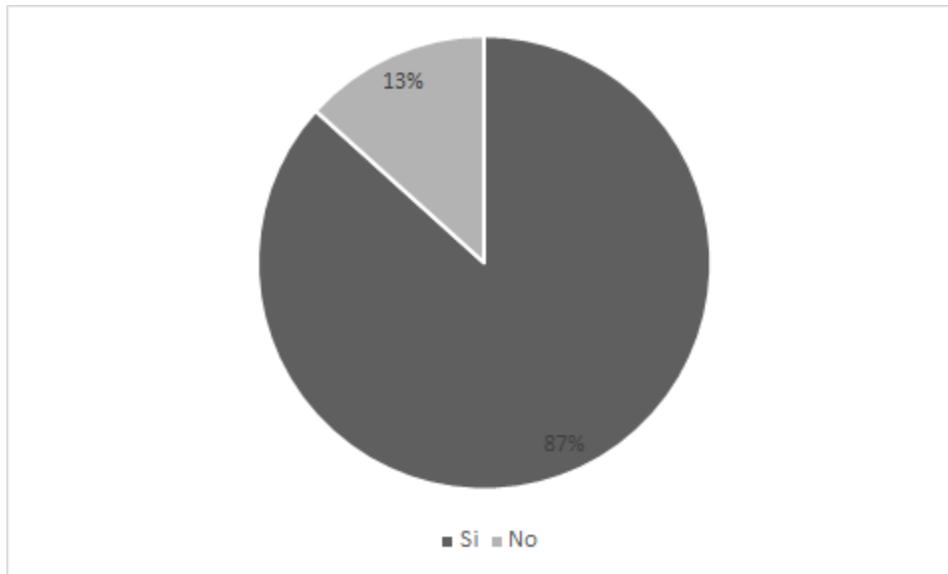
*Figura 9. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 5*

De acuerdo con la pregunta 6 que se relaciona con aquellas estrategias que a los participantes les gustaría encontrar para disminuir los impactos y consecuencias de la ansiedad social se encontró que un 47% de los participantes están de acuerdo en añadir en el cuadernillo técnicas de relajación, seguido de un 23.3% por las estrategias para la detención de pensamientos irracionales, un 20% en habilidades sociales y un 10% en comunicación asertiva (ver figura 10).



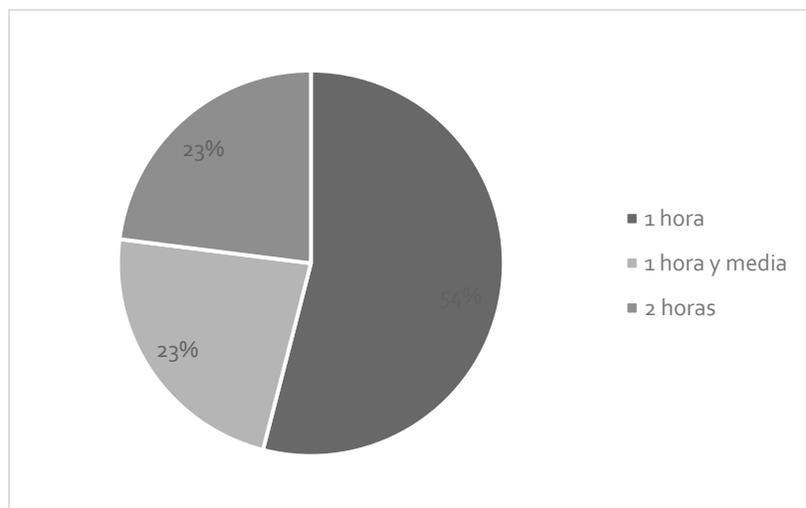
*Figura 10. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 6*

En la pregunta 7 los participantes en un 86.7% estuvieron de acuerdo en decir que si les gustaría recibir un acompañamiento profesional para el trabajo realizado con el cuadernillo y el 13.3% no les gustaría recibir dicho acompañamiento (Ver figura 11).

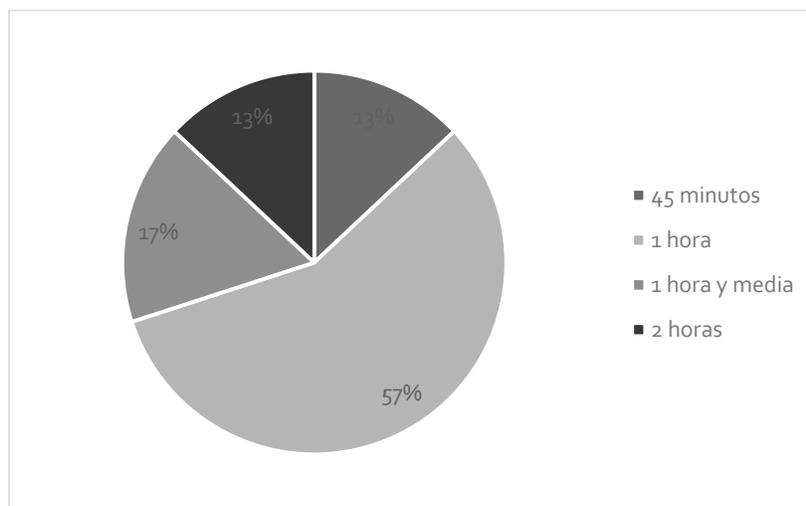


*Figura 11. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 7*

En las preguntas 8 y 9 se indaga por el tiempo a invertir en las sesiones de trabajo a nivel individual y grupal respectivamente. De acuerdo con las encuestas a nivel grupal más de la mitad de los participantes con un 54% está de acuerdo con que las sesiones sean de 1 hora, un 23.3% refiere que estaría dispuesto a invertir 1 hora y media y el 23% restante refiere que las sesiones sean de 2 horas semanales (ver figura 12). Mientras que a nivel individual se observó que el 13% de los participantes de la encuesta, invertiría 45 minutos semanalmente para trabajar las sesiones individuales, el 57% invertiría en 1 hora semanal, semanal, un 17% invertiría hora y media para realizar sesiones individuales semanalmente y, por último, un 13% invertiría 2 horas semanales para dicho trabajo (ver figura 13).

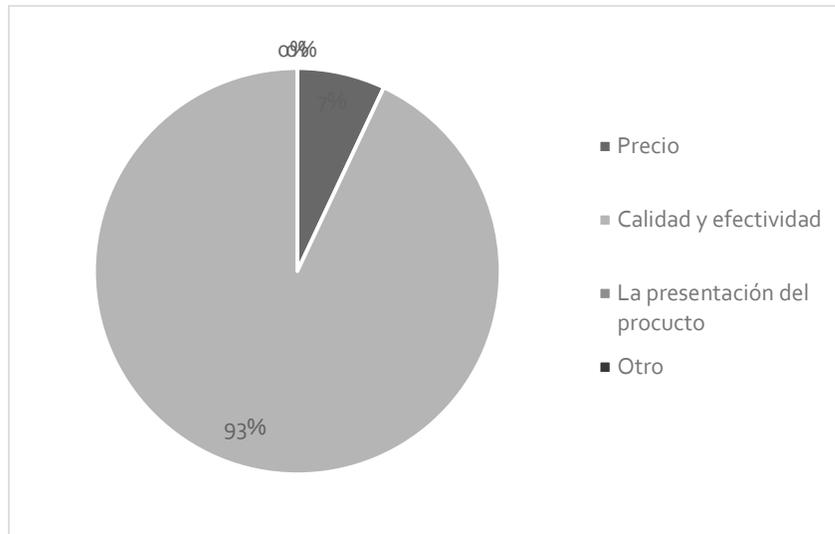


*Figura 12. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 8*



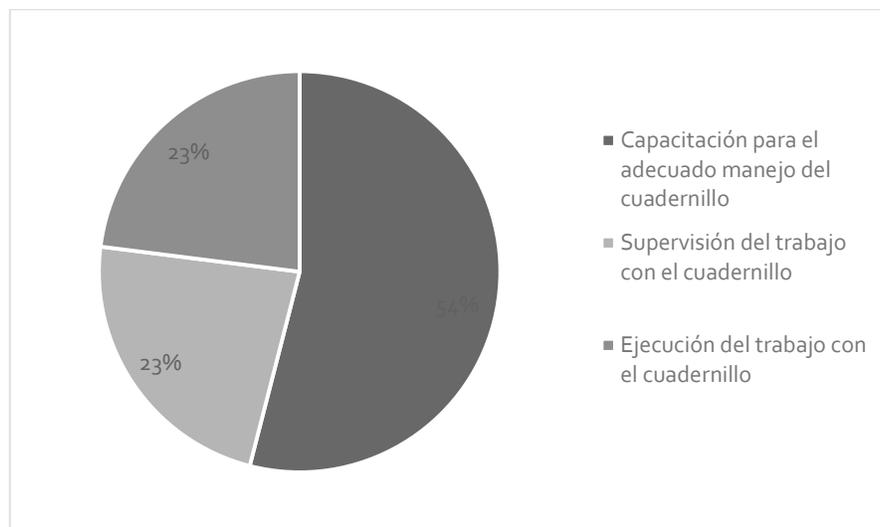
*Figura 13. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 9*

En cuanto a lo que las personas tendrían en cuenta al momento de adquirir el cuadernillo de trabajo sería: para el 93% de personas lo más importante sería la calidad y la efectividad del cuadernillo, mientras que el 7% se fijarían en el precio de este (Ver figura 14).



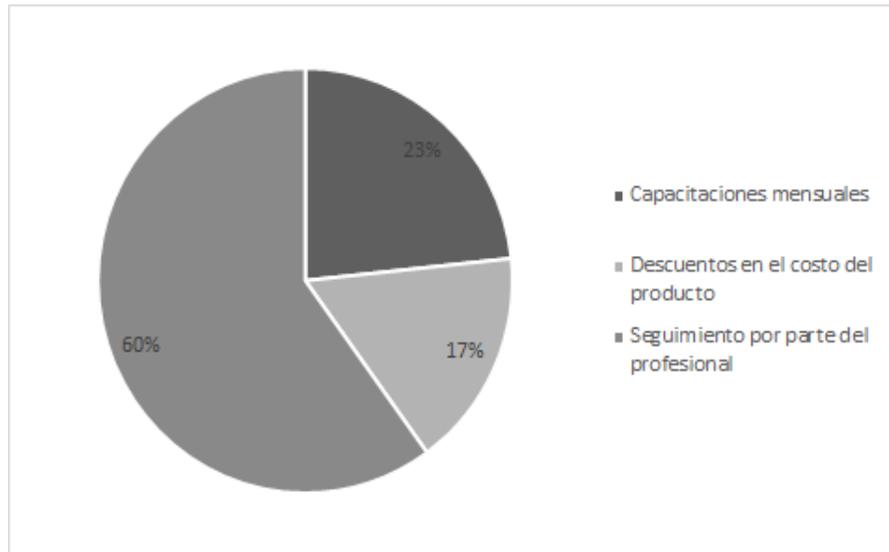
*Figura 14. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 10.*

En la pregunta 11, acerca del acompañamiento por parte de los psicólogos que ofrecen el producto, que les gustaría recibir a las personas encuestadas, respondieron de la siguiente manera: el 54% de los participantes respondió que les gustaría recibir una capacitación para el adecuado manejo del cuadernillo, al 23% les gustaría recibir supervisión del proceso de trabajo con el cuadernillo y al otro 23% les gustaría que el equipo de psicólogos ejecutará el trabajo con el cuadernillo (Ver figura 15).



*Figura 15. Respuesta de encuesta de mercado pregunta 11*

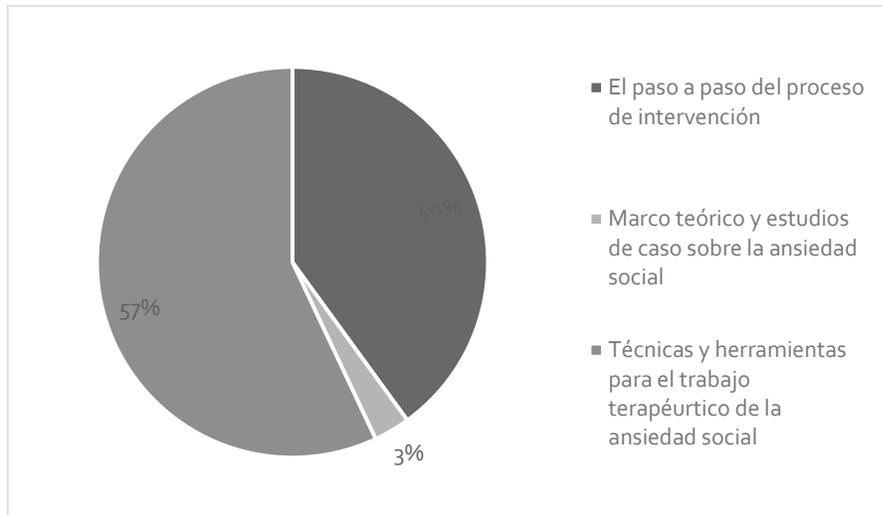
En cuanto a lo que les gustaría encontrar como material adicional, a las personas que adquieran el cuadernillo de trabajo, se pudo observar que al 60% le gustaría recibir seguimiento por parte del profesional, al 23% les gustaría recibir capacitaciones mensuales y al 17% les gustaría recibir descuentos en el costo del cuadernillo (Ver figura 16).



*Figura 16. Respuesta de encuesta de mercado pregunta 12*

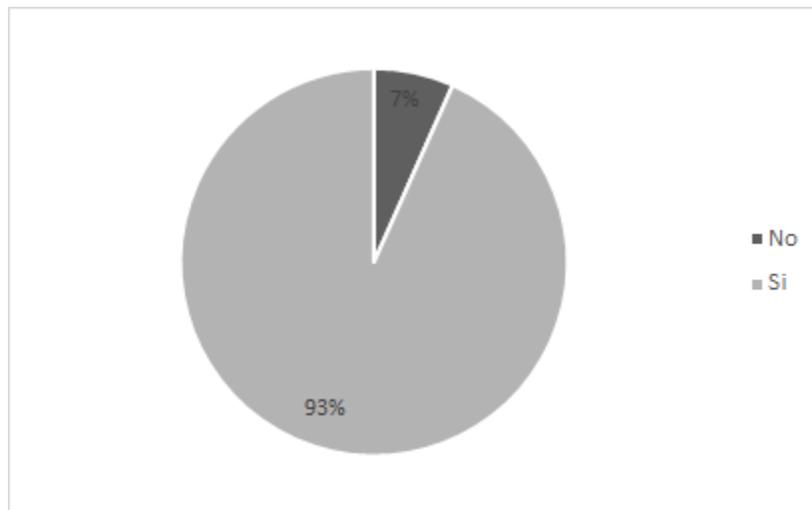
De acuerdo a si le gustaría o no, encontrar ejercicios para poner en práctica lo que se aprendió durante las sesiones, al 100% de las personas encuestadas si les gustaría encontrar este tipo de ejercicios.

En cuanto a lo que les gustaría a los terapeutas encontrar en el cuadernillo como lo más importante, es: al 57% le gustaría encontrar técnicas y herramientas para el trabajo terapéutico de la ansiedad social, al 40% el paso a paso del proceso de intervención y, por último, al 3% les gustaría encontrar el marco teórico y algunos estudios de caso sobre la ansiedad social (ver figura 17).



*Figura 17. Respuesta de encuesta de mercado pregunta 14*

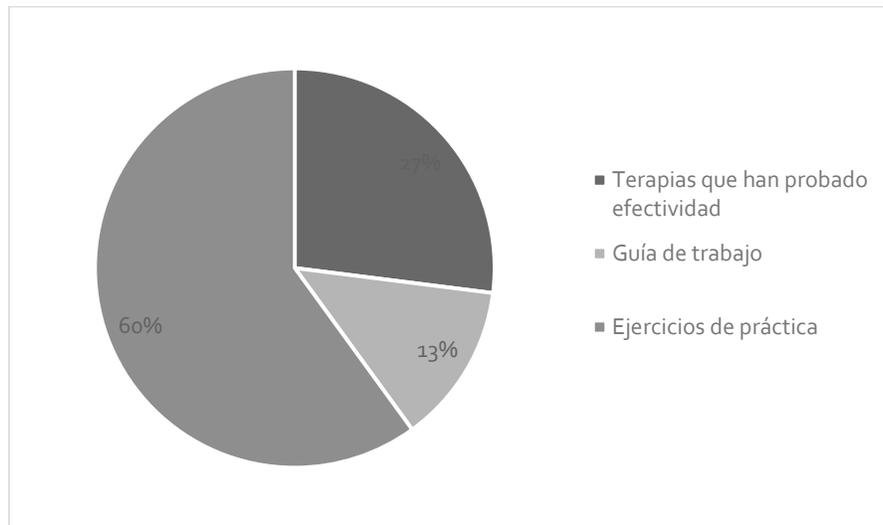
Se pudo evidenciar que el 73% de los participantes como material audio visual prefieren videos con ejercicios, mientras que el 20% videos con casos y el restante que corresponde a un 7% prefieren tener un resumen de lo presentado en la sesión (ver figura 18).



*Figura 18. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 15*

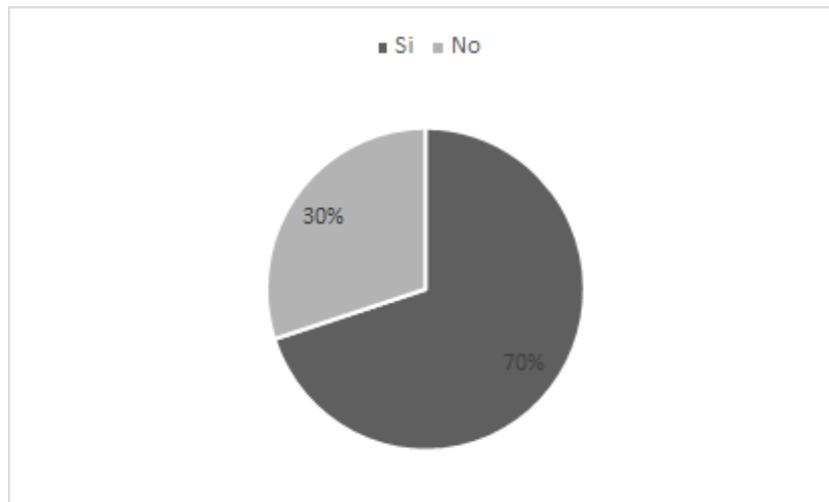
Para escoger el material que debe tener el CD el 60 % prefirió ejercicios de práctica, mientras que el 27% eligió que este tuviera una guía de trabajo y el restante que

corresponde al 13% decidió que el material del CD tuviera terapias que han probado efectividad en la ansiedad social (ver figura 19).



*Figura 19. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 16*

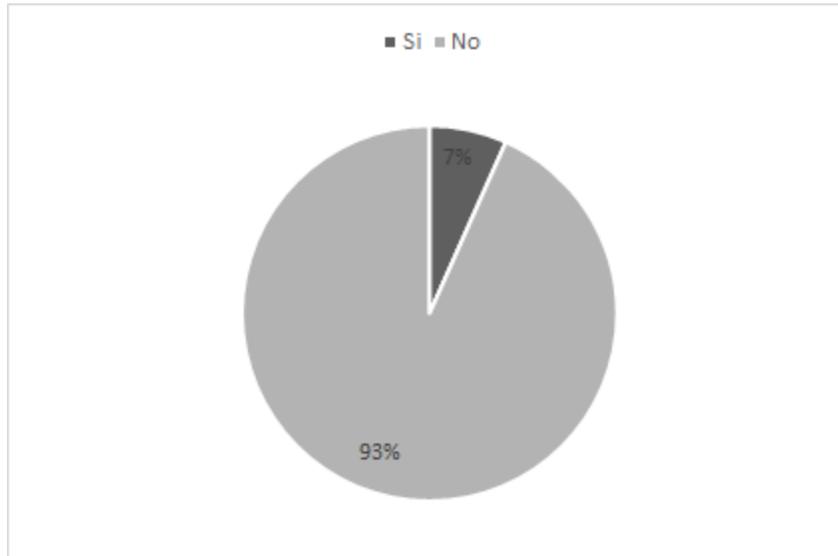
El 70% de los participantes prefieren tener acompañamiento de otra persona, mientras que el 30% no estuvieron de acuerdo con que otra persona los acompañara en la participación (ver figura 20).



*Figura 20. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 17*

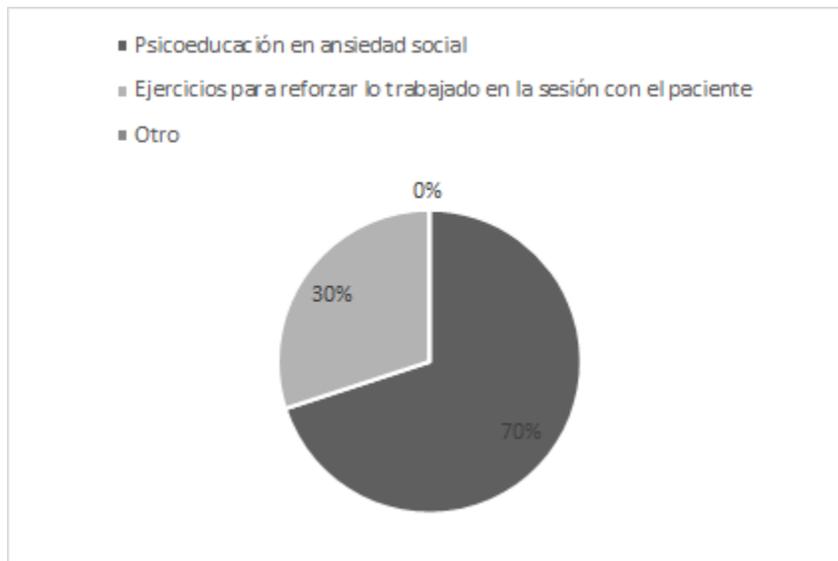
Dentro de la encuesta de mercadeo se les presenta la opción a los participantes de que se brindará información para las familias, por lo que el 93% de los participantes están

de acuerdo con que se presente tal información a la familia, mientras que el 7% prefieren que la información no se brinde (ver figura 21).



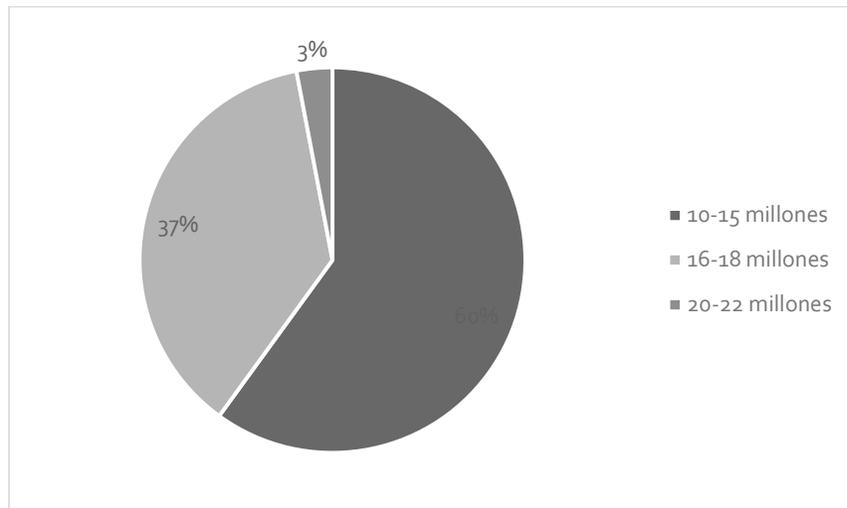
*Figura 21. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 18*

El 70% de los participantes prefiere que dentro de los temas se aborde la Psicoeducación en ansiedad social, mientras que el 30% prefiere que se tengan en cuenta ejercicios para reforzar lo trabajado (ver figura 22).



*Figura 22. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 19*

El 60% de los participantes invertiría en un producto dirigido a la ansiedad social entre 10 y 15 millones, el 36,7% invertiría de 16 a 18 millones y finalmente el 3,3% estaría dispuesto a invertir entre 20 a 22 millones (ver figura 23).



*Figura 23. Respuestas de la encuesta de mercado pregunta 20*

### **Discusión del Estudio de Mercado**

De acuerdo con los datos recogidos en la encuesta de mercado se identifica que pocas personas tienen conocimiento de algún producto que ayude en el manejo de la ansiedad social en la población adulta, lo cual favorece en gran medida el diseño de este material de trabajo ya que se convierte en una herramienta innovadora para el trabajo realizado por el psicólogo y el paciente teniendo una participación activa en su proceso. Las pocas personas que contestaron que sí conocían productos para el manejo de la ansiedad social en adultos concuerdan con que aquello que más agradó fue el material de apoyo y su fácil entendimiento lo cual nos orienta a que este cuadernillo tenga un fácil manejo y comprensión tanto para el profesional en psicología como para el consultante que lo esté utilizando y no se presenten complicaciones con su manejo.

En las temáticas a incluir en el cuadernillo más de la mitad de los encuestados respondieron a la opción de tips para el manejo de la ansiedad lo cual nos parece de gran relevancia ya que en la mayoría de ocasiones los pacientes con dicha problemática no saben cómo manejarla o no conocen otras técnicas quizás más efectivas. Sin embargo, es importante agregar en este material información referente a la sintomatología de la ansiedad para que el paciente aprenda a reconocerla y actuar frente a los síntomas que se presentan.

De igual manera entre las estrategias para disminuir los impactos y las consecuencias de la ansiedad social en adultos los encuestados respondieron que les gustaría encontrar estrategias y técnicas para relajarse, seguido de técnicas para la detención de pensamientos irracionales; sin embargo se toma bajo consideración que se deben abordar estrategias para incrementar las habilidades sociales, comunicación asertiva y técnicas de relajación ya que estas habilidades y estrategias suelen ser las que más se dificultan en las personas con ansiedad social cómo iniciar y mantener conversaciones, utilizar una comunicación adecuada o regular adecuadamente la sintomatología ansiosa entre otras.

En el apartado teórico del cuadernillo para reforzar los conceptos en las sesiones de trabajo se encontró que la mayoría de las personas respondió les gustaría ver esquemas seguido de la opción de “otro” como imágenes, dibujos, audios, ejercicios de práctica y mapas mentales. Se considera de suma importancia utilizar los esquemas, acompañado de imágenes y ejercicios de práctica de lo abordado en sesión, ya que se tiene en cuenta que hay personas que se les facilita la comprensión por medios más gráficos, específicos y concretos en lugar de leer textos o teoría. En cuanto al acompañamiento profesional que se brindaría para el trabajo realizado con el cuadernillo los participantes respondieron que si les gustaría recibir dicho acompañamiento y nos parece pertinente realizarlo para que el trabajo y proceso con el paciente y psicólogo se ejecute de la mejor manera posible.

En la encuesta de mercado se indago por el tiempo que las personas estarían dispuestas a invertir en las sesiones de trabajo tanto individuales como grupales en donde se encontró que los encuestados indican que en dichas sesiones (grupales e individuales) el tiempo sería de 1 hora. Por lo cual se toma en consideración que las sesiones grupales se realizarán de dos horas semanales, ya que el trabajo en grupo requiere de mayor tiempo para realizar las actividades, abordar las temáticas y realizar una sección práctica. Mientras que las sesiones individuales se dejan de 1 hora como complemento de las actividades grupales y abordar la problemática de una manera más ideográfica o personal teniendo presente que cada caso se presenta de manera diferente.

Así mismo, se pudo observar en los resultados de la encuesta de mercado, que al momento de adquirir el cuadernillo de trabajo lo que tendrían en cuenta las personas sería la calidad y la efectividad de este, así como también les gustaría recibir capacitaciones por

parte del grupo de psicólogos que ofertan el cuadernillo, esto con el fin de tener un adecuado manejo.

Dentro de lo que les gustaría encontrar como material adicional, a las personas que adquirieran el producto, sería recibir seguimiento por parte del profesional para mirar cómo va su proceso terapéutico. Para complementar lo anterior, a las personas encuestadas les gustaría encontrar ejercicios para poner en práctica lo aprendido durante las sesiones en las que se trabajaron con el cuadernillo. También se indagó en la encuesta de mercado, sobre lo que a los terapeutas (psicólogos) les parecería lo más importante encontrar en el cuadernillo, a lo que respondieron en su mayoría, que les parecería importante encontrar técnicas y herramientas para el trabajo terapéutico de la ansiedad social en adultos.

Dentro del valor agregado del cuadernillo y según los resultados de la encuesta de mercado, se encontró que a las personas les gustaría encontrar material audiovisual como videos con ejercicios relacionados al manejo de la ansiedad social y un CD en el cual se encontrarán ejercicios prácticos, sin embargo se toma la decisión de no incluir ese material audiovisual y CD ya que es más funcional para los objetivos del programa realizar capacitaciones a los profesionales en psicología para entrenarlos en el manejo y aplicación de los cuadernillos de trabajo y de esta manera no entregar más material de apoyo que ya se ve reflejado con los dos cuadernillos.

Dentro de la encuesta de mercadeo a los participantes se les presenta la opción de que sean o no acompañados por una persona para iniciar este proceso, por lo que la mayoría de las personas prefirieron ser acompañadas.

Se indaga si los participantes desean que se brinde información acerca de la ansiedad social dirigida a los familiares, a lo que la mayoría de los participantes quieren que esto se realice, dado que la mayoría de las personas prefieren que se brinde información a la familia y es de vital importancia el acompañamiento y familiar y una red de apoyo sólida para el proceso terapéutico. También se les presentaron algunos temas dentro de la encuesta para así elegir el mejor para dar a las familias, por lo que el tema a abordar será el de psicoeducación en ansiedad social.

Para finalizar la encuesta de mercadeo se tuvo en cuenta cuánto dinero estarían dispuestos a invertir los participantes interesados en una guía psicoeducativa para la atención clínica en el manejo de la ansiedad social en adultos, a lo que la mayoría invertiría

entre 10 y 15 millones de pesos valor que se considera apropiado para el diseño del cuadernillo.

### Análisis costos y gastos

Tabla 2

*Presupuesto del producto*

Concepto	Valor
Diseño del producto (hora profesional * # horas de trabajo en diseño)	\$15.000.000
Gastos del editor (apoyo externo)	\$100.000
Gastos de ejecución (# profesionales x valor de la hora x # horas)	\$900.000
Transporte (visita a universidades para la distribución y publicidad del producto)	\$170.000
Materiales y papelería (capacitaciones y publicidad)	\$ 350.000
Producto ampliado (# de capacitaciones por universidad 3). (capacitaciones a profesionales, acompañamiento terapéutico al profesional de psicología y familiares de los pacientes)	\$1.350.000
Alquiler de equipos (video beam y computador)	\$600.000
Producto terminado (Cuadernillo del psicólogo y cuadernillo del paciente).	\$85.000
Valor total del producto	\$ 18.525.000

## Resultados

A continuación se muestra el diseño del cuadernillo de trabajo para el paciente y para el profesional en psicología:



# Ansía

Tranquilidad mental, salud y bienestar

**CUADERNILO PARA EL PACIENTE**

**ILUSTRACIONES POR: FERNANDO CEPEDA SÁNCHEZ**

## CONTENIDO

Generalidades de la Ansiedad social

Manejo de la ansiedad

¿Qué es la ansiedad?

¿La ansiedad es buena o mala?

¿Qué me pasa cuando tengo ansiedad?

¿Cómo puedo manejar la ansiedad?

Respiración diafragmática

Relajación progresiva

Mindfulness

Habilidades sociales

¿Qué tengo que saber acerca de las habilidades sociales?

¿Qué son las habilidades sociales?

Factores que contribuyen a tener una conducta social habilidosa

La mirada

La expresión facial

La postura corporal

Entrenamiento en habilidades sociales

Instrucciones/aleccionamiento

El ensayo de conducta

El modelado

Solución de problemas

¿Qué es la solución de problemas?

Vencer la pasividad

Externalizar el problema

Mapa del problema

Actividades grupales

Anexos

## ANSIEDAD SOCIAL

- ✓ El miedo a la evaluación negativa por los otros es la característica central de la Ansiedad Social.
- ✓ Para algunas personas es más fácil soportar ciertas situaciones que les genera ansiedad. Mientras que, para otras personas, estas mismas situaciones les genera mucho temor, por lo que prefieren no enfrentarse a eso que les genera ansiedad.
- ✓ Es importante que sepa, que para que una persona sea diagnosticada con Ansiedad Social, esta ansiedad debe afectar de manera significativa su vida. el malestar provocado por la situación (D' Alessandro et al., 2013).



### *SABÍA QUE...*

El trastorno de ansiedad social es el trastorno de ansiedad más común (Stein & Stein, 2008).

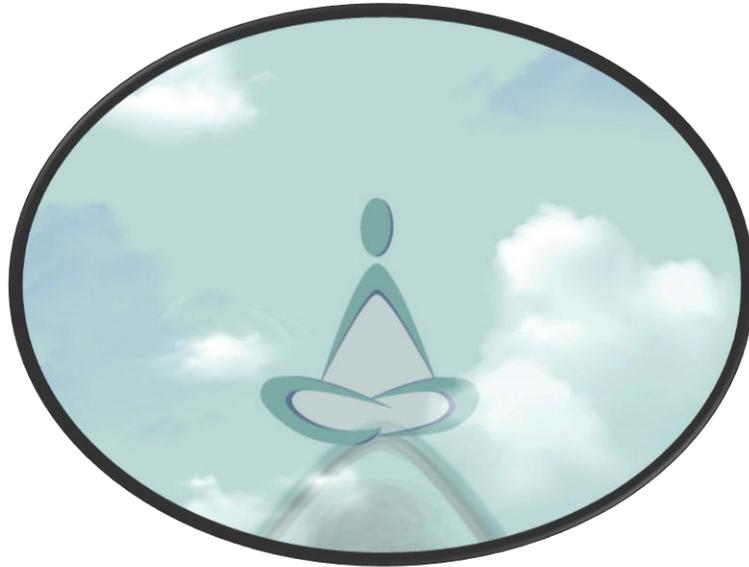
Ruborización - Miedo excesivo e irracional - Creencias erradas frente a sí mismo y su entorno social- Sequedad de garganta y boca- Contracciones musculares (especialmente alrededor de la cara y el cuello)- Comer con dificultad - Poco contacto visual - hablar con una voz sumamente baja- Sudoración excesiva- Frecuencia cardíaca alta- Temblores- Miedo a tomar un vaso de agua o usar utensilios para comer - Malestar estomacal- Náuseas- Postura corporal rígida- Torpeza- Sensación de que lo observan al caminar



## SÍNTOMAS

Las personas con ansiedad social pueden presentar los síntomas anteriormente descritos. Estos se pueden generar por una situación específica en donde la persona tenga interacción social y este expuesto a una evaluación de los demás (Como burla, críticas, ser el centro de atención, ser observado mientras realiza alguna actividad, conocer personas, relaciones interpersonales (afectivas o de amistades), encuentros sociales, generándole mucho malestar.

Por favor resalte aquellos síntomas que identifica que le suceden a menudo.



# *MANEJO DE LA ANSIEDAD*

## *PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ANSIEDAD*

A continuación, encontrará una serie de preguntas que posiblemente usted se ha planteado. Léalas atentamente y si le surge alguna duda podrá realizárselas a su terapeuta, quien le ayudará a despejarlas.

Recuerde que el objetivo es que conozca lo que le sucede y aprenda a manejarlo de la mejor manera. Por eso, luego de las preguntas encontrará información que le ayudará a contrastar sus respuestas.

¿Para usted que es la ansiedad?

---

---

---

¿La ansiedad es buena o mala?

---

---

---

¿Qué pasa cuando tiene ansiedad?

---

---

---

¿Cómo puede manejar la ansiedad?

---

---

---

## Y ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

La ansiedad es una emoción que todas las personas experimentamos en algún momento. Esta emoción puede aparecer cuando estamos ante un problema en el trabajo, al momento de presentar un examen o tomar una decisión importante.



**Definición:** “respuesta a una situación de estrés, dando como resultado una reacción de alerta que pone al individuo en un estado de defensa ante situaciones percibidas por la persona como amenazantes” (Camacho & Mamani, p. 1788, 2013).

## *¿LA ANSIEDAD ES BUENA O ES MALA?*

La ansiedad no es buena ni es mala, simplemente es una emoción que nos ayuda a reaccionar ante una amenaza. Sin embargo, llega a convertirse en algo problemático, cuando altera el comportamiento de la persona afectando sus relaciones personales, su ámbito laboral, académico, familiar, entre otros.

## *¿QUÉ ME PASA CUANDO TENGO ANSIEDAD?*

### Actividad

Coméntele a su psicólogo de manera detallada qué sucede en su cuerpo, qué piensa, hace y siente cuando tiene ansiedad. Identifique las situaciones que suelen generarle dichas respuestas. (Ver anexo A)



A continuación, encontrará un ejemplo de cómo debe llenar el registro de análisis funcional (Anexo A).

### Análisis funcional: Ejemplo

Fecha-Hora	Situación	Evento	Qué Pensó	Qué Sentí	Qué Hice	Qué paso conmigo	Qué paso a mi alrededor
10 de marzo 2018	<p><b>Contexto Exteroceptivo:</b> Estaba en mi casa con mis padres almorzando.</p> <p><b>Contexto Interoceptivo:</b> Permanecía bastante tenso</p>	Suena el teléfono, mi mamá contesta, se acerca a mí y me dice que me llaman para ofrecerme un trabajo nuevo.	Me va a tocar trabajar con otras personas. Se van a burlar de mí. No voy a ser capaz. Se van a dar cuenta de mi problema con las personas.	Sudoración, temblor, mi corazón latía muy rápido, comencé a hiperventilar.	Le dije a mi mamá que siguiera hablando por que dijera que ya tenía trabajo cuando en realidad estaba desempleado	Se me quitó ese malestar, disminuyo totalmente	Mis papas me dijeron que no dijera mentiras, que debía poner la cara.

En la siguiente lista encontrara los síntomas físicos más comunes que se presentan cuando la persona está ansiosa. Marque con una **X** aquellos síntomas que se presentan en usted.

## SÍNTOMAS FÍSICOS

Sentirse nervioso	
Inquietud y tensión	
Aumento de la frecuencia cardíaca	
Hiperventilación	
Temblores	
Hormigueo	
Palpitaciones	
Sentirse débil o cansado	
Problemas gastrointestinales	
Problemas dermatológicos	
Sudoración excesiva	
Sensación de mareo, náuseas	
Rigidez muscular	
Sensación de inestabilidad	
Otro	

A continuación, encontrará los pensamientos más comunes que se presentan cuando la persona está ansiosa. Marque con una **X** aquellos pensamientos que usualmente usted presenta.

## SÍNTOMAS COGNITIVOS O PSICOLÓGICOS

<b>Alteraciones en el estado anímico</b>		<b>Sentimientos de inseguridad</b>	
Trastornos de la alimentación o sueño		Temor a la muerte	
Pérdida de control de impulsos		Sensación de amenaza o peligro	
Inquietud interna		Ganas de huir	
Miedo a perder el control de las situaciones		Incertidumbre	
Dificultad para tomar decisiones		Sensación de extrañeza	
Dificultades de atención y memoria		Preocupación excesiva	
Expectativas negativas		Rumiación	
Pensamientos distorsionados		Sensación de confusión	
Sobrevalorar los detalles		Interpretaciones inadecuadas	

En el siguiente cuadro, encontrará los síntomas comportamentales más comunes que se presentan cuando la persona está ansiosa. Marque con una **X** aquellos comportamientos que usualmente usted presenta.

### SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES

<b>Hipervigilancia</b> (estar atento a lo que sucede alrededor).		<b>Dificultad para estarse quieto y en reposo</b>	
<b>Impulsividad</b>		Posturas cerradas (p.ej: cruzar los brazos)	
<b>Torpeza</b>		Rigidez (tensión muscular)	
<b>Dificultad para actuar</b>		Movimientos torpes de manos y brazos	
<b>Inquietud motora</b>		Tensión en la mandíbula	
<b>Cambios en la voz</b>		Expresión facial de asombro o duda	
<b>Dificultades para iniciar y mantener una conversación</b>		Hablar demasiado rápido	
<b>Bloqueos o quedarse en blanco</b>		Dificultades para expresar opiniones	
<b>Temor excesivo a posibles conflictos</b>		Ensimismamiento- aislamiento	



#### Actividad

¿Qué hace usted para manejar la ansiedad? Coméntele a su psicólogo que acciones o actividades realiza para calmar los síntomas de la ansiedad ¿le funciona o no le funcionan?

## ¿CÓMO PUEDO MANEJARLA?

Ya tenemos claro hasta este punto varios conceptos y características, pero ¿qué hacemos con eso? El objetivo es que aprenda algunas técnicas para manejar de la manera más adecuada la ansiedad y reducir los niveles de malestar que esta le causa. Es importante que tenga claro que los debe practicar de manera cotidiana y consciente. Si no comprende algo su psicólogo le ayudará.



- ✓ **RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA**
  
- ✓ **REÑAJACIÓN PROGRESIVA**
  
- ✓ **MINDFULNESS**

## RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

### ¿Qué es?





## PASO A PASO

1.1. En primer lugar, su psicólogo va a realizar la técnica indicando cada paso en voz alta, usted lo observara detenidamente.

1.2. Si algo no le quedó claro resuelva su inquietud, no se quede con ella.

3. Su psicólogo y usted realizarán la técnica al mismo tiempo, él o ella le darán las instrucciones.

5. Tome el aire de manera lenta y profunda por la nariz contando hasta 4, observe como su abdomen se hincha poco a poco.

4. Ponga una mano sobre su pecho y otra sobre su estómago.



**NOTA:** Cada vez que realicé el ejercicio diligenció el registro de práctica de la respiración diafragmática (Anexo B) para que de esta manera se puedan tener presentes los avances o dificultades presentadas y poderlas trabajar con el psicólogo.

## RELAJACIÓN PROGRESIVA

### ¿QUÉ ES?

Consiste en trabajar sistemáticamente los principales grupos musculares, creando y liberando la tensión. En consecuencia, usted aprenderá a reconocer la tensión muscular (Universidad de Almería, 2009).

Tenemos múltiples zonas en las que acumulamos tensión, por lo que es importante relajar los grupos musculares que componen nuestro cuerpo.



**NOTA:** Recuerde que con la práctica constante de la técnica se conseguirá:

- ✓ Relajación profunda.
- ✓ Establece un control voluntario de la tensión- distensión.
- ✓ Favorece un estado corporal más energético
- ✓ Permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso, mostrando con claridad cómo liberar uno, implicando liberar el otro.
- ✓ Logra disminuir los estados de ansiedad generalizados.
- ✓ Facilita la conciliación del sueño.

En esta técnica es muy importante aprender a relajar todos los grupos musculares y que usted comprenda la diferencia entre la tensión y distensión, es por esto que el entrenamiento se hará de manera específica con cada grupo muscular, a continuación, se hace la explicación de cada uno.

1. El psicólogo explicara la técnica y resolverá las dudas que usted tenga.
2. El psicólogo realizara los ejercicios explicándolos para posteriormente realizarlos junto a usted.
3. Una vez realizados los ejercicios con el terapeuta, usted los realizara individualmente para mayor comprensión.



## BRAZOS

- Muñeca extendida (mano flexionada hacia atrás)
- Muñeca flexionada (mano doblada hacia atrás)
- Simplemente relajarse
- Flexionar (doblar) el codo
- Simplemente relajarse
- Poner rígido todo el brazo.

## PIERNAS

- Dorsoflexión del pie (pie doblado hacia arriba por la articulación del tobillo)
- Flexión plantar (pie flexionado hacia abajo por la articulación del tobillo)
- Rodilla extendida (enderezada) a partir de una postura flexionada
- Flexionar (doblar) la rodilla arrastrando el pie por el suelo
- Simplemente relajarse
- Flexión de las caderas (presionar los muslos hacia abajo contra el suelo)
- Simplemente relajarse
- Poner rígida toda la pierna.

## TRONCO

- Abdomen contraído (apretado hacia adentro)
- Columna vertebral extendida (arquar la espalda)
- Simplemente relajarse
- Llevar los hombros hacia atrás.
- Simplemente relajarse
- Levantar (encoger) los hombros
- Simplemente relajarse
- Observar la acción de la respiración

## CUELLO

- Doblar la cabeza hacia la derecha
- Doblar la cabeza hacia la izquierda
- Simplemente relajarse
- Presionar la cabeza contra el respaldo de la silla o contra la almohada
- Relajar y repetir

## ÁREA DEL OJO

- Levantar las cejas
- Fruncir el entrecejo
- Simplemente relajar
- Cerrar los ojos con fuerza
- Relajar y repetir

## MANDÍBULA

- Cierre la mandíbula firmemente
- Abra la mandíbula
- Simplemente relajarse
- Apriete la lengua contra los dientes
- Lleve la lengua hacia atrás
- Simplemente relajarse



## MINDFULNESS

### ¿QUÉ ES?

Mindfulness puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva a lo que está sucediendo en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento.



### *Características:*

Centrarse en el momento presente.



Se trata de centrar y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control. La utilidad de esto es aceptar las experiencias y sensaciones tal y como se dan (Vallejo, 2006).

### *Preguntas:*

¿Usted se centra en su presente o busca estar siempre en el pasado o futuro?

¿Cambia constantemente sus pensamientos a positivos y evita los negativos?

¿Cuándo siente algo desagradable lo evita?

La aceptación supone una renuncia al control directo. No se busca que la persona controle sus reacciones, sentimientos o emociones, sino que los experimente tal y como se producen (Vallejo, 2006).



**Control.**

### *Preguntas:*

¿Le es difícil dejar que otros tengan el control de la situación?

¿De 1 a 10 siendo 10 lo máximo cuando le satisface tener el control de las situaciones?

Se trata de centrarse en el momento actual sin hacer ningún tipo de valoración y aceptando la experiencia tal y como es. Lo positivo y negativo, lo perfecto e imperfecto en sus diversos grados son aceptados como experiencias naturales, normales (Vallejo, 2006).



**Aceptación radical.**

### *Preguntas:*

¿Qué valoración le suele dar a las situaciones positivas y negativas?

¿Acepta las experiencias tal y como se presentan o evita las negativas?

#### **Elección de las experiencias**



Las personas eligen de forma activa en qué implicarse, sobre qué actuar, mirar o centrarse de acuerdo a sus valores. Es por esto que la situación debe vivirse y experimentarse tal y como es, de forma activa, aceptando todo lo que se dé

### *Preguntas:*

¿Se aburre fácilmente de las cosas que hace?

¿Considera que toma buenas decisiones?

#### **Apertura a las experiencias y hechos.**



Hay una influencia del pensamiento y lenguaje, esta influencia es tal que usualmente lo verbal sustituye a lo real. Esto supone una falsificación de la experiencia y la pérdida de la riqueza en la variabilidad de lo emocional y perceptual lo que lleva a una alteración de la realidad.

## *Preguntas:*

¿Qué prejuicios o que etiquetas le ponemos a las situaciones?

¿Qué interpretación suele dar de las situaciones negativas y positivas?

### **Actividad**

Piense cuantas veces ha tomado el control de las situaciones para evitar que pase o sienta algo. Cuantas veces las ha juzgado y valorado por lo positivo o negativos de estas y no las ha vivido y las ha dejado pasar.





### *Sabía que...*

La palabra Mindfulness es también una de las primeras traducciones que se hicieron de la palabra "sati" en pali, un idioma similar al sánscrito que se hablaba en la época en que el Buda comenzó a enseñar hace 2500 años. Las traducciones más comunes son Atención Plena, Plena Conciencia, Presencia Mental y Presencia Plena/Conciencia Abierta entre otras.

Fuente: <http://www.mindfulness-salud.org/mindfulness/que-es-mindfulness/>

## HORA DE PONER EN PRÁCTICA

**NOTA:** Los ejercicios que encontrará a continuación los realizará en un primer momento en sesión con su psicólogo. Posteriormente usted los podrá realizar de manera individual en su hogar u otro espacio, si usted considera que necesita alguien que lo guíe llame a una persona de su confianza para que le colabore.

### ***Atención sonidos del momento***

El objetivo de este ejercicio es escuchar de manera consciente los sonidos que ocurren a su alrededor. A continuación, su psicólogo le dará las indicaciones para realizar este ejercicio.

Luego de haber realizado el ejercicio, responda las siguientes preguntas:

¿Se le dificultó o facilitó el ejercicio?

---

---

¿Se le dificultó concentrarse? ¿le resultó fácil?

---

---

¿Tuvo que reiniciar el ejercicio en varias ocasiones?

---

---



### ***Escáner corporal (Body Scan)***

Para realizarlo, es necesario sentarse en una postura cómoda, con la espalda erguida, aunque también es posible adoptar la postura tumbada. Este ejercicio es recomendable hacerlo de manera guiada, **se pondrá en práctica durante las sesiones de trabajo con su psicólogo.**

Durante esta actividad, su psicólogo le dará las instrucciones para realizarla.

Recuerde que el objetivo está en entrar en contacto con la experiencia de su cuerpo tal y como es, sin juzgar, sin rechazar las sensaciones desagradables ni a las agradables.



### ***Respiración consciente***

El objetivo con este ejercicio es centrarse en el momento presente y detener los pensamientos, recuerdos, ideas que estén allí. Para llevarlo a cabo es necesario focalizar la atención en la respiración.

Igual que en los ejercicios anteriores su psicólogo le indicará qué hacer.

### ***Atención en lo cotidiano***

El objetivo con este ejercicio es que centre su atención en una acción cotidiana, la que usted quiera (bañarse, desayunar, hacer ejercicio), con el objetivo de generar mayor conciencia en dicha actividad e identificar que sensaciones, pensamientos o emociones surgen.

1. Escoja la acción cotidiana que desee
2. Focalice su atención en las sensaciones que evoca ese momento (tacto, olfato, gusto, vista, ruidos, movimientos)
3. Detecte cualquier pensamiento o emoción que aparezca y regrese su atención a la actividad.



# HABILIDADES SOCIALES

## *¿Qué tengo que saber acerca de las habilidades sociales?*

Es muy importante que sepa que la habilidad social se debe principalmente a la cultura en la que se encuentre, además se tienen en cuenta factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Un comportamiento considerado adecuado en una situación puede ser, obviamente inapropiado en otra, para esto le voy a dar un ejemplo: reírse es un comportamiento apropiado en algunas situaciones como hablar con amigos o cuando está compartiendo con su familia, pero sería inapropiado reírse mientras se encuentra en un funeral.



## *¿Qué son las habilidades sociales?*

Las habilidades sociales son un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y dentro de la capacidad de cómo actuamos se encuentra la manera en cómo respondemos, ya que nosotros estamos respondiendo a todo lo que sucede a nuestro alrededor.

Lo que debemos poder hacer: *hacer cumplidos, aceptar cumplidos, hacer peticiones, expresar amor, agrado y afecto, iniciar y mantener conversaciones, defender los propios derechos, rechazar peticiones, expresar opiniones, incluido el desacuerdo, expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, petición de cambio de conducta del otro, disculparse o admitir ignorancia, afrontar las críticas y hablar en público.*

*Escriba acá de lo mencionado anteriormente que hace usted:*

---



---



---

## FACTORES QUE CONTRIBUYEN A TENER UNA CONDUCTA SOCIAL HABILIDOSA

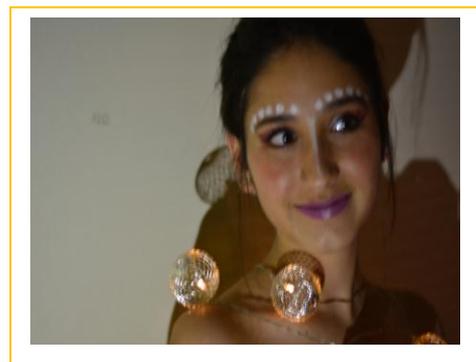
### La mirada



La mirada es fundamental en nuestras conversaciones, ya que abre y cierra canales de comunicación y es muy importante para regular y manejar los turnos de la palabra. Por eso hay que tener en cuenta que una duración o desviación excesivas de la mirada, pueden constituir conductas inadecuadas en la interacción con otras personas.

### La expresión facial

La cara es el principal sistema de señales para manifestar nuestras emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal es también la parte del cuerpo que más se observa durante la interacción. La expresión facial juega varios papeles en la interacción humana, lo invito a que los conozca:



- ✚ Muestra el estado emocional de las personas, aunque el individuo intente ocultarlo.
- ✚ Proporciona una retroalimentación continua sobre si se comprende la conversación, sobre si se está sorprendido, disgustado, etc.

✚ Indica actitudes hacia los demás.

*¿y que tienen que ver las emociones con la expresión facial?*



Las expresiones faciales de la emoción son universales e innatas. Hay seis principales expresiones de las emociones y tres áreas de la cara que son responsables de que estas se manifiesten. Existen seis emociones básicas: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco. Las tres regiones faciales encargadas de la manifestación de las emociones son la frente/cejas, ojos/párpados y la parte inferior de la cara.

(Ekman & Friesen, 1975 como se cita en Caballo, 2009)

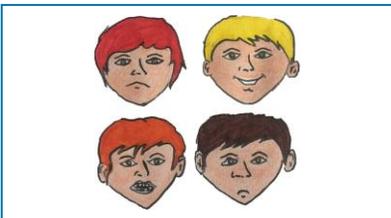
# ¡TIPS!



Las conductas habilidosas requieren una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje que se está dando, para que sea más sencillo le voy a contar la historia de Pepe.

Pepe intenta iniciar una conversación con una nueva persona, pero él tiene en ese momento una expresión de enfado, la otra persona se predispone por la cara de Pepe y prefiere no iniciar la conversación y se va. Cuando reflejamos lo contrario a lo que queremos expresar, hay una gran probabilidad de que no tengamos conversaciones exitosas.

## TIP No. 2



Su expresión debe variar, no puede ser siempre la misma, es decir no puede mostrarse alegre frente a algo agradable y también frente a algo desagradable. Es bueno que no finja algo que no está sintiendo, ya que una sonrisa fingida en muchas situaciones es bastante notoria (Caballo,

2009).

# ¡Tengo dos ejercicios para que los realice en casa!

- ✚ Una forma de comprobar su expresión facial con respecto a lo que siente, es mirarse al espejo. Cuente frente al espejo una experiencia que haya sido para usted agradable, al siguiente día haga lo mismo pero esta vez una situación que haya sido triste para usted, haga esto por seis días, cada día corresponderá a una emoción (Recuerde las emociones básicas son seis: asco, miedo, alegría, tristeza, sorpresa e ira).
- ✚ A continuación, le presentaré una hoja de expresiones faciales de personas reales y lo ideal es que usted las reconozca, debajo de cada foto escribirá a que expresión emocional corresponde (asco, miedo, alegría, tristeza, sorpresa e ira).

Foto 1	Foto 2	Foto 3	Foto 4	Foto 5	Foto 6
					
					



## La postura



**\*TIP:** La posición del cuerpo y de los miembros, la forma como se sienta la persona, cómo está de pie y como camina, refleja actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los demás (Mehrabian, 1972 como se cita en Caballo, 2009).

Hay tres principales posturas humanas: 1. De pie; 2. Sentado, agachado o arrodillado y 3. Acostado/Echado. Las personas todo el tiempo suelen imitar las posturas corporales de los demás.

## Como ser más consciente de las situaciones sociales que nos generan ansiedad.

Una técnica de evaluación usada para ser consciente es el autorregistro, allí usted deberá escribir en frente de diversas situaciones planteadas de 1 a 10 (*siendo 1 nada ansioso y 10 muy ansioso*) que tan ansioso se siente realizando las conductas descritas para así identificar cuál de estas le está generando más ansiedad. Así mismo deberá evaluar de 1 a 10 (*siendo 1 no hábil y 10 muy hábil*) que tan hábil cree que es realizando esa conducta. En la parte final del cuadernillo encontrará un autorregistro para que usted lo complete y pueda seguir haciendo más de los mismos, es el anexo B.

# Entrenamiento en Habilidades Sociales



El entrenamiento en habilidades sociales busca que el individuo aprenda conductas específicas que después se practiquen y puedan así integrarse en el comportamiento habitual de la persona. Por ello existen diversos procedimientos, que le describiré a continuación:

## ***Instrucciones/aleccionamiento***

El término *aleccionamiento* (coaching), intenta proporcionarle información explícita sobre la naturaleza y el grado de desacuerdo entre su actuación y criterio, para que sea más sencillo entender le voy a dar un ejemplo: "Su contacto ocular fue demasiado breve, aumentelo". También se incluye información específica sobre lo que sería una respuesta apropiada, le voy a dar otro



ejemplo: “Quiero que practique el mirar directamente a la cara de la otra persona cuando esté hablando con ella”.

Por otro lado, el término *instrucciones* es quizá más amplio dado que incluye todo lo que anteriormente le comenté además de información específica y general sobre el programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales.

## ***El ensayo de conducta***

Por medio de este procedimiento se representan maneras apropiadas y efectivas de afrontar las situaciones de la vida real que pueden llegar a ser problemáticas para usted. Los objetivos de este procedimiento consisten en aprender a modificar respuestas inadecuadas, reemplazándolas por nuevas respuestas.

### **¿De qué se trata?**



En el ensayo de conducta usted representa cortas escenas que simulan situaciones de la vida real, donde se le pide que describa brevemente la situación-problema real. El psicólogo se asegurará de que usted pueda representar el papel que quiere sin salirse del mismo.

*Es importante que, al realizar el ensayo de conducta, usted tenga en cuenta lo siguiente:*

- ✚ Hay que limitarse a un problema en una situación. No hay que intentar resolverlo todo en un solo intento.
- ✚ Hay que limitarse al problema que se expuso en un principio.
- ✚ Hay que escoger una situación reciente o una que es probable suceda en un futuro cercano.
- ✚ No hay que prolongar la parte de la representación, ésta debe ser de uno a tres minutos.
- ✚ Las respuestas deben ser tan cortas como sea posible.

- ✚ Recuerde que usted que es el actor principal, es el experto sobre cómo es la conducta asertiva y sobre cuál es la mejor respuesta para la situación que escogió.

A continuación, puede describir un problema que tenga y como sería la mejor manera de responder ante el:

---

---

---

---

---

---

---

---

## ***El modelado***

Por medio de este procedimiento se le mostrará un modelo que enseñe correctamente la conducta que está siendo objetivo del entrenamiento, permitiendo así el aprendizaje observacional de ese modo de actuación.



### **¿De qué se trata?**

El modelo suele ser representado por el psicólogo, esto puede ser en vivo o grabado en un vídeo. La representación puede ser de toda la situación o solo un segmento de esta. Es importante que tenga en cuenta que la conducta representada por el terapeuta no es la única forma correcta de comportarse,

sino que usted debe ver esto como una manera de enfrentarse a diversas situaciones.

*Para que el modelado sea exitoso usted debe tener en cuenta los siguientes aspectos:*

- ✚ La atención es necesaria para el aprendizaje. En este procedimiento se aprende por medio de la observación y de la escucha, por lo que usted debe estar atento a las conductas que después usted tendrá que realizar.
- ✚ Es indispensable que usted practique constantemente la conducta del modelo.
- ✚ Es importante que usted no interprete la conducta modelada como la manera "correcta" de comportarse, sino como una forma de abordar una situación particular.

## ¡TAREA!

Para finalizar este apartado de Habilidades Sociales hay algunas tareas para que realice en casa:

***Registro del nivel de ansiedad ante situaciones determinadas (Ir al anexo D):*** Usted deberá registrar las conductas que más ansiedad le generan. Le voy a dar un ejemplo:

Situación	Nivel de ansiedad 1/10
Iniciar una conversación con un desconocido.	10

***Situaciones en las que ha actuado habilidosamente (Ir al anexo E):*** En este apartado usted deberá describir las situaciones en las que usted cree ha actuado habilidosamente y debe explicar porque cree que su actuación fue habilidosa. Le voy a dar un ejemplo:

Situación	Argumento
-----------	-----------

Comprar algo en la tienda	Siento que mi conducta fue habilidosa, ya que logré pedirle al señor de la tienda lo que yo quería comprar y además pude decirle de una buena manera que no me había entregado el cambio completo.
---------------------------	--

***Situaciones en las que le hubiera gustado actuar habilidosamente (Ir al anexo F).*** En este apartado usted deberá escribir y describir situaciones en las que no actuó habilidosamente y como le hubiera gustado actuar. Le voy a dar un ejemplo:

Situación	Actuación social no habilidosa	Actuación social habilidosa/como me hubiera gustado actuar.
Había invitado a un amigo a cenar y llegó con una hora de retraso y no me aviso que se demoraría.	No lo mire ni siquiera y le dije: "pase la cena está en la mesa"	Mirarlo y decirle te llevo esperando hace una hora, me hubiera gustado que llamaras para decirme que llegarías tarde.

# SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

## *¿Qué es la resolución de problemas?*

Es un proceso que involucra lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, permitiendo que las personas identifiquen una respuesta de afrontamiento eficaz para un problema específico (D'Zurilla, 1986/1993; D'Zurilla & Nezu, 2007; citados en Bados & García, 2014).

## **VENCER LA PASIVIDAD**

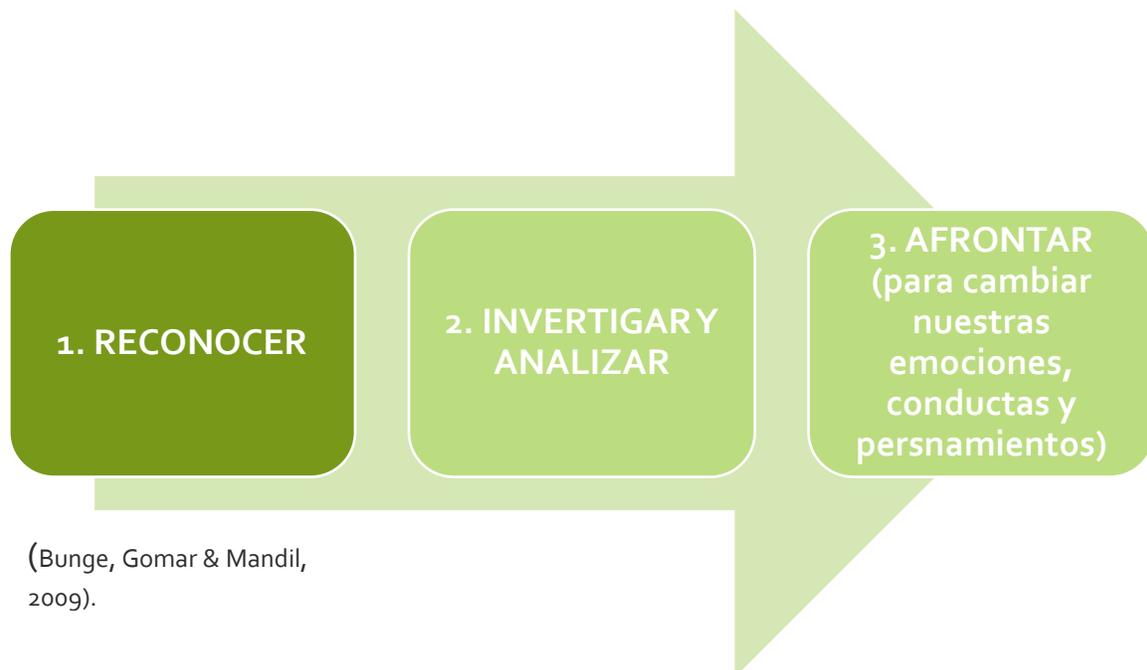
- La mayoría de las veces, cuando nos sentimos mal, le atribuimos la culpa a situaciones o personas externas, esperando que la solución venga de allí y que suceda algo para que se solucionen nuestros problemas. Algo así como que lo que está a nuestro alrededor, cambie.
- Otras veces, no nos sentimos capaces de tomar decisiones por temor a equivocarnos.
- Y en otras situaciones, no somos capaces de asumir riesgos.
- Tampoco somos capaces de cambiar porque creemos que, si lo hacemos, nos va a costar mucho y ni siquiera lo intentamos.

**Para tener en cuenta:**

En situaciones difíciles, tal vez otras personas nos ayuden o tengamos suerte y se logre resolver como por arte de magia, pero la mayoría de las veces, los cambios dependen de nosotros. ¡Anímate y haz el cambio!

**ATRÉVETE A DAR EL PRIMER PASO**

Ahora te daremos algunas estrategias para que logres hacer los cambios que tanto has estado buscando:



## 1. Reconocer

### ¡Transformar la queja en problema!

A continuación, le daremos unos ejemplos de algunos casos para que logre reconocer el problema:

	<b>Caso 1. Anteojos Catastróficos</b>
<b>Queja</b>	Odio ir a la universidad. Me quiero quedar en casa.
<b>Problema</b>	Me da miedo ir a la universidad. Pienso que el/la profesor(a) puede cogerm e a preguntas y en ese momento me puede dar un ataque de pánico y todos mis compañeros se burlaran de mí. Pero mis papás creen que es muy importante ir a la universidad.
<b>Consecuencia</b>	Mis papás me obligan a ir. Muchas veces discutimos al salir de casa. En la mayoría de las ocasiones hago llegar tarde a mi papá al trabajo porque me demoro en alistarme para salir a estudiar.
<b>Señal</b>	Cuando mis papás me preguntan acerca de la universidad, me imagino estando en clase y el/la profesor(a) haciéndome preguntas acerca de la clase y me comienza a dar el ataque de pánico. Me comienzo a poner muy nervioso y siento que el corazón se me va a salir del pecho (taquicardia), que no puedo respirar (aumento de tasa respiratoria) y que me sudan mucho las manos.

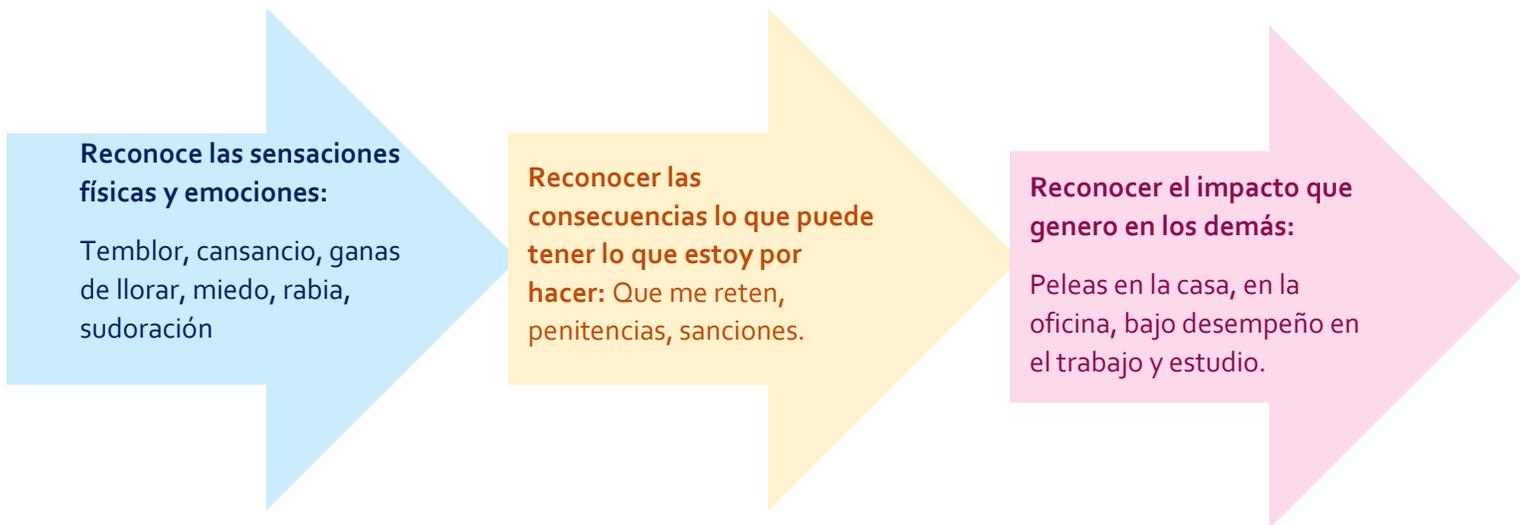
	<b>Caso 2.</b>
<b>Queja</b>	Me molesta mucho que mi jefe cada vez que hay una reunión, me ordene que tenga que explicarle a todos los jefes de las diferentes áreas de la empresa, las estadísticas de los ingresos y gastos que se han realizado.
<b>Problema</b>	Cuando el jefe me dice que es mi turno de hablar, comienzo a tener un ataque de ansiedad por el miedo que me genera hablar en público y pienso que

	voy a darles una mala imagen a los demás.
<b>Consecuencia</b>	No logro decir con claridad lo que debo decir. En algunas ocasiones se retrasa la reunión.
<b>Señal</b>	Cuando mi jefe me dice que explique la parte de las finanzas, comienzo a tener un ataque de ansiedad, siento que me pongo rojo, que me sudan mucho las manos, comienzo a tartamudear y empiezo a tener taquicardia.

1. Los problemas suelen empezar de una forma muy parecida.
2. Soy capaz de reconocer cuando empiezan
3. Me traen consecuencias negativas
4. Pueden volverse más grandes con mi manera de enfrentarlos.

**Es hora de ir al anexo G (Página XX).**

Seguramente ha escuchado la frase “la gota que desbordó el vaso”. A continuación, te presentaremos una técnica para que reconozcas en qué momento estás ante una dificultad y no desbordes el vaso con ninguna gota.



Las sensaciones que tengo cuando estoy:

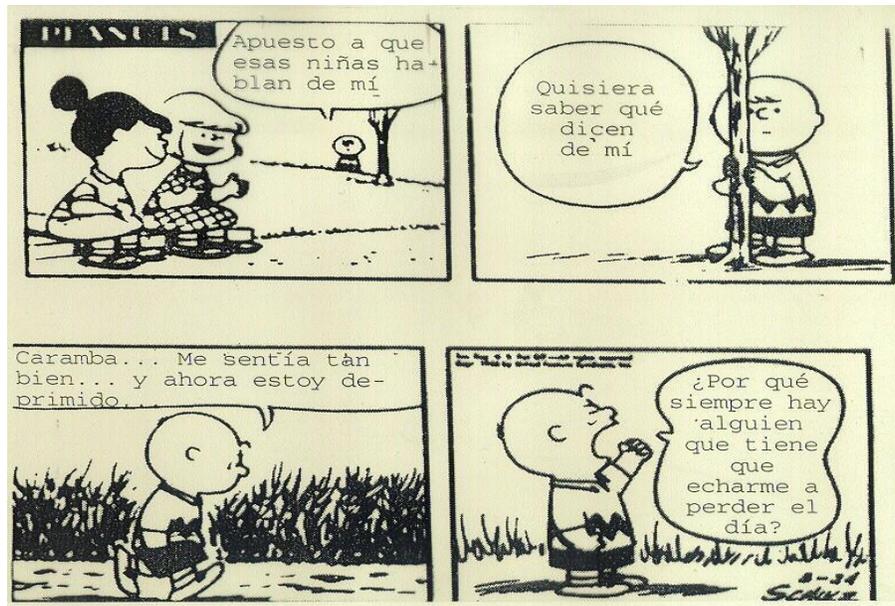
ANSIOSO	TRISTE	ENOJADO
Palpitaciones	Cansado	Músculos tensos
Transpiro	Aburrido	Grito
Temblor	Enojado	Latidos del corazón más fuertes
Inquieto	Con ganas de llorar	Siento calor
Nervios	Molesto	Golpeo cosas
Tenso	Sin ganas de hacer nada	Soy grosero
Paralizado	Me alejo de las personas	Respondo de mala manera

(Buge, Gomar & Mandil, 2009)

**¡CUIDADO! Si siente alguna de éstas de manera muy intensa o muy seguido, ES HORA DE QUE COMIENCE A TRABAJAR.**

## 2. Investigar y Analizar

¿Sabía que la forma en la que pensamos las cosas, hace que nuestros problemas se vuelvan mucho más grandes de lo que son? En muchas ocasiones nuestra ansiedad aumenta debido a que dejamos que nuestros pensamientos comiencen a aparecer sin antes investigar si lo que pensamos es verdad.



Recuperado de [https://www.google.com.co/search?q=somos+esclavos+de+nuestros+pensamientos&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=Y7es3lhcUorEvM%253A%252CoQbYobqPAEHCaM%252C\\_&usg=\\_\\_fJHhybvrjFRY2pKxASr86VYIM%63D&sa=X&ved=oahUKewixopSHi5raAhVSqakKHY\\_pA6gQgQEIKDAA#imgsrc=f-5huMTu\\_SYmnM](https://www.google.com.co/search?q=somos+esclavos+de+nuestros+pensamientos&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=Y7es3lhcUorEvM%253A%252CoQbYobqPAEHCaM%252C_&usg=__fJHhybvrjFRY2pKxASr86VYIM%63D&sa=X&ved=oahUKewixopSHi5raAhVSqakKHY_pA6gQgQEIKDAA#imgsrc=f-5huMTu_SYmnM)

A. ¿Qué pasaría si Carlitos investigara los pensamientos que está teniendo acerca de la conversación de las niñas?

---



---

B. ¿Cómo se hubiera sentido Carlitos si descubría que las niñas no estaban hablando de él?

---



---

C. ¿Te ha pasado algo similar a lo que le pasó a Carlitos?

---

---

D. Tal vez si hubieras investigado tus pensamientos ¿Qué hubieras descubierto?

---

---

### 3. Afrontar



Dentro de las cosas que no ayudan a solucionar las cosas en absoluto, es la evitación. Evitar hacer las cosas que nos producen malestar, nos ayuda a sentirnos seguros, pero sólo por un tiempo muy corto, pero sigue presentándose la inseguridad y el miedo. Algo que sí le ayudaría a enfrentar esto, es que le pida a tu terapeuta que le enseñe algunas habilidades de afrontamiento para que de a poco vuelva a hacerle frente a las cosas.



A veces dejamos de hacer cosas para que no nos pase nada. Cuando evitamos hacer cosas por miedo, pensamos que algo malo nos hubiera podido suceder y además nos perdemos la oportunidad de que nos sucedan cosas buenas y que vayamos fortaleciendo nuestra confianza.

**Recuerde** que siempre va a ser mucho mejor poner a prueba nuestros malos pensamientos acerca de sí mismos y de las personas que se encuentran a nuestro alrededor. De esta manera, vamos probando poco a poco lo que ocurre a nuestro alrededor realmente en aquellas situaciones que nos atemorizan y evitamos.

**Tenga presente** que cada vez que hacemos cosas, aprendemos algo nuevo.

**¡NO LE TEMA A EQUIVOCARSE, PUES ES LA MEJOR MANERA DE APRENDER!**

## EXTERNALIZAR EL PROBLEMA

Es importante que le pongamos un nombre a ese problema que genera tanto malestar en usted, para poder identificarlo y combatirlo.

Nombre del problema:

---

---

(Bunger, Gomar & Mandil, 2009)

## MAPA DEL PROBLEMA

Con el fin de identificar en cuales situaciones parece que el problema nos genera muchas dificultades, es necesario realizar un mapa de nuestro problema. A continuación, nos gustaría que escriba cuando le gana al problema y cuando éste le gana a usted.

Siempre gano yo	A veces gano yo	Gana el problema
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

(Bunge, Gomar & Mandil, 2009)

Sería importante comenzar a combatir el problema para poder ganarle poco a poco.

**Siempre gano yo**

**A veces gano**

**Gana el problema**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

- 1.
- 2.
- 3.

(Bunge, Gomar & Mandil, 2009)

¿Qué cosas ha hecho para resolver el problema, pero no han salido bien?

**El problema**



**Cosas que hago**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

**Yo**



(Bunge, Gomar & Mandil, 2009)

¿Qué cosas ha hecho que han dado resultado para vencer el problema?

**El problema**



**Cosas que hago**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

**Yo**



(Buge, Gomar & Mandil, 2009)



## *Anexo B*

### Registro de práctica de la Respiración Diafragmática

Practique la respiración diafragmática tal y como se le ha indicado en sesión, en un lugar como y adecuado.

Al terminar, anote la fecha y la hora en la que ha realizado el ejercicio, complete el siguiente registro teniendo en cuenta que los resultados de la práctica son CERO (NADA) DIEZ (MÁXIMA).

<b>Día y Hora</b>	<b>Facilidad para respirar (0-10)</b>	<b>Concentración durante el ejercicio (0-10)</b>	<b>Relajación al acabar (0-10)</b>
<b>Ejemplo:</b> Martes 4 de abril de 2018 6:00 am.	5/10 Se me dificultó mucho pensé que me iba a ahogar o algo así terrible iba a pasar.	5/10 Fue difícil me la pase pensando en que me podía ahogar.	6/10 Cuando dejé de tener esos pensamientos realmente sentí un alivio, aunque la espalda seguía tensa.

*Anexo C***Hoja de Autorregistro**

Nombre: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
días.

Clases de conductas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Vierne	Sábado	Domingo
Iniciar conversaciones							
Mantener conversaciones							
Hablar en público							
Hacer cumplidos							
Aceptar cumplidos							
Pedir favores							
Rechazar peticiones							
Expresión de afecto							
Expresión de opiniones							
Expresión de desagrado							
Afrontamiento de críticas							

*Anexo D***Registro del nivel de ansiedad ante situaciones determinadas**

Situación	Nivel de ansiedad 1/10

*Anexo E***Situaciones en las que ha actuado habilidosamente**

Situación	Argumento

*Anexo F***Situaciones en las que le hubiera gustado actuar habilidosamente**

Situación	Actuación social no habilidosa	Actuación social habilidosa/como me hubiera gustado actuar.

*Anexo G***Transformar la queja en problema**

<b>Mi nombre es:</b>	
<b>Mi queja es:</b>	
<b>Mi problema es:</b>	
<b>Las señales de alarma son:</b>	
<b>Las consecuencias son:</b>	
<b>Cosas que hago que agrandan el problema:</b>	



# Ansía

Tranquilidad mental, salud y bienestar

**CUADERNILLO PARA EL PSICÓLOGO**

**ILUSTRACIONES POR: FERNANDO CEPEDA SÁNCHEZ**

## CONTENIDO

Generalidades de la Ansiedad social

Manejo de la ansiedad

¿Qué es la ansiedad?

¿La ansiedad es buena o mala?

¿Qué me pasa cuando tengo ansiedad?

¿Cómo puedo manejar la ansiedad?

Respiración diafragmática

Relajación progresiva

Mindfulness

Habilidades sociales

¿Qué tengo que saber acerca de las habilidades sociales?

¿Qué son las habilidades sociales?

Factores que contribuyen a tener una conducta social habilidosa

La mirada

La expresión facial

La postura corporal

Entrenamiento en habilidades sociales

Instrucciones/aleccionamiento

El ensayo de conducta

El modelado

Solución de problemas

¿Qué es la solución de problemas?

Vencer la pasividad

Externalizar el problema

Mapa del problema

Actividades grupales

Anexos

# ANSIEDAD SOCIAL

- ❖ Indíquelo al paciente las características más relevantes de la ansiedad social, de esta manera el paciente comprenderá lo que le está sucediendo.
- ✓ El miedo a la evaluación negativa por los otros es la característica central del TAS, ya que se considera como la base del temor que se presenta.
- ✓ Algunos individuos soportan ciertas situaciones como hay otras que llevan de manera inmediata a la conducta de evitación, sin embargo, esperan provocar una impresión particularmente positiva en los demás, pero presentan inseguridad sobre la capacidad de poder lograrlo.
- ✓ Se debe tener presente que para que una persona sea diagnosticada con TAS esta ansiedad interfiere de manera significativa en la vida del individuo y causa un malestar clínicamente significativo (D' Alessandro et al., 2013).



Según la OMS (2016) los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal.

## SÍNTOMAS

### Ruborización

Mutismo selectivo

Miedo excesivo e irracional

Creencias erradas frente a sí mismo y su entorno social

Sequedad de garganta y boca

Contracciones musculares, especialmente alrededor de la cara y el cuello

Comer con dificultad

Poco contacto visual o hablar con una voz sumamente baja

Torpeza

Sensación de que lo observan al caminar



Sudoración excesiva

Frecuencia cardíaca alta

Temblores

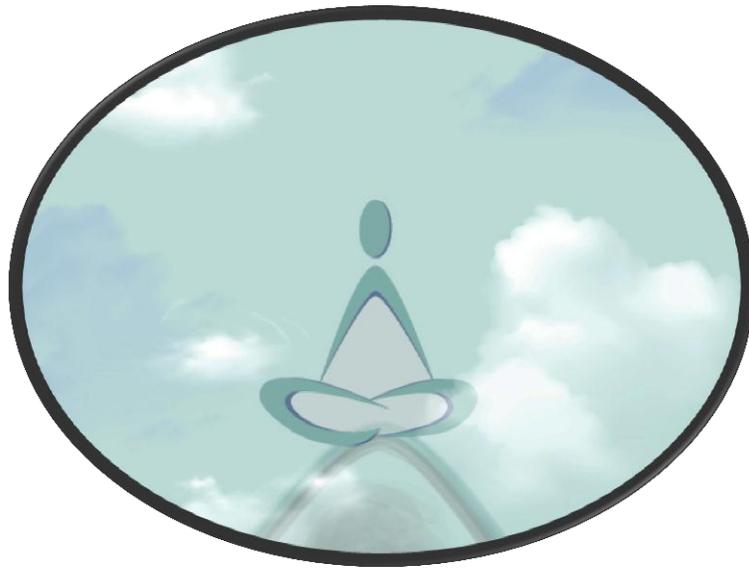
Miedo a tomar un vaso de agua o usar utensilios para comer

Malestar estomacal

Náuseas

Postura corporal rígida

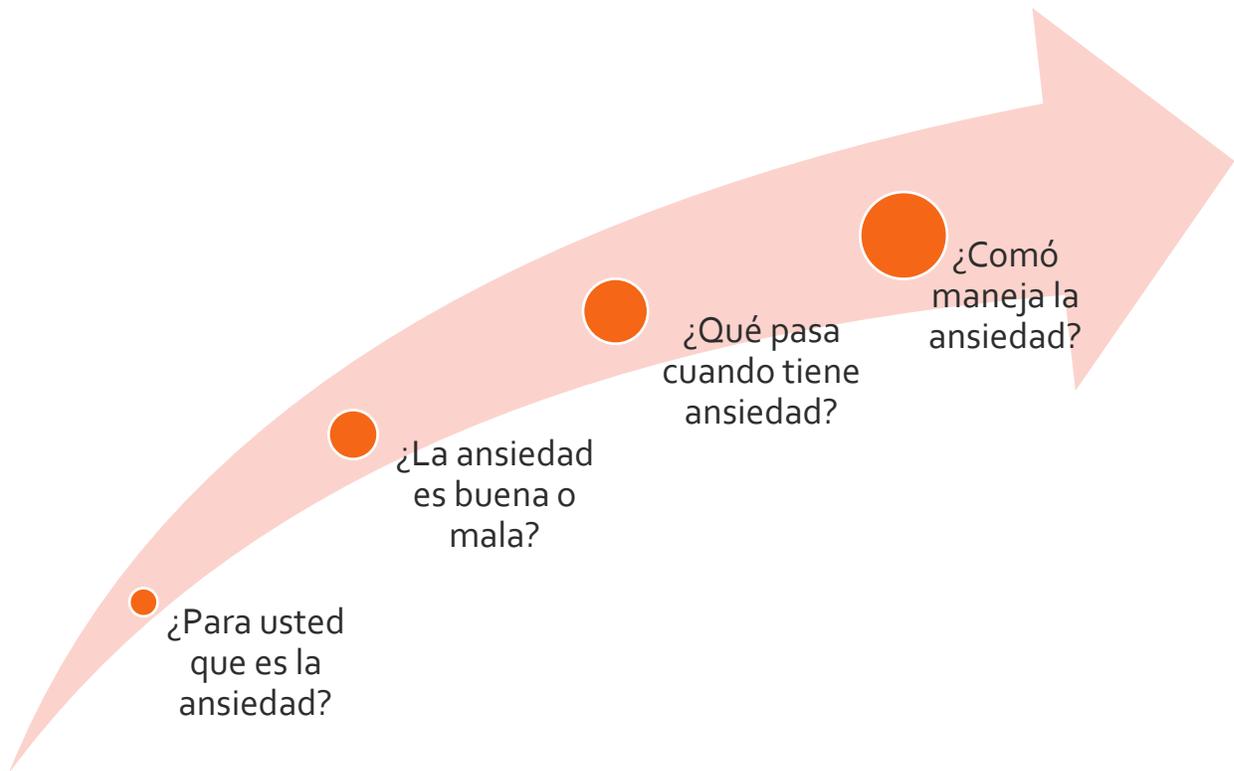
Por favor indíquele al paciente que resalte aquellos síntomas que presenta con mayor frecuencia.



# *MANEJO DE LA ANSIEDAD*

## *PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ANSIEDAD*

Para iniciar la sesión indíquele al paciente que responda las siguientes preguntas. Es importante que aclare que para responder las preguntas, debe basarse en los conocimientos que el paciente posea y sus respuestas no serán calificadas como buenas o malas.



SOCIALICE LAS PREGUNTAS EN SESIÓN

## *Y ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?*

Es importante que se aclare de manera oportuna y concisa el concepto de ansiedad. A continuación, encontrara información con respecto al concepto y sus características. Serán aspectos concretos frente a la información relevante que el paciente debe conocer:

Socialice las preguntas y resuelva las preguntas que surjan

La ansiedad se puede definir como "una respuesta a situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta que pone al individuo en un estado de defensa ante situaciones diversas, en una situación de temor desagradable constante" (Camacho & Mamani, p. 1788, 2013).

La ansiedad es una parte normal de la vida de las personas, es muy probable que las personas sientan ansiedad ante un problema en el trabajo, presentar un examen, tomar una decisión importante.



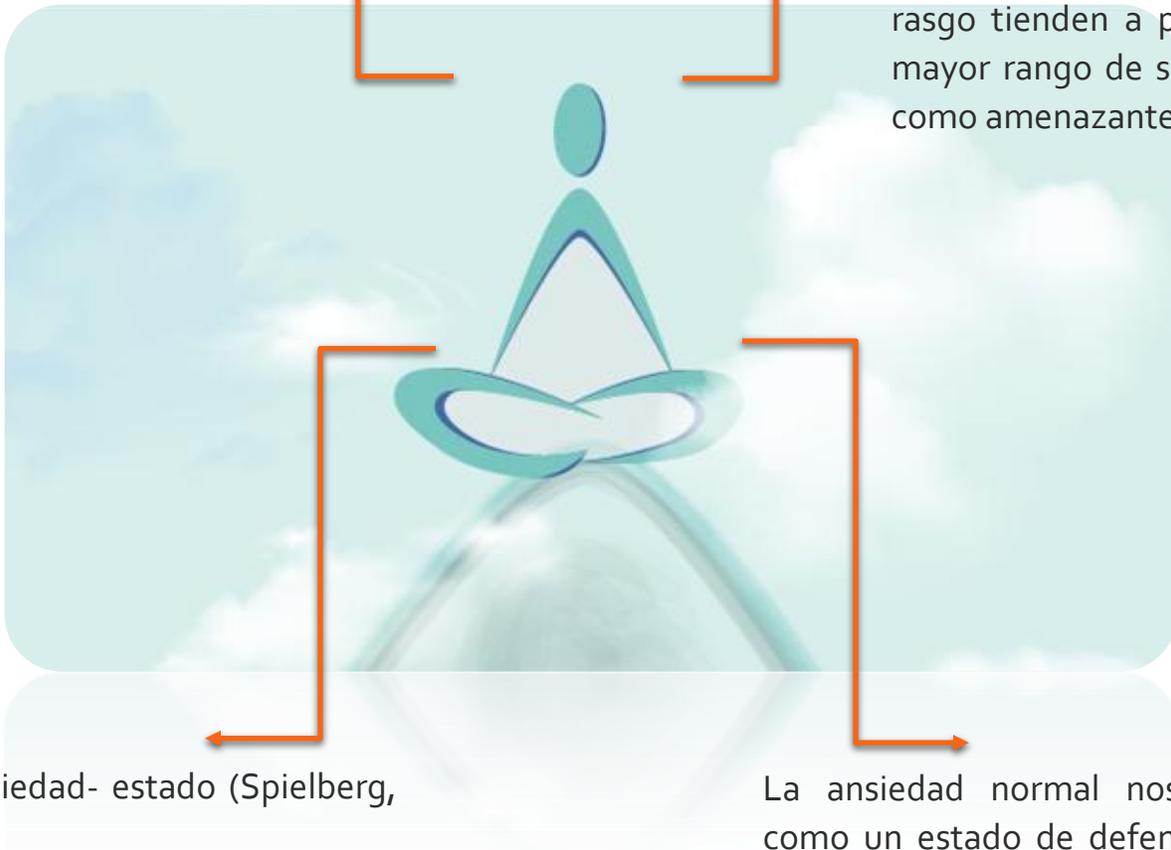
La ansiedad como problemática tiene una clasificación o unos subtipos en donde encontramos: La ansiedad generalizada, trastornos de pánico, trastornos de estrés postraumático, diferentes fobias en las que se podría incluir la ansiedad o fobia social.

### Ansiedad-rasgo:

No se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad

Relativamente estable

Las personas que presentan alto grado de ansiedad-rasgo tienden a percibir un mayor rango de situaciones como amenazantes



Teoría ansiedad- estado (Spielberg, 1972):

“Estado emocional” inmediato.

Modificable en el tiempo.

Combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos

La ansiedad normal nos sirve como un estado de defensa, sin embargo, llega a ser patológico cuando altera el comportamiento del individuo en todas sus áreas de ajuste de manera cotidiana, es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

## ¿LA ANSIEDAD ES BUENA O MALA?

Indíquelo al paciente que mencione en que ocasiones ha considerado la ansiedad como buena o como mala.



La ansiedad nos sirve como un estado de defensa, sin embargo, llega a ser patológico cuando altera el comportamiento del individuo en todas sus áreas de ajuste de manera cotidiana, es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.



La ansiedad se puede convertir en una problemática en donde esta no desaparece y se puede convertir en un problema con el tiempo que va más allá de una simple preocupación o miedo temporal. La ansiedad como problemática tiene una clasificación o unos subtipos en donde encontramos la ansiedad generalizada, trastornos de pánico, trastornos de estrés postraumático, diferentes fobias en las que se podría incluir la ansiedad o fobia social.



## ¿QUE ME PASA CUANDO TENGO ANSIEDAD?

Es importante conocer cómo se presenta la ansiedad en el paciente, qué situaciones se la generan, las respuestas que emite y las consecuencias que se obtienen, es por esto que se realizará un análisis funcional de la conducta.

A continuación, encontrará una manera sencilla de explicarle al paciente de cómo llenar un análisis funcional de la conducta. Podrá encontrar la explicación de cada uno de sus componentes.



**Objetivo del análisis funcional de la conducta:** es una herramienta que tenemos los psicólogos cognitivo conductuales que consiste en analizar las conductas que constituyen el núcleo del problema del paciente, qué lo generan y/o mantienen; sus antecedentes y sus consecuentes junto con el contexto en el que se dan.





**Tarea para el paciente:** El paciente deberá llenar un análisis funcional de la conducta detallando qué sucede en su cuerpo, qué piensa y qué hace cuando siente ansiedad y cuáles son las situaciones generadoras de estas respuestas.

**Nota para el psicólogo:** Revise la tarea es muy importante que lo haga ya que si no se realiza el paciente perderá el interés en su realización o no les encontrara un sentido a estas. Socialice la actividad y explíquelo al paciente su finalidad.

- ✓ En el cuadernillo del paciente, el consultante se encontrará con unos listados sobre la sintomatología característica de la ansiedad, el objetivo es que lo realicen en sesión para que puedan dialogar de lo que siente, piensa y hace cuando tiene ansiedad.
- ✓ El objetivo es que el paciente marque con una X aquellos síntomas que se presentan en él.
- ✓ A continuación, se le presentaran unas preguntas que podrá realizar para acompañar la socialización del listado de síntomas.

---

### Síntomas físicos

¿Qué pasa con su cuerpo cuando tiene ansiedad?

¿Se le acelera el corazón?

¿Se le acelera la respiración?

¿Siente que se ahoga?

¿Cómo siente sus extremidades?

¿Cómo siente sus músculos?

¿Hay otro síntoma que no esté en ese listado que le suceda?



---

### Síntomas cognitivos o psicológicos

¿Se siente preocupado la mayor parte del tiempo?

¿Siente algún temor?

¿Qué preocupaciones tiene? ¿Las identifica?

¿Presenta algún pensamiento distorsionado? (Los pensamientos distorsionados son aquellos que.... En donde se pueden encontrar algunos como: Catastrofización, minimización o magnificación, visión de túnel, pensamiento dicotómico)

¿Piensa en algo de manera constante?

¿Cómo es su estado de ánimo la mayor parte del tiempo?

---

### Síntomas comportamentales

¿Puede iniciar y mantener una conversación?

¿Habla de manera fluida, se le corta la voz?

¿Cómo es su tono de voz?

¿Comporta con otras personas?

¿Camina o se mueve con dificultad?

## ¿CÓMO PUEDO MANEJARLA?

### *Respiración diafragmática...*

**Sabía que...** Cuando se activa el sistema de alarma de nuestro organismo comenzamos a respirar de manera acelerada tomando demasiada cantidad de aire por lo que aumenta el oxígeno en sangre al respirar más oxígeno del que

Es por esto que sucede lo que usted conoce como hiperventilación que provoca diversas sensaciones como mareo, ahogo, taquicardia, calor, hormigueo o visión



## ¿QUÉ ES?

En la respiración diafragmática, también llamada respiración completa, intervienen los músculos abdominales, ya que se respira con los lóbulos inferiores del pulmón, incrementando la cantidad de aire que llega al cuerpo (Cruz, 2003). La técnica de respiración diafragmática se basa en dos movimientos clave la inspiración y la espiración (entrada y salida del oxígeno y dióxido de carbono). Cuando inhalamos, el diafragma baja, de esta manera hay más espacio para que los pulmones se llenen de aire mientras que en la exhalación el diafragma se relaja.



## PASO A PASO DE LA TÉCNICA

Se le mostrara el paso a paso que debe seguir con el consultante para realizar el modelamiento y entrenamiento en la técnica para mayor comprensión de esta:

### MODELAMIENTO

El psicólogo deberá hacer lo siguiente mientras el consultante observa atentamente, cada paso que vaya realizando dígallo en voz alta para mayor comprensión de lo que realiza.

1. Tomamos una postura cómoda en la silla en donde la espalda este con el espaldar y los pies toquen el piso, si desea podemos cerrar los ojos.



2. Ponemos la mano derecha sobre el pecho y la izquierda sobre el estómago.



3. Tomamos aire por la nariz contanto hasta 4 y observamos como el abdomen se hincha un poco.

4. Realizamos una pequeña pausa conteniendo el aire por 4 segundos.



5. Soltamos el aire por la boca mientras cuenta hasta 4 lentamente, notara como su abdomen baja.



6. Es importante que esté atento frente a qué mano está subiendo y bajando en cada respiración, recuerde que la mano que tiene en el pecho no se puede mover.



**NOTA:** Pregunte al consultante si tiene alguna duda y resuélvala. Es importante que la técnica quede clara para que la pueda poner en práctica.

- ✓ *Una vez que usted termine de realizar el ejercicio de manera individual, lo realizará junto con el paciente dando las instrucciones en voz alta.*
- ✓ *Realice una vez más el ejercicio, pero esta vez usted de las indicaciones en voz alta para que el paciente lo realice de manera individual.*



A continuación, encontrará las instrucciones que deberá darle a su paciente:

1. Tome una postura comoda y si cree necesario cierre los ojos para mayor concentración. Ponga una mano sobre su pecho y otra sobre su estómago.
2. Tome el aire de manera lenta y profunda por la nariz contando hasta 4, observe como su abdomen se hincha poco a poco.
3. Realice una pequeña pausa conteniendo el aire, contando 4 segundos.
4. Suelte el aire por la boca mientras cuenta hasta 4 lentamente, notara como su abdomen baja.
5. Es importante que esté atento frente a qué mano está subiendo y bajando en cada respiración, recuerde que la mano que tiene en el pecho no se puede mover.

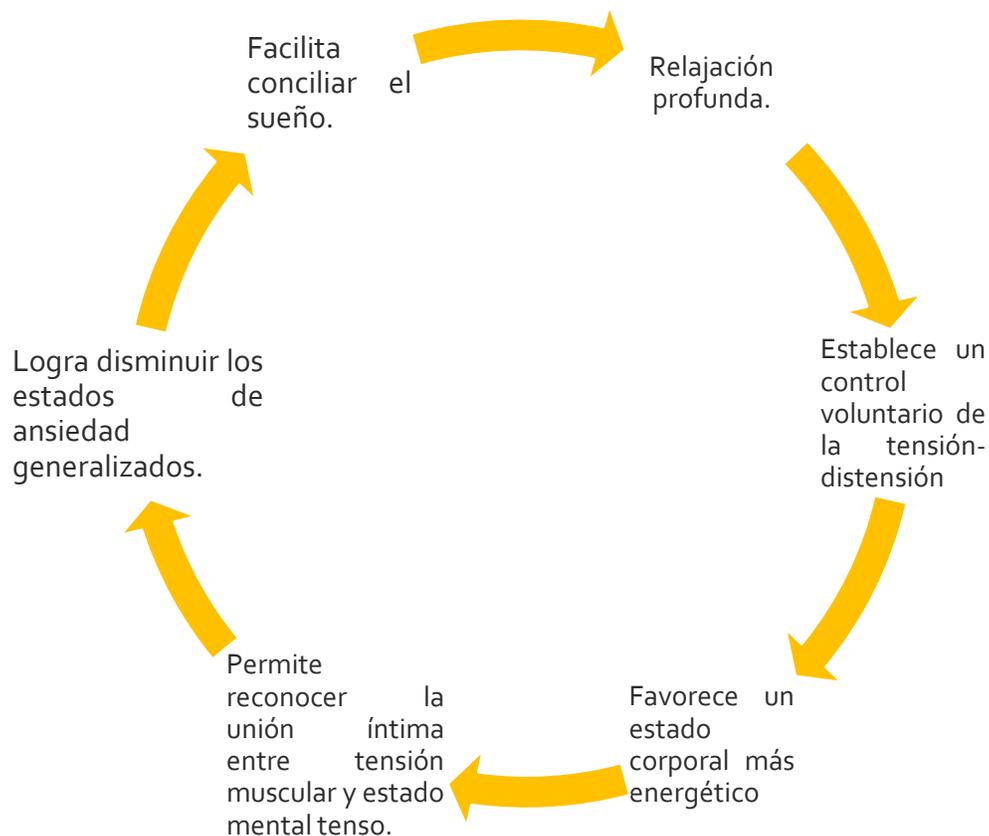
**TAREA PARA EL PACIENTE:** Indíquelo al paciente que cada vez que realice el ejercicio diligencie el registro de práctica de la respiración diafragmática (Anexo B) para que de esta manera se puedan tener presentes los avances o dificultades presentadas y poderlas trabajar en sesión.

- ✓ Diríjase al cuadernillo del paciente, luego vaya al Anexo B y explique cómo llenar el registro a partir del ejemplo que allí aparece.

## Relajación progresiva...

### ¿QUÉ ES?

La Relajación progresiva es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo. Progresiva significa que se van alcanzando estados de dominio y relajación de forma gradual aunque continúa, poco a poco, pero cada vez más intensos, más eficaces. No es un método breve, ni sus efectos tampoco lo son (Universidad de Almería, SF).



- ✓ La técnica de Jacobson consiste en trabajar sistemáticamente los principales grupos musculares, creando y liberando la tensión. En consecuencia, el paciente aprende a reconocer la tensión muscular (Universidad de Almería, 2009).

- ✓ Es importante que le indique al paciente que se comprenda la diferencia entre la tensión y distensión, es por esto que el entrenamiento se hará de manera específica con cada grupo muscular.

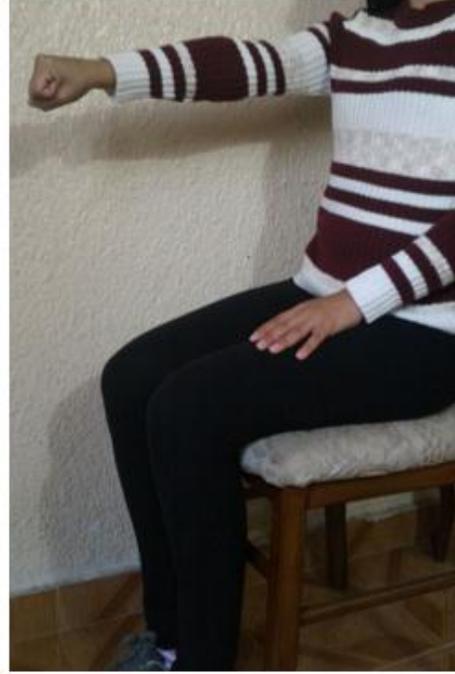
## MODELAMIENTO

Realice los ejercicios para que el paciente observe como se hacen, recuerde realizar el ejercicio dando las instrucciones en voz alta. Cuando termine de explicar cada grupo muscular realícelo con el paciente para después darle solo las instrucciones y que el paciente lo pueda realizar individualmente.

**NOTA:** Resuelva las preguntas que surjan.

### *BRAZOS*





## PIERNAS

1. Se dobla el pie hacia arriba por la articulación del tobillo.
2. Flexionamos el pie hacia abajo por la articulación del tobillo.
3. Extendemos la rodilla a partir de una postura flexionada.
4. Flexionamos (doblar) la rodilla arrastrado el pie por el suelo.
5. Relajamos la pierna
6. Flexión de las caderas (presionar los muslos hacia abajo contra el suelo)
7. Simplemente relajarse
8. Poner rígida toda la pierna



## TRONCO

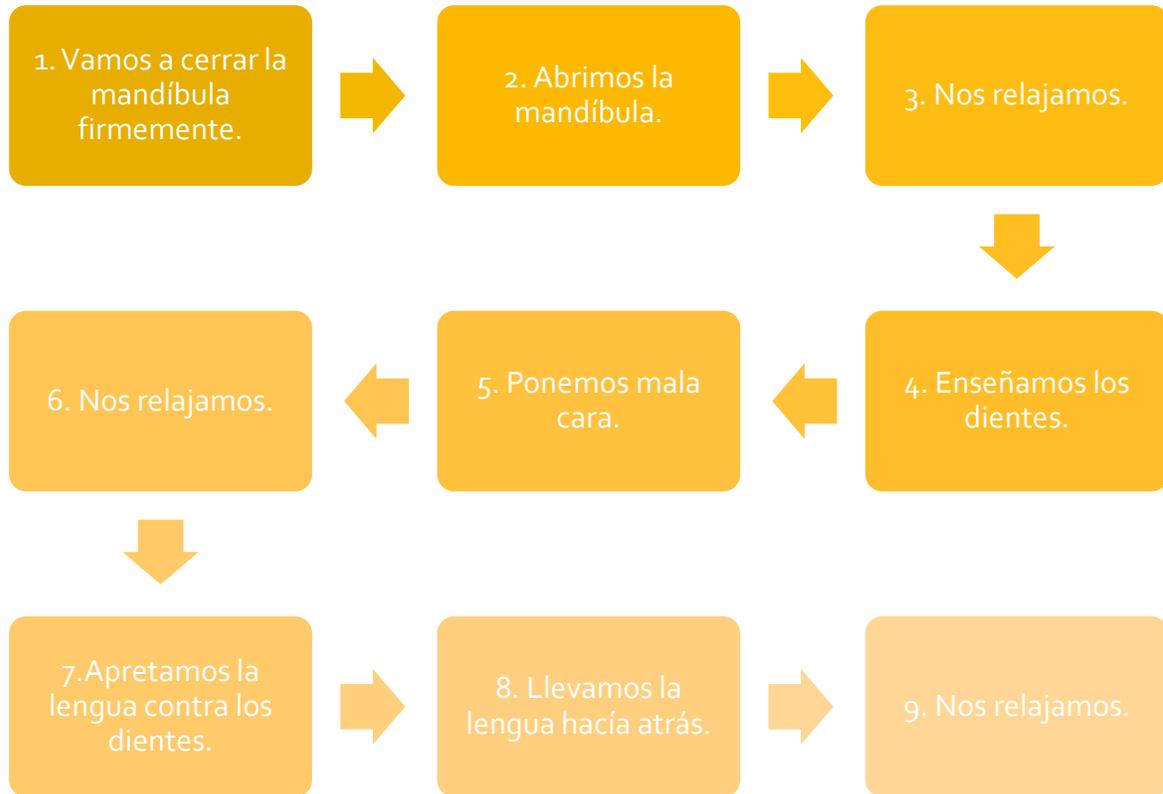


## *CUELLO Y ÁREA DEL OJO*

1. Doblamos la cabeza hacia la derecha.
2. Doblamos la cabeza hacia la izquierda.
3. Nos relajamos
4. Levantamos las cejas.
5. Fruncimos el entrecejo.
6. Cerramos los ojos con fuerza.
7. Nos relajamos.
8. Presionamos la cabeza contra el respaldo de la silla o contra la almohada.



# MANDÍBULA



## MINDFULNESS

### ¿QUÉ ES?



Mindfulness puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que está sucediendo en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento.

### *Características:*

Tenga presente que mientras explica las características de Mindfulness habrá una serie de preguntas que acompañan la descripción, brinde el espacio para que el paciente las pueda resolver y las comenten en sesión.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Centrarse en el momento presente	Se trata de centrarse y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control. No se centra en un pensamiento para cambiarlo por uno positivo, se centra en un pensamiento o actividad, la que se proponga, en sí misma, sin ánimo de control sobre ella. La utilidad de esto es aceptar las experiencias y sensaciones tal y como se dan (Vallejo, 2006).
Control	La aceptación supone una renuncia al control directo. No se busca que la persona controle sus reacciones, sentimientos o emociones, sino que los experimente tal y como se producen (Vallejo, 2006).
Aceptación radical	Se trata de centrarse en el momento actual sin hacer ningún tipo de valoración y aceptando la experiencia tal

	y como es. Lo positivo y negativo, lo perfecto e imperfecto en sus diversos grados son aceptados como experiencias naturales, normales (Vallejo, 2006).
Elección de las experiencias	Las personas eligen de forma activa en qué implicarse, sobre qué actuar, mirar o centrarse de acuerdo a sus valores. Es por esto que la situación debe vivirse y experimentarse tal y como es, de forma activa, aceptando todo lo que se dé.
Apertura a la experiencia y a los hechos	Hay una influencia del pensamiento y lenguaje, esta influencia es tal que usualmente lo verbal sustituye a lo real. Esto supone una falsificación de la experiencia y la pérdida de la riqueza en la variabilidad de lo emocional y perceptual lo que lleva a una alteración de la realidad.



## *HORA DE PONER EN PRÁCTICA*

Se van a realizar los ejercicios propuestos en sesión para que se puedan resolver dudas e inquietudes y el paciente pueda realizar comentarios frente a la facilidad o dificultad que se presenta en su ejecución. Después el paciente lo puede realizar de manera individual en su hogar.

### *Atención sonidos del momento*

**Objetivo del ejercicio:** escuchar de manera consciente los sonidos que ocurren alrededor, se está en el momento presente.

Indíquelo los siguientes pasos al paciente:

1. Siéntese en una posición cómoda, la espalda debe estar de manera recta sobre el espaldar, las piernas deben tocar el piso y no deben estar cruzadas, las manos deben estar sobre las piernas.
2. Cierre los ojos y concéntrese en los sonidos que hay a su alrededor, escúchelos tal y como suenan, no los identifique, no los juzgue como agradables o desagradables.
3. Se dejan de lado las otras percepciones, si evidencia alguna distracción o que se centra en algo específico, regrese de nuevo a escuchar los sonidos, no se olvide de respirar pausadamente.

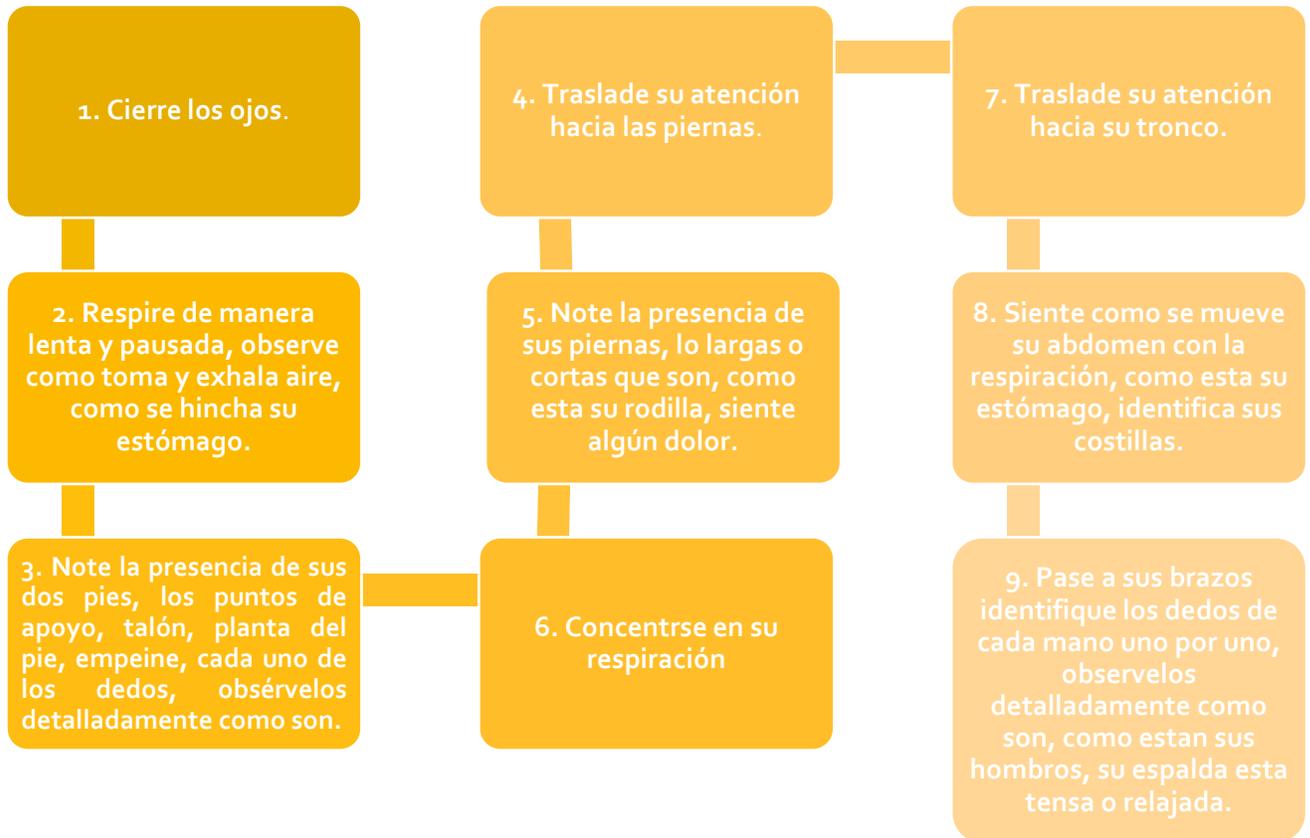
**NOTA:** Indíquelo al paciente que resuelva las preguntas que se encuentran en el cuadernillo y se realiza la socialización en sesión.



### ***Escáner corporal (Body Scan)***

**Objetivo:** entrar en contacto con la experiencia de su cuerpo tal y como es, sin juzgar, sin rechazar las sensaciones desagradables ni a las agradables.

Para realizarlo, es necesario sentarse en una postura cómoda, con la espalda erguida, aunque también es posible adoptar la postura tumbada. El recorrido se hace por todo el cuerpo iniciando por los dedos de los pies, subiendo hacia sus piernas, torso hasta llegar a la cabeza.



10. Concéntrese en su respiración

11. Dirija su atención hacia su rostro, céntrese en su boca, como están sus labios, la lengua, siente sus dientes.

12. Su nariz es larga, corta, delgada, puede respirar con facilidad.

13. Sus ojos están tensos o no, como son grandes o pequeños.

14. Centre su atención en su cabeza, siente alguna presión, esta relajado, no deje que los pensamientos lo invadan.

15. Concéntrese en su respiración.

### *Respiración Consciente*

**Objetivo:** Centrarse en el momento presente y detener los pensamientos, recuerdos, ideas que estén allí, para llevarlo a cabo es necesario focalizar la atención en la respiración.

A continuación se encuentran las indicaciones que deberá darle al paciente:

1. Igual que los ejercicios anteriores tome una postura cómoda, si usted los desea puede ambientar el lugar con masca suave especial para meditación.
2. Cierre los ojos.
3. Realice una inspiración suave, profunda y constante por la nariz.
4. Suelte el aire por la boca de manera pausada.
5. Concéntrese en como el aire entra por la nariz y como sale por la boca.
6. Al notar una distracción, observe qué es aquello que captó su atención y regrese de nuevo a la respiración.

### *Atención en lo cotidiano*

**Objetivo:** Busca que centre su atención en una acción cotidiana, la que usted quiera busca generar mayor conciencia en dicha actividad e identificar que sensaciones, pensamientos o emociones surgen.

A continuación usted como terapeuta, deberá indicarle lo siguiente al paciente:

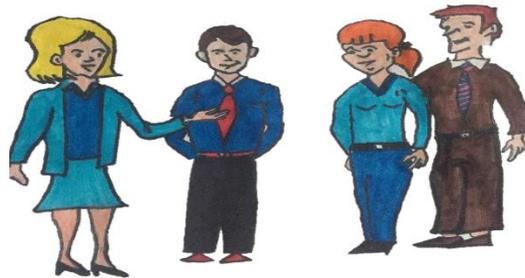
1. escoja la acción cotidiana que desee (bañarse, desayunar, hacer ejercicio).
2. Focalice su atención en las sensaciones que evoca ese momento (tacto, olfato, gusto, vista, ruidos, movimientos).
3. Detecte cualquier pensamiento o emoción que aparezca y regrese su atención a la actividad.



# HABILIDADES SOCIALES

## *Lo importante en las habilidades sociales*

La habilidad social se debe principalmente a la cultura en la que se encuentre la persona, además se tienen en cuenta factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Un comportamiento considerado adecuado en una situación puede ser, obviamente inapropiado en otra, para esto le voy a dar un ejemplo: reírse es un comportamiento apropiado en algunas situaciones como hablar con amigos o cuando está compartiendo con su familia, pero sería inapropiado reírse mientras se encuentra en un funeral.



## *¿Qué son las habilidades sociales?*

Las habilidades sociales son un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y dentro de la capacidad de cómo actuamos se encuentra la manera en cómo respondemos, ya que nosotros estamos respondiendo a todo lo que sucede a nuestro alrededor.

Lo ideal es las personas sean capaces de: *hacer cumplidos, aceptar cumplidos, hacer peticiones, expresar amor, agrado y afecto, iniciar y mantener conversaciones, defender los propios derechos, rechazar peticiones, expresar opiniones, incluido el desacuerdo, expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, petición de cambio de conducta del otro, disculparse o admitir ignorancia, afrontar las críticas y hablar en público.*

## FACTORES QUE CONTRIBUYEN A TENER UNA CONDUCTA SOCIAL HABILIDOSA

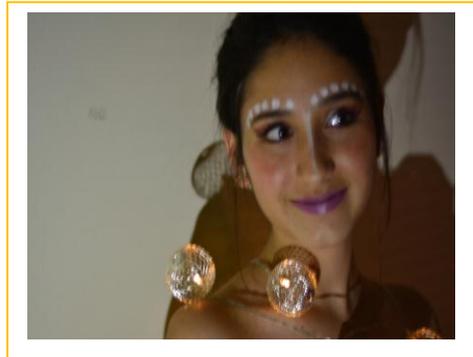
### La mirada



La mirada se define como el mirar a otra persona en o entre los ojos, o, más generalmente, en la mitad superior de la cara. La mirada es fundamental en nuestras conversaciones, ya que abre y cierra canales de comunicación y es muy importante para regular y manejar los turnos de la palabra. Por eso hay que tener en cuenta que una duración o desviación excesivas de la mirada, pueden constituir conductas desadaptativas en la comunicación con los demás.

### La expresión facial

Existe gran evidencia de que la cara es el principal sistema de señales para manifestar las emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal es también la parte del cuerpo que más se observa durante la interacción. La expresión facial juega varios papeles en la interacción humana, a continuación, conocerá cuales son:



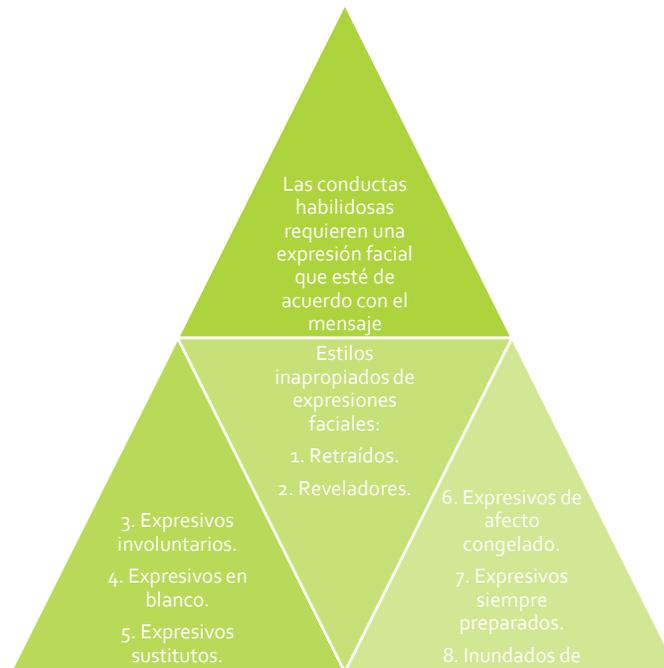
- ✚ Muestra el estado emocional de las personas, aunque el individuo intente ocultarlo.
- ✚ Proporciona una retroalimentación continua sobre si se comprende la conversación, sobre si se está sorprendido, disgustado, etc.
- ✚ Indica actitudes hacia los demás.
- ✚ Puede actuar de metacomunicación, modificando o comentando lo que se está diciendo o haciendo al mismo tiempo.

## *La importancia de las emociones en la expresión facial*



Las expresiones faciales de la emoción son universales e innatas. Hay seis principales expresiones de las emociones y tres áreas de la cara que son responsables de que estas se manifiesten. Existen seis emociones básicas: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco. Las tres regiones faciales encargadas de la manifestación de las emociones son la frente/cejas, ojos/párpados y la parte inferior de la cara.

(Ekman & Friesen, 1975 como se cita en Caballo, 2009)



## Tips para su paciente



✚ Su expresión debe variar, no puede ser siempre la misma, es decir no puede mostrarse alegre frente a algo agradable y también frente a algo desagradable. Es bueno que no finja algo que no está sintiendo, ya que una sonrisa fingida en muchas situaciones es bastante notoria (Caballo, 2009).

✚ Es importante que sepa que la sonrisa es la emoción más habitualmente utilizada para ocultar otra. Actúa como lo contrario de algunas emociones como lo son el temor, la ira, el disgusto, etc.

## ¡Ejercicios para que el paciente los realice en casa!

- ✚ Una forma de que el paciente pueda comprobar que su expresión facial concuerde con lo que siente, es mirarse al espejo. Usted le dirá al paciente que cuente una experiencia que haya sido agradable para él en frente del espejo, y que al día siguiente realice lo mismo pero el segundo día deberá cambiar de situación y tendrá que contar una experiencia que le haya generado tristeza, se le debe decir al paciente que haga esto por seis días, cada día corresponderá a una emoción (Recuerde las emociones básicas son seis: asco, miedo, alegría, tristeza, sorpresa e ira).
- ✚ A continuación, se le presentará una hoja como esta al paciente sobre expresiones faciales de personas reales y lo ideal es que este las reconozca, debajo de cada foto escribirá a que expresión emocional corresponde (asco, miedo, alegría, tristeza, sorpresa e ira). Si le parece mejor usted también puede realizar este ejercicio.



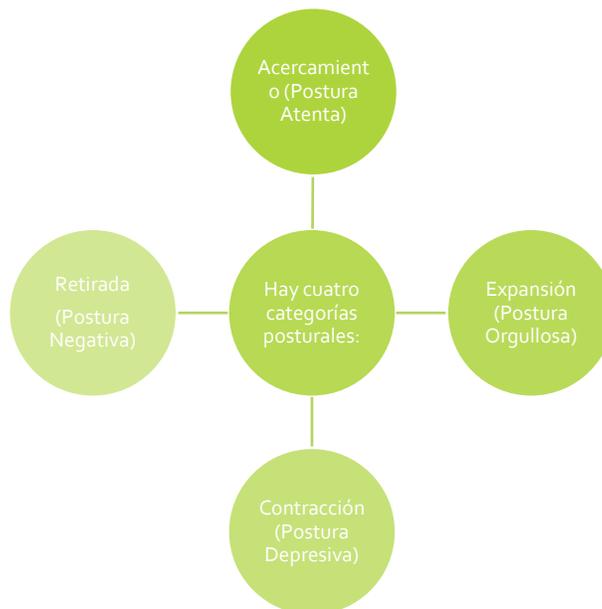


## La postura



*La posición del cuerpo y de los miembros, la forma como se sienta la persona, cómo está de pie y como camina, refleja actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los demás (Mehrabian, 1972 como se cita en Caballo, 2009).*

*Hay tres principales posturas humanas: 1. De pie; 2. Sentado, agachado o arrodillado y 3. Acostado/Echado. Las personas todo el tiempo suelen imitar las posturas corporales de los demás.*



## Consciencia de las situaciones sociales que generan ansiedad.

El autorregistro es un método para observar y registrar la conducta tanto manifiesta (pública) como encubierta (cogniciones). Se puede pedir a los pacientes que registren los antecedentes y/o los consecuentes (manifiestos y/o encubiertos) que acompañan la conducta de interés. Se puede hacer también que los pacientes estimen su nivel de ansiedad, así como su habilidad y la satisfacción de las conductas. Una de las ventajas del autorregistro como técnica de evaluación es que permite el acceso de datos que, de otra manera, no estarían fácilmente disponibles.

Se le debe explicar al paciente acerca del autorregistro y como se debe llenar de la siguiente manera: *Una técnica de evaluación usada para ser consciente es el autorregistro, allí usted deberá escribir en frente de diversas situaciones planteadas de 1 a 10 (siendo 1 nada ansioso y 10 muy ansioso) que tan ansioso se siente realizando las conductas descritas para así identificar cuál de estas le está generando más ansiedad. Así mismo deberá evaluar de 1 a 10 (siendo 1 no hábil y 10 muy hábil) que tan hábil cree que es realizando esa conducta. En la parte final del cuadernillo encontrará un autorregistro para que usted lo complete y pueda seguir haciendo más de los mismos.*

Acá le dejaré un autorregistro en blanco para que lo conozca y pueda dárselo así a su paciente:

### Hoja de Autorregistro

Nombre: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ días.

Clases de conductas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Iniciar conversaciones							
Mantener conversaciones							
Hablar en público							
Hacer cumplidos							
Aceptar cumplidos							
Pedir favores							
Rechazar peticiones							
Expresión de afecto							
Expresión de opiniones							
Expresión de desagrado							
Afrontamiento de críticas							

# Entrenamiento en Habilidades Sociales



El entrenamiento en habilidades sociales busca que el paciente aprenda conductas específicas que después se practiquen y puedan así integrarse en el comportamiento habitual de la persona. Por ello existen diversos procedimientos, que le describiré a continuación:

## ***Instrucciones/aleccionamiento***

El término *aleccionamiento* (coaching), intenta proporcionarle información explícita sobre la naturaleza y el grado de desacuerdo entre su actuación y criterio, para que sea más sencillo entender le voy a dar un ejemplo: "Su contacto ocular fue demasiado breve, aumentelo". También se incluye información específica sobre lo que sería una respuesta apropiada, le voy a dar otro ejemplo: "Quiero que practique el mirar directamente a la cara de la otra



persona cuando esté hablando con ella”, son anotaciones que dirigen la atención del sujeto hacia sus necesidades.

Por otro lado, el término *instrucciones* es quizá más amplio dado que incluye todo lo que anteriormente le comenté además de información específica y general sobre el programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales. Aquí es importante transmitir claramente al paciente el componente o dimensión exactos que recibirán atención ese día y dar una explicación sobre su importancia.

## ***El ensayo de conducta***

Por medio de este procedimiento se representan maneras apropiadas y efectivas de afrontar las situaciones de la vida real que pueden llegar a ser problemáticas para el paciente. Los objetivos de este procedimiento consisten en aprender a modificar respuestas inadecuadas, reemplazándolas por nuevas respuestas.

### **¿De qué se trata?**



En el ensayo de conducta el paciente representa cortas escenas que simulan situaciones de la vida real, donde se le pide que describa brevemente la situación-problema real. Usted se asegurará de que el paciente pueda representar el papel que quiere sin salirse del mismo.

*Es importante que al realizar el ensayo de conducta, usted le diga a su paciente que debe tener en cuenta lo siguiente:*

- ✚ Hay que limitarse a un problema en una situación. No hay que intentar resolverlo todo en un solo intento.
- ✚ Hay que limitarse al problema que se expuso en un principio.
- ✚ Hay que escoger una situación reciente o una que es probable suceda en un futuro cercano.

- ✚ No hay que prolongar la parte de la representación, ésta debe ser de uno a tres minutos.
  - ✚ Las respuestas deben ser tan cortas como sea posible.
  - ✚ Hay que recordar que el paciente es el actor principal, es el experto sobre cómo es la conducta asertiva y sobre cuál es la mejor respuesta para la situación que escogió.
- ✓ Usted puede pedirle a su paciente que describa un problema cotidiano que tenga y que escriba sobre cómo sería la mejor manera de solucionarlo.

## ***El modelado***

La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permitirá el aprendizaje observacional de ese modo de actuación.



### **¿De qué se trata?**

El modelo suele ser representado por el psicólogo, es decir por usted. Esto puede ser en vivo o grabado en un vídeo. La representación puede ser de toda la situación o solo un segmento de esta. Es importante que le haga saber a su paciente que la conducta representada por el terapeuta no es la única forma correcta de comportarse, sino que debe ver esto como una manera de enfrentarse a diversas situaciones.

*Para que el modelado sea exitoso usted deberá recordarle a su paciente que debe tener en cuenta los siguientes aspectos:*

- ✚ La atención es necesaria para el aprendizaje. En este procedimiento se aprende por medio de la observación y de la escucha, por lo que el paciente debe estar atento a las conductas que usted realice para que después el pueda hacerlas.
- ✚ Es indispensable que el paciente practique constantemente la conducta del modelo.
- ✚ Es importante que el paciente no interprete la conducta modelada como la manera "correcta" de comportarse, sino como una forma de abordar una situación particular.

## ¡TAREA!

Para finalizar este apartado de Habilidades Sociales hay algunas tareas que usted puede dejarle a su paciente para que realice en casa. Le debe indicar de la siguiente de la manera a su paciente para que pueda realizar las tareas:

**Registro del nivel de ansiedad ante situaciones determinadas:** Usted deberá registrar las conductas que más ansiedad le generan. Le voy a dar un ejemplo:

Situación	Nivel de ansiedad 1/10
Iniciar una conversación con un desconocido.	10

**Situaciones en las que ha actuado habilidosamente:** En este apartado usted deberá describir las situaciones en las que usted cree ha actuado habilidosamente y debe explicar porque cree que su actuación fue habilidosa. Le voy a dar un ejemplo:

Situación	Argumento
Comprar algo	Siento que mi conducta fue habilidosa, ya que logré pedirle al

en la tienda	señor de la tienda lo que yo quería comprar y además pude decirle de una buena manera que no me había entregado el cambio completo.
--------------	---

***Situaciones en las que le hubiera gustado actuar habilidosamente.*** En este apartado usted deberá escribir y describir situaciones en las que no actuó habilidosamente y como le hubiera gustado actuar. Le voy a dar un ejemplo:

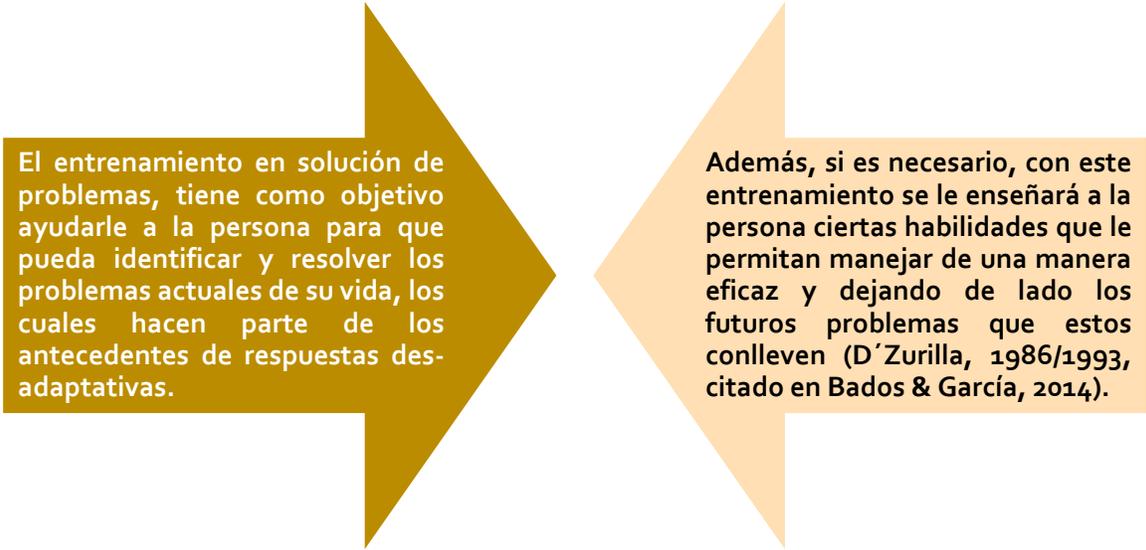
Situación	Actuación social no habilidosa	Actuación social habilidosa/como me hubiera gustado actuar.
Había invitado a un amigo a cenar y llegó con una hora de retraso y no me aviso que se demoraría.	No lo mire ni siquiera y le dije: "pase la cena está en la mesa"	Mirarlo y decirle te llevo esperando hace una hora, me hubiera gustado que llamaras para decirme que llegarías tarde.

# SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

## *¿Qué es la Solución de Problemas?*

Es un proceso que involucra lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, permitiendo que las personas identifiquen una respuesta de afrontamiento eficaz para un problema específico (D'Zurilla, 1986/1993; D'Zurilla & Nezu, 2007; citados en Bados & García, 2014).

## *¿Cuál es el objetivo del Entrenamiento en Solución de Problemas?*



El entrenamiento en solución de problemas, tiene como objetivo ayudarle a la persona para que pueda identificar y resolver los problemas actuales de su vida, los cuales hacen parte de los antecedentes de respuestas desadaptativas.

Además, si es necesario, con este entrenamiento se le enseñará a la persona ciertas habilidades que le permitan manejar de una manera eficaz y dejando de lado los futuros problemas que estos conlleven (D'Zurilla, 1986/1993, citado en Bados & García, 2014).

*Nota:* Es importante que tenga en cuenta que el entrenamiento en habilidades, solo lo deberá realizar en situaciones que no representen una

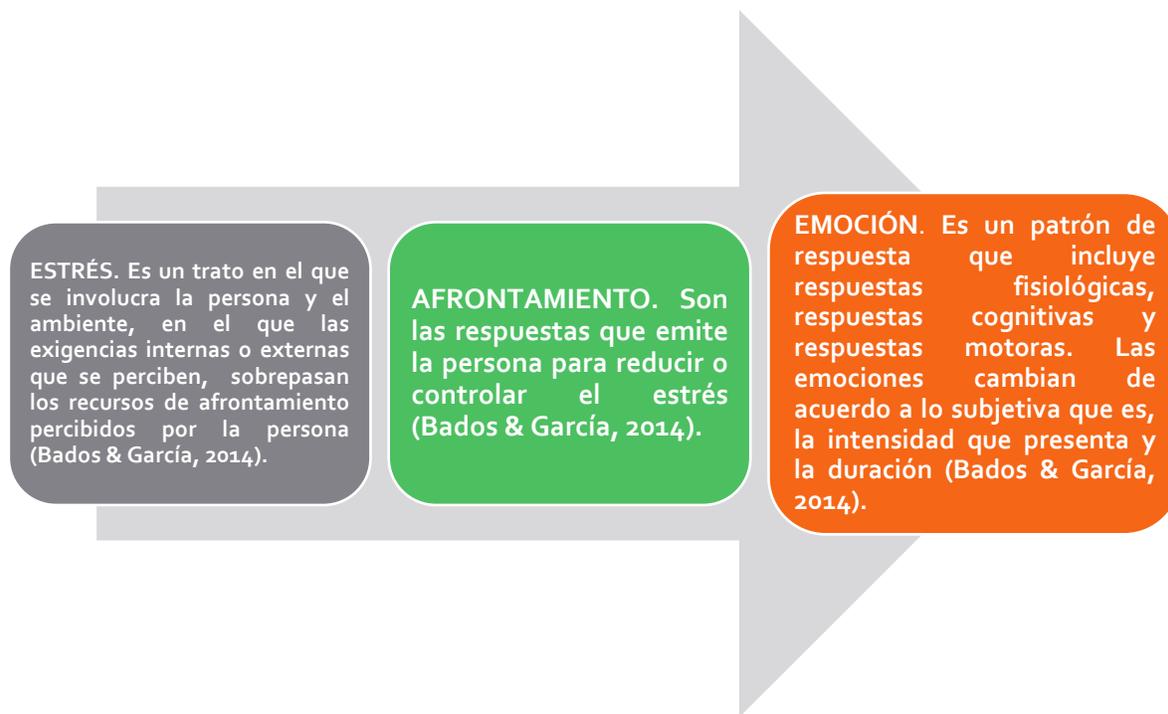
crisis para el paciente, es decir, en situación de divorcio, separación, muerte de un ser querido, intento de suicidio, pérdida de trabajo, etc.

Algunos conceptos básicos que debe tener en cuenta como psicólogo a cerca de la solución de problemas son:

**RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.** Es un proceso que implica lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, y es por el cual una persona trata de identificar o dar una solución eficaz para un problema específico (Bados & García, 2014).

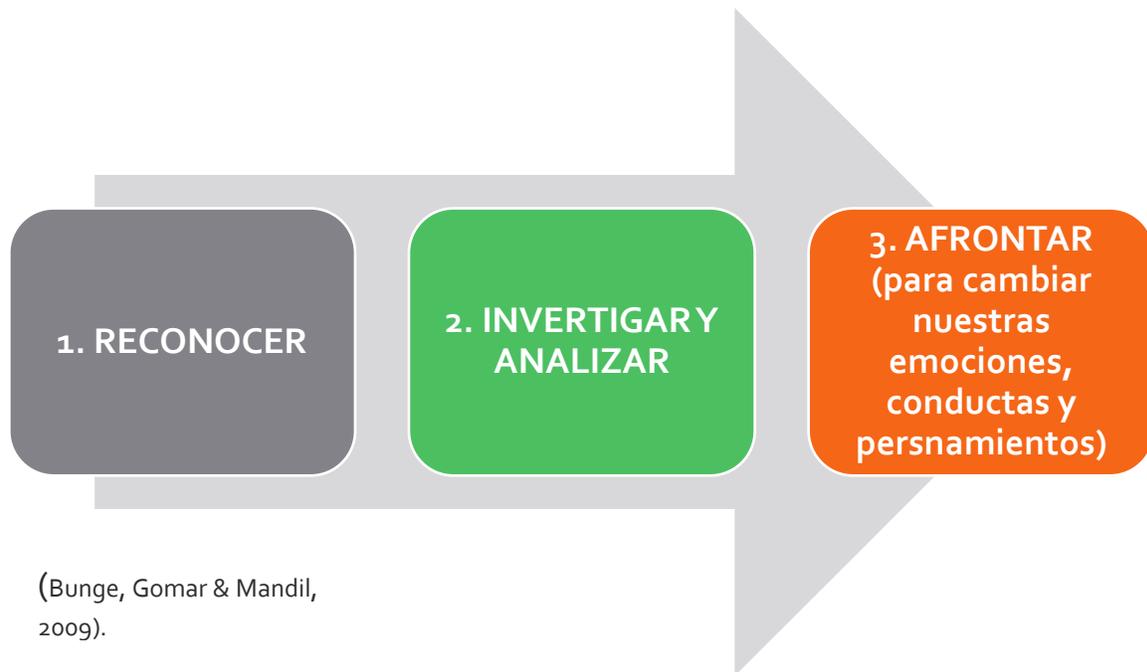
**SOLUCIÓN.** Hace referencia a una respuesta de afrontamiento que es eficaz para alterar una situación problemática (Bados & García, 2014).

**PROBLEMA.** Es un acuerdo que se da entre la persona y el ambiente, en el cual se presenta una diferencia percibida entre las exigencias y la disponibilidad de la respuesta. En esta situación, la persona percibe una diferencia entre "lo que es" y "lo que debería ser". Además, no se encuentran disponibles de manera inmediata los medios para poder reducir la diferencia que está presentando (Badós, García, 2014).



## VENCER LA PASIVIDAD

- El objetivo de esta actividad, es que el paciente comience a identificar diferentes alternativas para darle solución al problema que se encuentra enfrentando.
- Usted como psicólogo y terapeuta del paciente, deberá explicarle la importancia de aprender a dar alternativas para poder resolver su problema, para que deje de ser una persona pasiva, esperando que algo suceda para que resuelva su problema.
- A continuación, usted deberá informarle al paciente acerca de las estrategias para que logre “vencer la pasividad”.



**NOTA:** Para esto, deberá dirigirse a la sección “vencer la pasividad” del cuadernillo del paciente, en donde encontrará tablas con algunos ejemplos para que el paciente comience a reconocer la queja, el problema, la consecuencia y la señal de la situación problemática, y de esta manera empezar a darle solución al problema. Luego, diligenciarán juntos el Anexo G.

### 1. RECONOCER

#### *“La Gota que Rebosó el Vaso”*

En esta sección, usted deberá explicarle al paciente cómo debe reconocer el momento en el que él/ella se encuentre en una dificultad para no entrar en pánico, sin saber cómo reaccionar (rebosar el vaso).



Así mismo, encontrará una tabla en donde aparecen algunas de las sensaciones que el paciente puede presentar cuando está ansioso, triste o enojado. Usted deberá explicarle al paciente, que cada vez que sienta más de una de esas sensaciones o sienta con gran intensidad una de ellas, deberá comenzar a actuar y trabajar en la regulación de esta emoción y en el control de su respuesta.

ANSIOSO	TRISTE	ENOJADO
Palpitaciones	Cansado	Músculos tensos
Transpiro	Aburrido	Grito
Temblor	Enojado	Latidos del corazón más fuertes
Inquieto	Con ganas de llorar	Siento calor
Nervios	Molesto	Golpeo cosas
Tenso	Sin ganas de hacer nada	Soy grosero
Paralizado	Me alejo de las personas	Respondo de mala manera

(Buge, Gomar & Mandil, 2009)

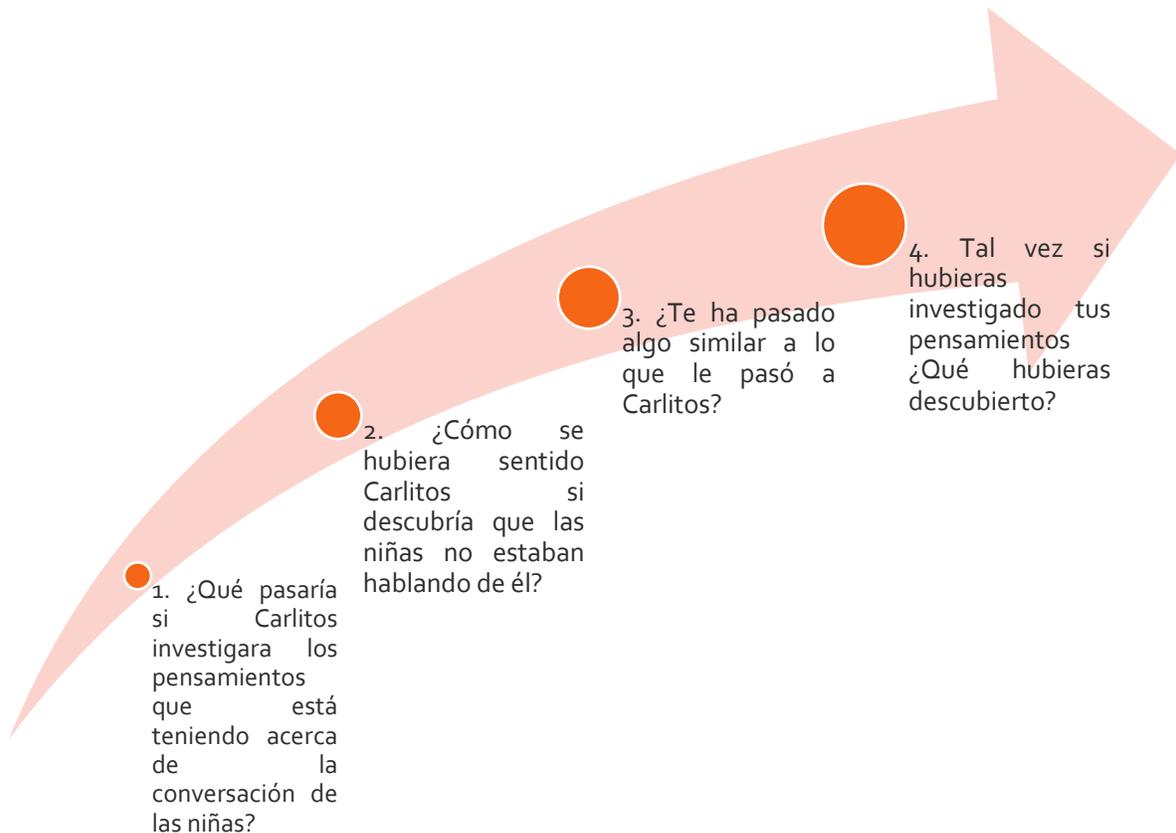
## 2. INVESTIGAR Y ANALIZAR.

En esta sección, usted como psicólogo deberá explicarle al paciente que muchas veces al dejarnos llevar por la ansiedad (emoción), no investigamos si lo que estamos pensando en el momento es verdad o no. Por ejemplo, si se encuentra en una exposición, y cuando está al frente dispuesto/a para empezar a hablar, comienza a pensar lo siguiente: "las

personas están diciendo que no sé del tema”, “todos se van a burlar de mí cuando comience a hablar”, “pensarán que soy un(a) tonto(a)”, entre otros. Dejando de lado el paso de investigar y analizar si eso que está pensando es cierto o no.

A partir de esto, usted deberá debatir con el paciente los pensamientos que presenta cada vez que se expone a una situación que le genera ansiedad, y verificar si son verdad o no.

Para esto, en esta misma sección, pero del cuadernillo del paciente, encontrará unas preguntas que se realizaran a partir de una historieta que se presenta allí. Resuélvalas junto al paciente.



### 3. AFRONTAR



Dentro de las cosas que no ayudan a solucionar las cosas en absoluto, es la evitación. Evitar hacer las cosas que nos producen malestar, nos ayuda a sentirnos seguros, pero sólo por un tiempo muy corto, pero sigue presentándose la inseguridad y el miedo. Algo que sí le ayudaría a enfrentar esto, es que le pida a tu terapeuta que le enseñe algunas habilidades de afrontamiento para que de a poco vuelva a hacerle frente a las cosas.



A veces dejamos de hacer cosas para que no nos pase nada. Cuando evitamos hacer cosas por miedo, pensamos que algo malo nos hubiera

podido suceder y además nos perdemos la oportunidad de que nos sucedan cosas buenas y que vayamos fortaleciendo nuestra confianza.

**Objetivo:** Aprender a afrontar el problema, siempre verificando los pensamientos que se presentan en ese momento.

- Usted deberá darle seguridad al paciente y recalcarle que no tema a equivocarse, porque siempre que cometa un error le servirá de aprendizaje.

### *EXTERNALIZAR EL PROBLEMA*

Para poder enfrentar el problema, es importante que el paciente lo reconozca y tenga claro el mismo.

Entre los dos, le pondrán un nombre al problema para que sea más fácil reconocerlo y afrontarlo.

Nombre del problema:

---

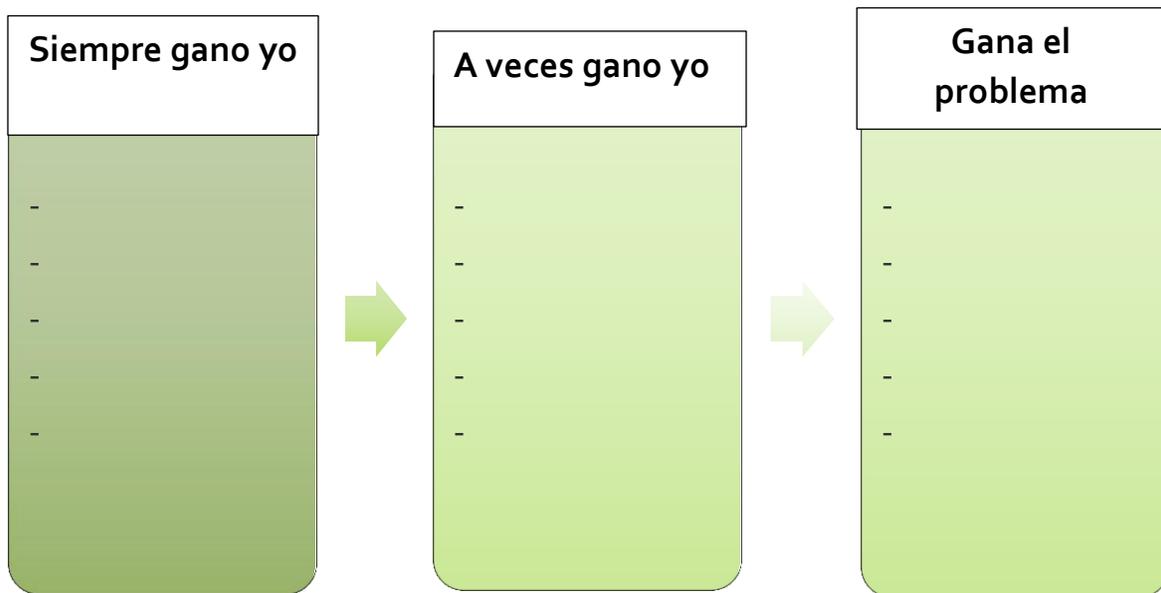
---

---

(Bunger, Gomar & Mandil, 2009)

## MAPA DEL PROBLEMA

En este apartado, el paciente tendrá que realizar un mapa del problema, en el cual va a escribir las veces que siempre él/ella gana, las veces que gana el problema y cuando a veces gana él/ella.



(Bunge, Gomar & Mandil, 2009)

A continuación, deberá modificar el mapa del problema para que el paciente comience a ganarle a este poco a poco.



(Bunge, Gomar & Mandil, 2009)

Luego, el paciente escribirá las estrategias que ha puesto en práctica para resolver el problema, pero que no le han funcionado.

**El problema**



**Cosas que hago**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

**Yo**



(Bunge, Gomar & Mandil, 2009)

Usted evaluará las estrategias fallidas del paciente y tratarán de establecer las razones por las cuales esas estrategias no funcionaron. Luego, le pedirá al paciente que escriba en el cuadro, estrategias que haya utilizado para el mismo fin, pero que sí le hayan funcionado. De esta manera compararan las estrategias y llegaran a una conclusión.

**El problema**



**Cosas que hago**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

**Yo**



(Buge, Gomar & Mandil, 2009)

# ACTIVIDADES GRUPALES

## Actividad grupal 1: Manejo de la ansiedad

**Tema:** Manejo de la ansiedad

**Participantes:** 15 personas

**Tiempo:** 75 minutos

**Recursos:** Sillas y tapetes para yoga.

### Objetivos

- Identificar la importancia de tener un buen manejo de la ansiedad.
- Realizar entrenamiento y puesta en práctica de las técnicas para el adecuado manejo de la ansiedad y obtener una mayor comprensión de estas.

### Metodología

#### Actividad 1:

**Tiempo estimado:** 10 minutos

**Nombre:** *Rompe hielo*

*Construir una historia*

Se les pedirá a los participantes que se sienten formando una ronda. El psicólogo dice una palabra y, los participantes deben ir agregando cada uno una palabra y en esta forma hacer una frase. El jugador que tiene el turno debe repetir recordando toda la frase y agregar una palabra final. La última persona en participar deberá contar toda la historia de acuerdo a lo conformado por todos los participantes.

Tomado de: [http://vinculosolidariocolombia.weebly.com/uploads/2/1/7/1/21718360/actividades\\_rompehielo.pdf](http://vinculosolidariocolombia.weebly.com/uploads/2/1/7/1/21718360/actividades_rompehielo.pdf)

#### Actividad 2:

**Tiempo estimado:** 20 minutos

**Nombre:** **Vamos a respirar bien**

Se les indica a los participantes tomar una postura cómoda en las sillas en las que se encuentran para realizar un ejercicio inicial de respiración

diafragmática el cual se realiza paso a paso como lo abordado en sesiones individuales, para centrar la atención y objetivo de la actividad.

Se realizan precisiones conceptuales en cuanto concepto y sintomatología de la ansiedad, lo cual ya se ha abordado con los pacientes en sesión. Se resuelven dudas e inquietudes.

### **Actividad 3:**

**Tiempo estimado:** 30 minutos

**Nombre:** Utilizando la imaginación

A los participantes se les brindara cartulinas, revistas, tijeras, colores, marcadores. El objetivo es que realicen un collage de algún lugar que para ellos represente tranquilidad, seguridad, felicidad. Mientras se realiza esto se van haciendo preguntas como ¿a qué huele este lugar, qué sonidos hay, qué texturas, sabores etc.?

Una vez finalizado el collage tomando una postura cómoda se les pide que cierren los ojos e imaginen que están en ese lugar que lo visualicen en su totalidad, que mire cada detalle que lo conforma, recuerde que esto es una herramienta de apoyo para momentos de ansiedad y que usted pueda visualizar o ver el collage y por medio de la respiración pausada ir reduciendo la intensidad del malestar generado por la ansiedad.

### **Actividad 4:**

**Tiempo estimado:** 15 minutos

**Nombre:** Cierre de la actividad

Se realizará un resumen de lo abordado en la sesión teniendo en cuenta las precisiones conceptuales y prácticas de cada técnica, los pacientes que quieran participar comentaras sus dudas, comentarios o conclusiones de la actividad.

## Actividad grupal 2: Habilidades Sociales

### Actividad 1:

**Tiempo estimado:** 20 minutos.

La primera actividad que tiene lugar en un grupo de EHS es la presentación de cada miembro ante todo el resto del grupo. En la sesión inicial de un grupo de EHS la gente no se conoce. Un ejercicio habitual para que la gente se vaya conociendo es el siguiente: Los participantes en el grupo se juntan por parejas, se dejan diez minutos de conversación en la que cada miembro de la pareja pasa cinco minutos hablándole al otro. En estos cinco minutos cada persona del grupo debe hacer una pequeña biografía de su compañera/o, describirse a sí mismo expresando los cinco adjetivos que piensa que le describen mejor, posterior a esto todos vuelven al grupo y cada miembro da una pequeña sinopsis de su compañero.

**Nombre:** ¡Conociéndonos!

### Actividad 2:

**Tiempo estimado:** 15 minutos.

Se hace que todos los miembros del grupo formen un círculo cogidos por los hombros y que uno de los miembros quede fuera del círculo. La actividad consiste en que el miembro que ha quedado afuera entre en el círculo, mientras que los miembros que lo forman tratan de no dejarle entrar (sin violencia).

**Nombre:** Trabajo en equipo.

### Actividad 3:

Los miembros del grupo de EHS participan en una serie establecida de ejercicios de representación de papeles y, en sesiones posteriores, dichos miembros generan sus propias situaciones de ensayo de conducta.

**Tiempo estimado:** 20 minutos

**Nombre:** Ensayo de conducta grupal

**Actividad 4:****Tiempo estimado:** 15 minutos**Nombre:** ¡En parejas!

Van a formar parejas. Cada pareja deberá tener una hoja de papel y un lapicero. Sin hablar, la pareja deberá dibujar (tomando al mismo tiempo, el mismo lapicero los dos integrantes) sobre el papel. Al final se reunirá todo el grupo nuevamente y se va a discutir, cuál de los dos miembros tuvo una actuación activa durante el ejercicio. Y cada uno va a evaluar si su actuación fue pasiva o activa, siendo esto el reflejo de su comportamiento en la vida real. Asimismo, va a evaluar cuáles fueron las señales no verbales que utilizó para tener una mayor participación durante la realización del dibujo. En el caso en el que los dos participantes hayan tenido una participación por igual, cada uno deberá resaltar las señales no verbales que emplearon para conseguirlo.

**Actividad 5:****Tiempo estimado:** 15 minutos**Nombre:** Juego de roles.

Para esta actividad, van a realizar grupos de a tres personas. Dos se van a ubicar frente a frente, mientras que el tercero va a ubicarse como espectador.

Uno de los que está en frente, va a decir a todo "sí", mientras que el otro dirá a todo "no". Podrán variar el lenguaje no verbal pero no podrán variar los elementos verbales, es decir, el "sí" y el "no". Mientras que los dos se encuentran realizando el ejercicio se van a dedicar a observar cuáles son las señales no verbales que están siendo manifestadas por cada uno, cuando uno de los dos se siente más seguro.

Esto mismo, tendrá que hacerlo el tercer integrante del grupo que se encuentra siendo de observador.

Los roles van a ir cambiando cada 5 minutos cuando el terapeuta que esté dirigiendo la actividad de la señal. Al final del ejercicio se expondrán las conclusiones de cada trío al grupo en general.

## Conclusiones

De acuerdo con la revisión teórica se pudo identificar por datos de la OMS (2016) que los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal, razón por la cual las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas.

Asimismo, se puede evidenciar que la ansiedad es una parte normal de la vida de las personas, es muy probable que las personas sientan ansiedad ante un problema en el trabajo, presentar un examen o tomar una decisión importante. Sin embargo, la ansiedad se puede convertir en una problemática en donde esta no desaparece y se puede convertir en un problema con el tiempo que va más allá de una simple preocupación o miedo temporal. La ansiedad como problemática o trastorno puede interferir con las actividades cotidianas de las personas afectando sus diferentes áreas de ajuste (National institute of mental health, 2016). Hay una prevalencia mayor entre los 15 y 45 años, en donde se identifica que hay mayor cantidad de mujeres con trastornos relacionados a la ansiedad que hombres (Morales et al, 2005).

De igual manera, el trastorno de ansiedad social es el trastorno de ansiedad más común; tiene una edad temprana de inicio, entre los 11 años de edad se encuentra aproximadamente el 50% de los niños en esta edad y entre los 20 años de edad se encuentra aproximadamente el 80% de las personas. También se considera como un factor de riesgo para una enfermedad depresiva posterior y abuso de sustancias (Stein & Stein, 2008).

Dentro de los aspectos más relevantes a tener en cuenta se encuentra el proceso de evaluación, ya que a partir de este primer paso, se genera un adecuado plan de intervención para cada persona. Entre las estrategias de evaluación comúnmente usadas están la entrevista clínica, registros (psicofisiológicos), autoinformes, observación y escalas validadas (Bados, 2009).

Teniendo en cuenta lo anterior se conforman diferentes formas de tratamiento, se tiene evidencia que diversos modelos de psicoterapia y tratamiento psicofarmacológicos son efectivos. A nivel psicoterapéutico se destaca el abordaje de este trastorno bajo un enfoque cognitivo conductual.

Dentro de este enfoque, la ansiedad social se entiende a partir de una perspectiva donde se tiene primordial atención a cogniciones/pensamientos y a conductas que se originan a partir de creencias irracionales (Bustamante & Hernández, 2016). Se busca fortalecer las cogniciones y comportamientos necesarios para que la persona logre realizar sus actividades cotidianas de manera adaptativa en sus diferentes áreas de ajuste, aquí se incluyen técnicas tales como la exposición, reestructuración cognitiva, relajación y entrenamiento en habilidades sociales (Velasco, 2007).

De igual manera, dentro del tratamiento en pacientes con fobia social es muy importante el acompañamiento familiar y de allegados ya que el que conozca los síntomas y brinden un apoyo emocional al paciente es de gran utilidad. Así mismo se ha demostrado que los pacientes que tienen acompañamiento familiar tienen mejores procesos terapéuticos que los pacientes que no tienen el acompañamiento (ITCC, 2017).

Finalmente, dentro de las estrategias de intervención que han mostrado ser eficaces, se encuentra el entrenamiento de habilidades sociales de forma grupal, ya que permite que el individuo pueda exponerse a las situaciones sociales que le generan temor.

Igualmente, es de gran importancia mencionar que para la realización de este trabajo, además de una revisión teórica se realizó una encuesta de mercado con el objetivo de identificar las necesidades en torno a un producto denominado ANSÍA para el manejo de la ansiedad social en adultos de 20 a 40 años de edad. La realización de dicha encuesta nos permitió conocer las necesidades de la población con la cual se está trabajando. Para tal fin, se indaga por aquellos aspectos que les gustaría encontrar en el cuadernillo de trabajo tanto al profesional de psicología como el posible cliente. Por lo que se indaga entre las temáticas a tratar a nivel informativo, teórico o de psicoeducación, estrategias o técnicas que pueden ayudar a regular los síntomas y complementan el proceso, material de apoyo, contenidos del material audiovisual, tiempo a invertir en las sesiones de trabajo tanto individual como

grupales, beneficios adicionales por la adquisición del producto y el valor monetario a invertir en el diseño del producto.

El estudio permitió evidenciar que son pocas las personas que tienen conocimiento de algún producto que ayude al manejo de la ansiedad social en adultos, lo cual favorece en gran medida el diseño de este material de trabajo ya que se convierte en una herramienta innovadora para el trabajo realizado por el psicólogo y el paciente teniendo una participación activa en su proceso. En las temáticas que se abordaron en los cuadernillos de trabajo de acuerdo a la información brindada por los encuestados se tiene sintomatología y características claves de la ansiedad y ansiedad social, manejo de la ansiedad (técnicas de relajación), habilidades sociales y solución de problemas. Finalmente, la realización de la encuesta de mercado, nos permitió garantizar que las necesidades encontradas en la población se pudieran abordar como un complemento, a partir de la información recolectada en la encuesta y de la revisión teórica acerca del tema.

ANSÍA es un programa para el manejo de la ansiedad social en adultos que cuenta con dos cuadernillos de trabajo, uno para el profesional de psicología y otro para el consultante, los elementos que componen los cuadernillos tienen un carácter teórico y práctico. El cuadernillo del consultante tiene por objetivo de psico-educarlo en ansiedad social y que él o ella aprendan a reconocer sus dificultades y las diferentes técnicas y aplicación de estas para afrontar los cambios. El cuadernillo para el profesional de psicología tendrá por objetivo ser más descriptivo para facilitar el proceso a llevar a cabo con el consultante, el psicólogo podrá encontrar el paso a paso de las actividades, ejercicios y técnicas a trabajar con el consultante (anteriormente mencionados).

Es de importancia resaltar, que el producto ANSÍA, se centra en algunas de las técnicas más efectivas para el manejo de la ansiedad social. Por lo que es importante que los profesionales que se interesen en desarrollar un producto similar, tengan en cuenta poblaciones igualmente vulnerables como lo son los adolescentes y los adultos mayores. Asimismo, es de gran relevancia tener en cuenta programas para la detección temprana de este trastorno y la prevención del mismo.

También, se sugiere que se aborden técnicas cognitivas para la detección de los errores de pensamiento, haciendo uso de la reestructuración cognitiva, ya que como es

sabido, estos errores de pensamiento (distorsiones cognitivas) son factores que ayudan a adquirir y mantener el problema que se está tratando.

De igual manera, se recomienda incluir dentro del proceso de intervención, al núcleo familiar (redes de apoyo), ya que a partir de la revisión teórica, se ha encontrado que al trabajar con la familia, el paciente con ansiedad social logra tener una mejor adherencia al tratamiento y este se hace más eficaz. También, se sugiere brindar un apoyo psicológico a la familia para que logren ser un apoyo para el paciente y comprendan de una mejor manera la problemática de su familiar. La mayoría de estudios a cerca de ansiedad social, se centran en la evaluación y la intervención del problema, dejando a un lado el seguimiento del proceso, factor que es importante para que el tratamiento tenga mayor efectividad y logre perdurar en el tiempo.

### Referencias

- Agudelo, D., Casadiegos C & Sánchez D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*. Vol 1 (1) pp, 34-39.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2017). Chapinero, una de las localidades universitarias de Bogotá. Recuperado de: <http://www.bogota.gov.co/localidades/chapinero/Chapinero%2C%20una%20de%20las%20localidades%20universitarias%20de%20Bogot%C3%A1>
- Alcaldía Local de Chapinero (2018). Conociendo mi Localidad. Recuperado de: <http://www.chapinero.gov.co/mi-localidad/mapas>
- Alcaldía Local de Chapinero (2018). Disfrutando mi localidad. Recuperado de: <http://www.chapinero.gov.co/mi-localidad/disfrutando-mi-localidad>
- Alvarez, C., Julio, V., Sossa, A & Vacarezza, M. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Antona, C.J., García. L, L. J., Yela, J. R., Gómez. G, M. A., Salgado, A., Delgado, C & Urchaga, J. D (2006)., Eficacia de la Exposición y la Reestructuración Cognitiva en Jóvenes Adultos con Trastorno de Ansiedad Social., *Psicología Conductual*, 14 (2)., pp. 183-200.
- Anxiety and depression association of America. (2016). Social Anxiety Disorder. Recovered from: <https://adaa.org/understanding-anxiety/social-anxiety-disorder>
- Arslan, M. (2015) Intervención Cognitivo-Conductual en un caso Clínico de Fobia Social. *Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano*. Recuperado de: <http://190.131.241.186/bitstream/handle/10823/635/trabajo%20de%20grado%20%20Merve%20Arslan%2001062016%20%20ultim.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Trastornos de ansiedad. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial médica panamericana.
- Bados, A. (2009). Evaluación Fobia social. Universitat de Barcelona, facultat de psicología. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Belloch, A., Sandín, B & Ramos, F (2009). Capítulo 4: Teorías sobre los trastornos de

- ansiedad. *Manual de Psicopatología.*, Volumen II., McGraw Hill., España.
- Botella. A, C., García. P, A., Baños. R, R. M & Quero. C, S (2007)., Realidad Virtual y Tratamientos Psicológicos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.*, 82., pp. 17-31. Recuperado de <http://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/VR/Cuad%20N82%20trabajo%202.pdf>
- Bordallo, R., Burgos, M., Muñoz, F., Ortiz, M & Vega, P. (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Semergen* vol 32 (5).
- Bunge, E., Gomar, M & Mandil, J. (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Editorial: Akadia. Buenos Aires.
- Bustamante, V. & Hernández, F. (2016). Presentación de un caso clínico sobre ansiedad social bajo el modelo de terapia Cognitivo Conductual. *Huella de la palabra, revista de investigación educativa.* No. 10 pp. 51-58
- Caballo, V. (2007). Capítulo 2: Fobia social. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid, España. Siglo XXI de España Editores, S.A
- Camacho, V., Mamani, A. (2013). Ansiedad. Revista de actualización clínica investigativa. Vol (35), pp 1788- 1792
- Cardona. A, J. A., Pérez. R, D., Rivera. O, S., Gómez. M, J & Reyes, A (2015)., Prevalencia de Ansiedad en Estudiantes Universitarios., *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología.*, 11 (1)., pp. 79-89. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf>
- Casas, E., Escandell, M., García, M., López, E., Martín, F., Ochoa, S., Prat, G & Vilamala, S. (2014). Validación de la versión española del inventario de asertividad Gambrill y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de psicología.* Vol. 30(2). pp 431-437
- Ceballos, D (2014)., Trastorno de Ansiedad Generalizada: una Aproximación desde la Terapia Gestalt., *Figura-Fondo.*, 36. pp. 103-114. Recuperado de [http://www.academia.edu/7094162/Trastorno\\_de\\_Ansiedad\\_Generalizada\\_Una\\_Aproximaci%C3%B3n\\_desde\\_la\\_Terapia\\_Gestalt](http://www.academia.edu/7094162/Trastorno_de_Ansiedad_Generalizada_Una_Aproximaci%C3%B3n_desde_la_Terapia_Gestalt)
- Chorot, P., Sandín, B & Valiente, R. (2010). Capítulo 6: Adquisición de miedo y fobias.

*Miedos en la infancia y adolescencia.* España, Universidad Nacional de educación a distancia.

Clark, D., Dias, S., Kew, K., Mayo, E., Mavranzouli, I & Philling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. Vol (1), pp 358-376

Colombiana de Salud S.A. (2014) Guía de manejo para Trastorno de Ansiedad. Recuperado de:

[http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS\\_ATENCION\\_PSICOLOGIA/GUIA%20TRASTORNO%20ANSIEDAD%202014.pdf](http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_ATENCION_PSICOLOGIA/GUIA%20TRASTORNO%20ANSIEDAD%202014.pdf)

Cruz, M (2015)., El significado de los colores y las psicologías del color, Recuperado de <https://www.publicidadpixel.com/significado-de-los-colores/>

D' Alessandro, F., Donatti, S., Etchevers, M., Garay, C., Korman, G. & Rosales, M. (2013). Evidencia empírica de la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico de la fobia social (trastorno de ansiedad social). *Anuario de investigaciones*, 20(1), 29-38

Domínguez, F., García, B., García, E., Jiménez, M & Martín, M. (2010). Capítulo 4: La regulación de la activación. *Psicología de la emoción*. España: Editorial universitaria Ramón Areces

Economía Simple (2016). Definición de Canal de distribución. Recuperado de: <https://www.economiasimple.net/glosario/canal-de-distribucion>

Franco, Fernández, M. D., & Antequera, Jurado, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Revista Viguera Editores*, 1. Recuperado de: [http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101\\_37\\_47.pdf](http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf)

Fuilleart, V. C (2015)., Tesis Doctoral: Mecanismos Corticales y Periféricos del Procesamiento Afectivo de Caras: Emociones Positivas., Universidad de Granada., pp 1-159. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/25973137.pdf>

Gantiva, C., Toro, R., Ballesteros, L., Salcedo, D., Vargas, R., Gutiérrez, Y & Montes, K (2012)., Atención y Motivación ante estímulos afectivos en personas con Ansiedad Social., *Revista CES Psicología*., 4 (2)., pp.79-87. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539471007.pdf>

García, J (2018)., Psicología y Mente. Recuperado de <https://psicologiymente.net/miscelanea/psicologia-color-significado>

- Gil, F & Hernández, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de psicología*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/970/97020402007/>
- Goldin, P., Gross, J., Hahn, K., Heimberg, R., Jazareri, H & Ziv, M. (2013). Impact of Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder on the Neural Dynamics of Cognitive Reappraisal of Negative Self-beliefs Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 70(10) 1048-1056.
- Guía Académica (2018). Recuperado de <http://www.guiaacademica.com/educacion/pregrado/universidades/>
- Heller, E (2008). Psicología del Color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón. Ed. Gustavo Gili., Barcelona-España., Primera Edición.
- ITCC (2017) Material Psicoeducativo sobre el Trastorno de Ansiedad Social. Recuperado de: <http://www.itccargentina.com.ar/pdf/material-psicoeducativo-sobre-trastorno-ansiedad-social.pdf>
- Leichsenring F., Salzer S., Beutel ME., Herpertz S., Hiller W., Hoyer J., Huesing J., Joraschky P., Nolting B., Poehlmann K., Ritter V., Stangier U., Strauss B., Tefikow S., Teismann T., Willutzki U., Wiltink J & Leibling E. (2014) Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25016974>
- Mamani, M. (2012). Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. Vol 5 (1) pp 61-68
- Ministerio de Salud (Colombia). (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Recuperado de: [https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/COO31102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/COO31102015-salud_mental_tomoI.pdf)
- Morales, G., Lara, A., Villaseñor, S & Virgen, R. (2005) Los trastornos de ansiedad. Vol 6 (11). ISSN: 1067-6079
- National Institute of Mental Health. (2008). Social Phobia Patients Have Heightened Reactions to Negative Comments. Recovered from: <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2008/social-phobia-patients-have-heightened-reactions-to-negative-comments.shtml>
- National Institute of Mental Health. (2013). Brain Imaging Predicts Psychotherapy Success in

- Patients with Social Anxiety Disorder. Recovered from: <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/brain-imaging-predicts-psychotherapy-success-in-patients-with-social-anxiety-disorder.shtml>
- National Institute of mental health. (2016). Social Anxiety Disorder: More Than Just Shyness. Recovered from: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness/508-social-anxiety-disorder\\_153750.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness/508-social-anxiety-disorder_153750.pdf)
- National Institute of mental health. (2016). Mental Health Information, anxiety Disorders. Recovered from: [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml#part\\_145336](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml#part_145336)
- Olivares, O. P. J., Rosa, A. A. I & Olivares, R. J (2007) Validez Social de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social: Padres frente a Profesores. *Revista Scielo*. Ter Psicolv.25 n.1 Santiago jun .2007. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082007000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082007000100005&script=sci_arttext)
- OMS (2016)., La Inversión en el Tratamiento de la Depresión y la Ansiedad tiene un rendimiento de 400%., Centro de Prensa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Oliveira, M., Pereira, A & Wagner, F., (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 22(3), 423-440.
- Posada, Villa, J. A., & Trevisi, C. (2010). Prevalencia, severidad y necesidad no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Medunab*, 7(20). Recuperado de: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=223&path%5B%5D=206>
- Posada, J. A (2013)., La Salud Mental en Colombia., *Revista Biomédica.*, 33 (4).
- Quiroz, C. O. A., & Flores, R. G. (2013). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291-300. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/714/1257>
- Ries, F., Castañeda. V, C., Campos. M, M. C & Del Castillo. A, O (2012)., Relaciones entre Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado en Competiciones Deportivas., *Cuadernos de*

- Psicología del Deporte.*, 12 (2)., pp. 9-16. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>
- Salinas, J., Sierra, J & Zubeidat, I. (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.* vol. 18 (1). pp 57-81
- Saucedo, D. (2010) Psicoeducación en la Fobia Social. *CIT Neuropsique.* Recuperado de: <https://drerasmosaucedo.wordpress.com/tag/psicoeducacion-en-la-fobia-social/>
- Schmidt, V. (2010). Las bases biológicas del neuroticismo y la extraversión ¿por qué nos comportamos como lo hacemos? *psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica,* 2 (1), 20-25. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3331/333127086005/>
- Sierra, C. & Zubeidat, I. (2007). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar E Subjetividade.* vol. VI (2). ISSN: 1518-6148
- Social anxiety institute. (2016). What is Social Anxiety?. Recovered from: <https://socialanxietyinstitute.org/what-is-social-anxiety>
- Stein, B. M & Stein, J. D (2008)., Social Anxiety Disorder., *The Lancet.*, vol. 371., pp. 1115-1125. Doi: 10.1016/S0140-6736(08)60488-2
- Superintendencia de salud. (2018). Instituciones prestadoras de salud- Bogotá. Recuperado de: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/InstitucionesMapa/mapaBogota.html>
- Toro, T, R. A (2012)., Terapia Cognitiva para Fobia Social: Consideraciones desde el Modelo Cognitivo de Beck., *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.*, 8 (2)., pp.118-125. Recuperado de [http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=167)
- Velasco, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de neuropsicología.* Vol 1 (2). pp. 127-138 ISSN 0718-4123
- Vidal, F. J., Ramos, C. J & Cano, V. A. (2008) Perspectivas Cognitivas en el tratamiento de la Fobia Social: Estudio de un caso Clínico. *Ebsco.*
- Zubeidat, I., Sierra, C. & Fernández, A. (2007) Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* Vol 12, N°3, pp. 147-162. Recuperado de: [http://aepcp.net/arc/01\\_2007\(3\)\\_Zubeidat\\_et\\_al.pdf](http://aepcp.net/arc/01_2007(3)_Zubeidat_et_al.pdf)

## **APÉNDICES**

**Apéndice A, Encuesta de Mercadeo****Universidad Católica de Colombia****Facultad de psicología****Curso de especial interés**

La presente encuesta tiene por finalidad establecer las características de un nuevo producto el cual será un cuadernillo de trabajo para la atención clínica en el manejo de ansiedad social en adultos entre los 20 y 40 años. En donde las respuestas serán tenidas en cuenta para mejorar las características del producto, es de vital importancia que las preguntas sean respondidas con total sinceridad. La docente encargada del ejercicio académico es Ivonne Alejo Castañeda de la facultad de psicología de la universidad Católica de Colombia.

Respetado participante recuerde que su participación es voluntaria, es importante que sepa que la información recolectada será confidencial y con fines académicos.

Si acepta participar en esta encuesta por favor llene la siguiente información:

Yo \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Acepto, firma \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: M \_\_\_ F \_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

A continuación, encontrará unas preguntas con diferentes opciones de respuesta por favor indique con una X aquella que vaya acorde con lo que usted prefiera.

1. ¿Tiene usted conocimiento sobre algún producto que ayude en el manejo y atención de la ansiedad social en la adultez?
  - a. Si
  - b. No

Si respondió de manera afirmativa la pregunta 1 conteste las preguntas 2 y 3.

2. ¿Qué fue lo que más le gustó del producto?

- a. Fácil entendimiento del producto
  - b. Aspecto físico del producto
  - c. Costo del producto
  - d. Material de apoyo
  - e. Otro ¿cuál?
3. ¿Qué fue lo que menos le gustó?
  - a. Fácil entendimiento del producto
  - b. Aspecto físico del producto
  - c. Costo del producto
  - d. Material de apoyo
  - e. Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_
4. El producto que se está ofreciendo, cuenta con un cuadernillo de trabajo, si usted tuviera ansiedad social ¿Qué temas le gustaría encontrar dentro de éste?
  - a. Síntomas de la ansiedad
  - b. Tips para el manejo de la ansiedad
  - c. Manejo de la ansiedad
  - d. Prevención de pensamientos intrusivos
5. Si usted tuviera ansiedad social ¿Qué recursos de apoyo le gustaría que tuviera el producto y reforzarán los conceptos dados en las sesiones de trabajo y en el cuadernillo?
  - a. Esquemas
  - b. Mapas conceptuales
  - c. Sopas de letras
  - d. Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_
6. Si usted tuviera ansiedad social ¿Qué estrategias le gustaría que el producto incluyera para poder disminuir el impacto y las consecuencias de la ansiedad social en adultos?
  - a. Habilidades sociales
  - b. Comunicación asertiva

- c. Técnicas de relajación
  - d. Detención de pensamientos irracionales
7. Si usted es o fuera psicólogo ¿le gustaría recibir acompañamiento profesional para el trabajo realizado con el cuadernillo?
- a. Si
  - b. b. No

Con el producto se trabajarán sesiones grupales e individuales. Responda las siguientes preguntas:

8. En las sesiones grupales, ¿cuánto tiempo estaría dispuesto a invertir semanalmente?
- a. 1 hora
  - b. 1 hora y media
  - c. 2 horas
9. En las sesiones individuales ¿cuánto tiempo estaría dispuesto a invertir semanalmente?
- a. 45 minutos
  - b. 1 hora
  - c. 1 hora y media
  - d. 2 horas
10. Al momento de adquirir el producto ¿Qué es lo primero que usted tendría en cuenta?
- a. Precio
  - b. Calidad y efectividad
  - c. La presentación del producto
  - d. Otro, cuál \_\_\_\_\_
11. Si usted es o fuera psicólogo ¿Qué acompañamiento le gustaría tener con el producto diseñado por un equipo de psicólogos?
- a. Capacitación para el adecuado manejo del cuadernillo
  - b. Supervisión del proceso de trabajo con el cuadernillo
  - c. Ejecución del trabajo con el cuadernillo
12. ¿Qué le gustaría encontrar adicional al trabajo realizado en el cuadernillo?

- a. Capacitaciones mensuales
- b. Descuentos en el costo del producto
- c. Seguimiento por parte del profesional

13. ¿Le gustaría encontrar ejercicios para poner en práctica lo aprendido durante las sesiones en las que se trabajó el cuadernillo?

- a. Si
- b. No

14. Si usted es o fuera psicólogo ¿qué considera lo más importante que debe tener el cuadernillo de trabajo para el terapeuta?

- a. El paso a paso del proceso de intervención
- b. Marco teórico y estudios de caso sobre la ansiedad social
- c. Técnicas y herramientas para el trabajo terapéutico de la ansiedad social

15. Adicional al cuadernillo se podrá trabajar con material audiovisual ¿Si usted tuviera ansiedad social que le gustaría encontrar allí?

- a. Videos con ejercicios y pautas guiados por el terapeuta
- b. Videos con casos
- c. Resumen de la sesión de trabajo

16. Dentro del CD que viene junto al cuadernillo como material complementario, Si usted es o fuera psicólogo ¿qué le gustaría encontrar en el CD?

- a. Terapias que han probado efectividad para el trabajo de pacientes con este tipo de trastornos.
- b. Guías de trabajo para realizar durante la sesión
- c. Ejercicio para que el paciente pueda poner en práctica fuera de la sesión.

17. ¿Le gustaría que al adquirir el producto usted pueda ir acompañado de otra persona sin un costo adicional?

- a. Si
- b. No

Describe brevemente ¿por qué?

---

---

18. Como material de apoyo del cuadernillo se puede encontrar un CD, ¿Le gustaría encontrar dentro de ese CD información dirigida a psicoeducar a su familia acerca de la ansiedad social?

- a. Si
- b. No

Describa brevemente ¿por qué?

---

---

19. ¿Qué temas le gustaría encontrar en el CD dirigidos a sus familiares?

- a. Psicoeducación en ansiedad social.
- b. Ejercicios para reforzar lo trabajado en la sesión con el paciente.
- c. ¿Otro, ¿cuál?

20. ¿Cuánto dinero está dispuesto a invertir en un producto sobre intervención de ansiedad?

- a. 10'000.000 - 15'000.000
- b. 16'000.000 - 18'000.000
- c. 20'000.000 - 22'000.000

*Muchas gracias por su participación*

