



Universidad de la República

Facultad de Psicología

**Uso de la Desensibilización Sistemática como
técnica de tratamiento para el Trastorno de
Ansiedad Social**

Monografía Final de Grado

Autora: María Victoria Rosano Goyeche

Tutora: Asist. Mag. Gabriela Fernández Theoduloz

Revisor: Prof. Adj. Dr. Paul Ruiz

Montevideo, 2022

Índice

Resumen	2
1. Introducción	2
2. Ansiedad	2
3. Trastorno de ansiedad social (TAS)	4
3.1 Modelo Conductual para el desarrollo y mantenimiento de la fobia social	6
3.2. Modelo Cognitivo para el desarrollo y mantenimiento de la fobia social	7
4. Tratamientos para abordar el Trastorno de ansiedad social	9
5. Desensibilización Sistemática (DS)	12
5.1 Revisión de estudios que aplicaron Desensibilización sistemática en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social	16
6. Conclusiones	19
7. Referencias bibliográficas	21

Resumen

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa en la vida de todos los seres humanos. Cuando la ansiedad se vuelve excesiva y altera el funcionamiento de una persona se habla de Trastornos de Ansiedad. El Trastorno de Ansiedad Social (TAS) se caracteriza por un miedo o ansiedad intenso que se da ante determinadas situaciones sociales en las que el sujeto se ve expuesto a la evaluación negativa por parte de los demás. La Desensibilización sistemática (DS) es una de las técnicas con las que cuenta la Terapia cognitivo conductual (TCC) para abordar este trastorno. La DS es una técnica conductual orientada a disminuir las respuestas condicionadas de ansiedad que generan determinados estímulos. Luego de una revisión de estudios que la aplicaron en el TAS queda demostrada su efectividad para reducir los niveles de ansiedad de los sujetos ante las situaciones sociales generadoras de ansiedad.

Palabras clave: Trastorno de Ansiedad Social; Desensibilización sistemática

1. Introducción

La presente monografía, en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, se propone revisar y analizar la bibliografía existente sobre el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y una de sus formas de tratamiento. Para llevarlo a cabo me propongo realizar un breve recorrido por los conceptos de ansiedad, sus manifestaciones fisiológicas y su distinción con el miedo, para luego centrarme en las características diagnósticas del TAS y el deterioro en la calidad de vida que trae consigo en las personas que lo padecen.

Voy a desarrollar dos modelos explicativos sobre el desarrollo y mantenimiento de este trastorno, siguiendo por los tratamientos que existen actualmente para tratarlo. Se va a hacer particular énfasis en la desensibilización sistemática, siendo ésta una de las técnicas de tratamiento más pertinentes con las que cuenta la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para su abordaje.

2. Ansiedad

La ansiedad es considerada como un estado de agitación, inquietud e hipervigilancia, que es vivido como una experiencia desagradable y que se caracteriza por la anticipación del peligro y la sensación de catástrofe. Es la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos que producen una reacción de sobresalto en el individuo, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Siguiendo a Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001), la ansiedad es una emoción básica que se da ante situaciones que implican peligro, amenaza o una posible pérdida (Rodríguez, Linares, González y Guadalupe, 2009). De este modo, es esperable que todas las personas sientan un grado moderado de ansiedad, siendo esta una respuesta adaptativa (Sierra et al., 2003).

Por otra parte, si bien la ansiedad y el miedo son emociones necesarias en la vida de todos los individuos, en ocasiones, producen una expresión desadaptativa y patológica. Para Sandín y Chorot (1995), cuando la respuesta de ansiedad es desproporcionada o se da ante un peligro inexistente es que se habla de trastornos de ansiedad (Rodríguez et al., 2009). Aunque la ansiedad y el miedo han sido usados históricamente como sinónimos, como plantea Marks (1986), el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes. La ansiedad, en cambio, se relaciona con la anticipación de peligros futuros (Sierra et al., 2003).

La experiencia de la ansiedad se da ante determinadas situaciones como, por ejemplo: participar de una entrevista de trabajo, hablar en público, caminar en la noche por la ciudad, entre otras. En cada una de estas situaciones puede sentirse la boca seca, sudoración, palpitaciones, atención aumentada a lo que pasa a su alrededor (hipervigilancia), tensión muscular e incapacidad de reaccionar (García et al., 2007).

La neurobiología de la ansiedad plantea que existe una anatomía de las emociones. Hay determinadas regiones del cerebro que tienen una función importante en su experimentación. Siguiendo a Gómez (2007), las áreas asociadas al procesamiento de las emociones se localizan en el sistema límbico, siendo esta una región que comprende varias estructuras del cerebro. Estas estructuras son el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo y el hipocampo (Ildefonso, 2017). La amígdala es la encargada de coordinar y regular las reacciones de alarma, de miedo y de ansiedad (Ildefonso, 2017), viéndose aumentada su actividad en estados de alta carga emocional (Halgren, 1992 citado por Miguel Tobal, Ordi y Ortega, 2000).

La ansiedad se manifiesta en el cuerpo produciendo respuestas motoras, autonómicas y endocrinas. La respuesta motora es una de las formas de expresión de la ansiedad y puede ser de lucha, huida o paralización (Herlyn, 2015). El tálamo es el encargado de pasar la información al complejo nuclear amigdalino para producir la respuesta motora. Existen dos vías por las cuales puede producirse la respuesta motora de la ansiedad: la vía talámica directa y la vía talámica indirecta. Cuando no hay sincronización entre estas dos vías pueden producirse respuestas menos eficientes para el individuo. Esta respuesta puede ser quedarse congelado frente al peligro o una activación desenfrenada de la amígdala (Herlyn, 2015).

En la expresión autonómica se produce una activación simpática que desencadena una serie de reacciones. Estas reacciones son taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, de la tensión arterial, mayor velocidad de los reflejos, aumento del estado de alerta o vigilancia (Herlyn, 2015).

En la expresión endocrina, los estímulos percibidos como ansiogénicos producen un aumento de la liberación de cortisol. El cortisol está involucrado con un mayor rendimiento del organismo: subida de energía, aumento de la ingesta, reserva de calorías y el aumento del umbral del dolor (Herlyn, 2015).

3. Trastorno de ansiedad social (TAS)

Los Trastornos de ansiedad (APA, 2014) son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos. Se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos, por su persistencia y por generar un malestar clínicamente significativo. Hablamos, entonces, de trastornos de ansiedad cuando no hay correlación entre el estímulo ansiogénico y la respuesta ansiosa (Herlyn, 2015).

Por su parte, el Trastorno de ansiedad social o fobia social es, según el DSM-V (APA, 2014), un miedo o ansiedad intensa que se presenta en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a ser valorado negativamente por otras personas. Las situaciones sociales se evitan y si se enfrentan, se resisten con miedo o ansiedad intensa. Este miedo y ansiedad son desproporcionados con relación a la amenaza real de la situación y causan un significativo deterioro social. Según Murillo y Rodríguez (2016), la fobia social suele comenzar en la adolescencia y gira en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas.

El TAS es una condición que suele seguir un curso crónico (Campo-Arias, Venegas-García y Herazo, 2017) por lo que es importante un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz (Schaefer y Rubí, 2015). A pesar de la magnitud del deterioro social que produce este trastorno, la mitad de las personas que lo padecen no buscan tratamiento hasta después de 15 o 20 años de padecer los síntomas (Murillo y Rodríguez, 2016).

Las investigaciones demuestran que las mujeres son más propensas a sufrir ansiedad social que los hombres, habiendo una prevalencia por sexo de 11,1% para hombres y un 15,5% en mujeres (Schaefer y Rubí, 2015).

Cuando la fobia no produce un deterioro significativo en la vida de la persona, solo hablamos de una timidez. La timidez en la infancia parece estar asociada con el desarrollo de fobia social en la adultez (Zubeidat, Fernández Parra, Sierra y Salinas, 2008).

Algunos sujetos sufren dificultades a causa de un exceso de ansiedad social pero no cumplen los criterios para el diagnóstico de TAS. Esto nos conecta con un estudio de timidez llevado a cabo por Zimbardo (1997). En este estudio se evaluaron 5.000 sujetos de varios países y se concluyó que alrededor del 40% se consideraban tímidos y un 80% informaban de timidez en algún momento de sus vidas (Iruarrizaga, Gómez-Segura, Criado, Zuazo y Sastre, 1999).

Siguiendo a Bados (2017), la exposición a las situaciones temidas produce altos niveles de ansiedad en el individuo pudiendo llegar a provocar ataques de pánico. Las personas que llegan a tener ataques de pánico se caracterizan por tener un mayor miedo y presentar mayor evitación de las situaciones sociales. Es común que la ansiedad se manifieste días e incluso semanas antes de afrontar la situación social temida.

Según Barlow y Durand (2001), la naturaleza anticipatoria de la ansiedad social, en ocasiones, permite servir como base motivacional, siendo un estado normal ante los eventos que lo exigen. Ayuda al individuo a seguir estándares de calidad, perfeccionismo y a esforzarse por tener un desempeño adecuado. Sin embargo, cuando se traspasan los límites y se hace persistente alterando el funcionamiento adaptativo del sujeto, cumple los criterios para el diagnóstico de la fobia social (Tobar, 2012).

Como plantea Bourne (1994) las situaciones que más miedo le generan a los sujetos con fobia social son: hablar en público; actuar delante de otros; comer o beber en público; ser observados mientras realizan cualquier actividad; que el profesor les pregunte en clases; llegar a un lugar cuando ya están todos sentados; escribir o firmar documentos enfrente de otras personas (Olivo, 2011).

Los sujetos con fobia social intentarán evitar estas situaciones, aunque en ocasiones no tendrán más remedio que soportarlas, experimentando un alto nivel de ansiedad (Caballo, 2008).

Según Walsh (2002) los síntomas fisiológicos más comunes son tensión muscular, taquicardia, temblor en la voz y/o manos, sudoración, enrojecimiento, malestar gastrointestinal, boca seca, escalofríos, dolor de cabeza, dificultad para tragar, náuseas y urgencia urinaria. Cuando las personas con fobia social se enfrentan a una situación generadora de ansiedad experimentan una evidente reacción física que es notada por los demás lo que provoca que aumente la ansiedad (Olivo, 2011).

Siguiendo a Price, Tone y Anderson (2011) como se cita en Bados (2017), a nivel cognitivo se ven dificultades para recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse

y dificultad para encontrar las palabras. También existe una tendencia a centrar la atención en sí mismo, en las reacciones fisiológicas de ansiedad, en las cogniciones y emociones negativas y en los propios errores.

El síntoma conductual más habitual es la evitación de las situaciones temidas (Caballo, 1995; Echeburúa, 1993 citado por Caballo, 2008). La gravedad de la fobia puede estimarse si sabemos en qué medida interfiere con la vida diaria del individuo, incluyendo la capacidad para trabajar y para llevar a cabo relaciones normales. La evitación es generalmente el factor que la mantiene, jugando los factores cognitivos también un papel importante (Caballo, 2008).

3.1 Modelo conductual para el desarrollo y mantenimiento de la fobia social

Desde el modelo conductual, las fobias se consideran como temores aprendidos. Estos temores son adquiridos por condicionamiento clásico, condicionamiento vicario o por la transmisión de información, y se mantienen en el tiempo por medio del proceso de condicionamiento operante (Caballo, Aparicio y Catena, 1995 citado por Caballo, 2008).

Aunque el condicionamiento clásico es un claro ejemplo de la adquisición de las fobias, no es el único modelo involucrado en su desarrollo. Mowrer propuso, en la "teoría de los dos factores", un nivel operante en el mantenimiento de estos trastornos. La base del condicionamiento operante es que toda conducta está regulada por las consecuencias que emite. De esto depende que esa conducta se repita o de que esto no ocurra (Chertok, 2006).

De acuerdo a esta teoría, los síntomas de la fobia social son el resultado de una respuesta condicionada adquirida por medio de la asociación entre el objeto fóbico (EC) y una experiencia aversiva (condicionamiento clásico). Una vez adquirida la fobia, la evitación de la situación fóbica reduce la ansiedad condicionada momentáneamente, reforzando la conducta evitativa (condicionamiento operante-reforzamiento negativo). Esta evitación perpetúa la ansiedad haciendo que sea difícil para el individuo reconocer que la situación temida no es peligrosa o no es tan peligrosa como se anticipa (Caballo, 2008).

Otra forma de adquirir los temores sociales es el condicionamiento vicario. Este procedimiento postula que observar a los demás experimentar ansiedad en situaciones sociales puede producir que el individuo les tema a esas mismas situaciones. Para Öst y Hugdahl (1981) el condicionamiento vicario es tan solo en un 12% el responsable del desarrollo de la fobia (Caballo, 2008).

Además de las vías anteriormente mencionadas por las que se puede adquirir la fobia social, también influyen otros factores de manera significativa. Puede existir una vulnerabilidad biológica, denominada inhibición conductual (Kagan, Snidman y Arcus, 1993), que puede establecer la base para una posible fobia social. Por otro lado, las primeras experiencias de aprendizaje son cruciales para reforzar esta predisposición biológica o para desalentarla. Después de cierto tiempo, el sujeto adquiere un primer repertorio de comportamientos y cogniciones relativos a las situaciones e interacciones sociales. Ese primer repertorio se va aprendiendo por contacto directo, por observación o a través de información que le llega. Puede ser adecuado-adaptativo o inadecuado-desadaptativo y se va modificando o manteniendo en función de las interacciones interpersonales que el individuo experimenta diariamente. La interacción entre este repertorio conductual/cognitivo del sujeto y las interacciones sociales va definiendo un repertorio adecuado o inadecuado. En el caso de un repertorio adecuado, las situaciones sociales no se verán como peligrosas y el sujeto pensará que posee las habilidades suficientes para enfrentarse con las situaciones que va encontrando, lo que a su vez fortalecerá y mejorará el repertorio del sujeto. Un repertorio inadecuado hará que las situaciones sociales se vean como peligrosas y que se piense que no se es capaz de enfrentarse de manera eficaz a las situaciones con las que el sujeto se encuentra, produciendo problemas de interacción que mantienen o incluso deterioran aún más ese repertorio inadecuado (Caballo, 2008).

3.2 Modelo cognitivo para el desarrollo y mantenimiento de la fobia social

El papel que desempeñan las cogniciones es crucial en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). En el caso de la ansiedad, estas cogniciones están asociadas a la anticipación de peligros futuros (Clark, Beck y Brown, 1989). En la ansiedad social (Wilson y Rapee, 2005) existe una serie de afirmaciones e imágenes negativas acerca de la impresión que se causa en los demás y numerosos sesgos en la forma de valorar la actuación propia en situaciones sociales (Calvete y Orue, 2008).

El procesamiento cognitivo de la información sobre sí mismo y sobre las situaciones está determinado por estructuras conocidas como esquemas. Estos esquemas (Segal, 1988) contienen creencias que determinarán la forma en la que percibimos e interpretamos el mundo y a nosotros mismos (Calvete y Orue, 2008). El funcionamiento esquemático (Clark & Beck, 2010; Clark & Wells, 1995) guiado por los contenidos centrales, se puede apreciar en creencias relacionadas con debilidad, rechazo y pensamientos de inferioridad (Tobar, 2012).

Un modelo explicativo del desarrollo y mantenimiento de la fobia social es el modelo de Clark y Wells (1995). Este modelo postula que las personas con fobia social desarrollan, sobre la

base de experiencias tempranas, una serie de creencias o supuestos acerca de sí mismos y del mundo social que los rodea. Como consecuencia de esto, los sujetos con fobia social presentan normas excesivamente altas de actuación social. Algunos de estos supuestos son: “debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación”, “no debo mostrar nunca algún signo de ansiedad”, “sí me equivoco pensarán que soy un estúpido”, “sí no hablo mucho, van a pensar que soy un aburrido”, “sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar”. Estos supuestos hacen que los individuos interpreten las situaciones sociales como peligrosas, procesando las señales que son inofensivas o ambiguas como signos de evaluación negativa (Calderón y Blázquez, 2016).

Para Calderón y Blázquez (2016), existe una serie de factores que se conectan manteniendo la ansiedad de los sujetos, evitando la desconfirmación de sus creencias negativas. Estos factores son: procesamiento del sí mismo como un objeto social; conductas de seguridad; síntomas fisiológicos y cognitivos; procesamiento de las señales sociales; procesamiento antes y después de la situación social.

El procesamiento del sí mismo como un objeto social refiere al cambio en el foco atencional del individuo y al procesamiento negativo del sí mismo. Las personas con fobia social hacen una observación detallada de ellos mismos y de su comportamiento para inferir cómo se están mostrando ante los demás y qué es lo que están pensando de ellos. La información que usan para realizar esta inferencia está distorsionada, de modo que se ajusta a sus creencias disfuncionales. Toda evidencia del entorno social que pueda contradecir ese sistema de creencias se niega o se pasa por alto (Calderón y Blázquez, 2016).

Las personas con fobia social tienen una serie de conductas de seguridad para evitar que ocurran las catástrofes sociales que temen. Cuando estas catástrofes no se presentan, la persona lo atribuye a la utilización de estas conductas, en lugar de pensar que la situación era menos peligrosa de lo que pensaban. Estas conductas pueden predisponer o aumentar los síntomas que se temen. Un ejemplo es mantener los brazos juntos para que no se vea el sudor de la camisa, esto puede provocar más sudoración. La mayoría de ellas tienen como consecuencia aumentar la atención en la imagen negativa de uno mismo, reduciendo la atención hacia la conducta de los demás, lo que impide la desconfirmación de las creencias (Calderón y Blázquez, 2016).

Los individuos con fobia social están especialmente preocupados por el hecho de que los demás se den cuenta de sus síntomas fisiológicos y cognitivos. Estos síntomas son interpretados como una señal de fracaso por lo que se muestran hipervigilantes ante ellos.

Esto tiende a incrementar la percepción de estos y, como consecuencia, a aumentar la probabilidad de que los demás detecten los signos de ansiedad (Calderón y Blázquez, 2016).

La reducción del procesamiento de las señales sociales en la fobia social está sesgada de una manera negativa. Es más probable que el sujeto atienda y recuerde las respuestas de los otros que son interpretadas como signos de desaprobación. Muchas de las señales que son notadas y recordadas por el sujeto como negativas, muchas veces son en realidad señales ambiguas. Este fenómeno se ve claramente en el miedo a hablar en público. Cuando la audiencia no establece contacto visual (señal ambigua), el sujeto piensa que no lo miran porque se están dando cuenta de que está haciendo algo mal (Calderón y Blázquez, 2016).

En el procesamiento antes y después de la situación social, los fóbicos sociales revisan en detalle todo lo que creen que podría pasar, se ponen nerviosos debido a que sus pensamientos tienden a estar dominados por una serie de fracasos pasados y por imágenes negativas de sí mismos durante la situación. A veces estas rumiaciones hacen que los fóbicos eviten por completo la situación, si esto no sucede y el individuo participa en ella, es probable que se encuentre ya en un modo de procesamiento autofocalizado, esperando fallar. Esto hace menos probable que atienda a cualquier señal de aceptación por parte de los demás. Luego de la situación, la interacción es revisada en detalle y durante la misma sobresale su percepción negativa de ellos mismos y sus síntomas de ansiedad. Esto tiene como consecuencia que la situación sea vista mucho más negativamente de lo que en realidad fue debido a que la revisión estuvo dominada por una imagen distorsionada de sí mismo. Este mecanismo fortalece sus creencias de inadecuación social (Calderón y Blázquez, 2016).

4. Tratamientos para abordar el trastorno de ansiedad social

Existen tratamientos farmacológicos y psicológicos para el tratamiento del Trastorno de ansiedad social. En cuanto a los tratamientos psicofarmacológicos, actualmente se están utilizando como fármacos de primera línea los antidepresivos que pertenecen al grupo de inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) como son la paroxetina, sertralina y fluvoxamina; los inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO) y los betabloqueadores adrenérgicos. Estos últimos están principalmente indicados para situaciones sociales de actuación, como hablar en público. También se están investigando los efectos de los nuevos antipsicóticos, los antidepresivos del grupo de IRMA, las benzodiacepinas de alta potencia o el papel que tiene el uso de la D'Cycloserine como facilitador y potenciador cognitivo en la exposición (López, 2014).

La paroxetina puede ser usada también para aquellos sujetos en el que el TAS se presenta con un trastorno comórbido concomitante como trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia o trastorno obsesivo compulsivo. El uso de benzodiazepinas como alprazolam, clonazepam y bromazepam no debe considerarse nunca como tratamiento de primera línea debido a la cantidad de efectos adversos como sedación, ataxia, alteraciones cognitivas y dificultades al momento de la discontinuación del tratamiento debido a la posibilidad de una abstinencia (Velasco, 2007).

Dentro de los abordajes psicoterapéuticos, la TCC es de las más utilizadas. Las terapias cognitivo-conductuales de la ansiedad social son un enfoque de tratamiento que trata de modificar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual (Luterek, Eng y Heimberg, 2003), planteando tratamientos empíricamente validados para la fobia social (Caballo, 2008).

Las principales técnicas que los tratamientos cognitivo-conductuales incluyen son la exposición, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y las técnicas cognitivas (López, 2014). Por su parte, Caballo, (2008) siguiendo a Heimberg y Juster (1995) y Schneier et al. (1995), agrega las estrategias de relajación.

Las técnicas de exposición consisten en afrontar de forma sistemática y deliberada situaciones o estímulos que generan ansiedad y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada (en el caso de la fobia social la acción sería la evitación). La persona debe mantenerse en la situación hasta que el impulso se reduzca significativamente y/o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren (Bados y García, 2011).

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS), se basa en la suposición de que el TAS surge de una carencia o una inhibición de las habilidades sociales. Este entrenamiento se realiza para proporcionar al paciente nuevas habilidades de competencia social en situaciones sociales y/o permitir que exprese las habilidades ya adquiridas (Velasco, 2007).

Los pacientes con trastorno de ansiedad social (TAS) sufren una activación fisiológica excesiva cuando anticipan la situación social temida, o cuando se enfrentan a ella. Se parte del supuesto de que los síntomas fisiológicos que produce la ansiedad social (palpitaciones, sudor, temblores), impiden que el paciente logre una actuación social favorable. La relajación aplicada ayuda a los pacientes a utilizar las habilidades de relajación como una forma para afrontar estos síntomas fisiológicos en situaciones sociales generadoras de ansiedad (Öst, 1987). El primer paso de la relajación aplicada es enseñar a los pacientes a atender sus propias señales fisiológicas de ansiedad para que sean capaces de reconocer las

sensaciones iniciales de ansiedad. Se enseña a los pacientes relajación muscular progresiva. Esta técnica consiste en alternar entre tensar y relajar diferentes grupos de músculos. Una vez que se aprende la relajación muscular progresiva, se instruye a los pacientes para que se relajen en respuesta a una señal (p.ej., la palabra «relájate»). Con la práctica y la instrucción guiada, los pacientes pueden ser capaces de conseguir un nivel moderado de relajación en unos 20-30 segundos. Luego se dice a los pacientes que empleen estas habilidades de relajación durante actividades físicas no provocadoras de ansiedad. Una vez que se domina esta técnica, se instruye a los pacientes para que utilicen estas estrategias de relajación en situaciones reales provocadoras de ansiedad (Luterek, Eng y Heimberg 2003).

La reestructuración cognitiva surgió a partir de la terapia cognitiva de Beck (Beck y Emery, 1985) y de la terapia racional emotiva de Ellis (Ellis, 1962). El primer paso es ayudar a los pacientes a identificar sus pensamientos automáticos negativos que aparecen antes, durante o después de las situaciones sociales que generan ansiedad. Esto se hace a través de ejercicios de autorregistro, los cuales consisten en registrar los pensamientos relacionados con las situaciones sociales temidas. Estos pensamientos automáticos están distorsionados y son disfuncionales. Son el reflejo de las creencias negativas que los pacientes tienen sobre sí mismos y sobre su forma de interpretar la realidad social que los rodea. Luego, se ayuda a los pacientes a que evalúen qué tan ciertos son sus pensamientos automáticos y creencias subyacentes. Para esto se utiliza la discusión, la comprobación de hipótesis y las técnicas de cuestionamiento. Por medio de estas técnicas, se pretende que los pacientes traten sus pensamientos automáticos como hipótesis y no como hechos establecidos, y que sean capaces de evaluar la base de sus creencias y pensamientos negativos. Se busca que los pacientes consideren pensamientos alternativos como posibilidades. La reestructuración cognitiva también incluye ejercicios de exposición que le den al paciente datos objetivos y faciliten el desarrollo de pensamientos alternativos más racionales. Al utilizar estos pensamientos alternativos en lugar de sus interpretaciones negativas habituales, se proporciona a los pacientes una estrategia de afrontamiento cognitivo que, con la repetición, les permitirá modificar sus creencias negativas sobre las situaciones sociales (Luterek, Eng y Heimberg 2003).

Voy a dedicarle un apartado de este trabajo a la Desensibilización sistemática ya que es una técnica conductual que ha demostrado su eficacia en la reducción de las respuestas condicionadas de ansiedad. Además, la DS es mejor recibida que otras técnicas de exposición para la extinción de las fobias condicionadas (Labrador y Crespo, 2008). Debido a las características de su procedimiento, es una técnica que favorece la adherencia al tratamiento porque provoca menos reactividad en los pacientes. El uso de la relajación, de

una jerarquía y de la imaginación cumplen una función dentro del procedimiento que quizá contribuya a reducir los abandonos. Es conveniente que haya sido construida a partir de conceptos procedentes del condicionamiento clásico ya que los miedos se adquieren por este medio. Una ventaja evidente es que pueden presentarse en imaginación los estímulos ansiógenos sin necesidad de entrar en contacto directo con ellos. Por otro lado, el alto componente fisiológico de las respuestas de ansiedad en el TAS justifica la utilización de un procedimiento que sea capaz de abordar la activación fisiológica y desarrollar respuestas más adaptativas para el paciente. Finalmente, la DS es la única técnica de exposición que potencia el desarrollo de respuestas alternativas en contextos variados (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

Siguiendo lo planteado por Ballenger et al. (1998) citado por Velasco (2007) la farmacoterapia y la TCC son prácticamente iguales en cuanto a eficacia. Según Ballenger (1999) los pacientes tratados con fármacos suelen mejorar cerca del primer año de medicación, existiendo un significativo riesgo de recaída si se discontinúa la medicación. La ventaja de la TCC es la baja necesidad de continuación de tratamiento y un bajo riesgo de recaída.

En cuanto a la combinación de psicofármacos y psicoterapia cognitivo-conductual hay tres posibles resultados para tener en cuenta. Primero, que su combinación puede ser sinérgica, es decir que la TCC y la medicación trabajen en conjunto para potenciar los resultados que se obtendrían en cada tratamiento por separado. Por ejemplo, la medicación puede ayudar a reducir la severidad de la ansiedad, lo cual facilita que el paciente esté más dispuesto a afrontar los ejercicios de exposición. Segundo, que un tratamiento quite mérito a la eficacia del otro. Por ejemplo, que el paciente le atribuya su mejoría a la medicación más que a sus propios esfuerzos. Por último, que ningún tratamiento sume eficacia al otro (Velasco, 2007).

5. Desensibilización sistemática

Siguiendo a Díaz et. al. (2012), la desensibilización sistemática (DS) es una técnica orientada a reducir las respuestas de ansiedad y las conductas motoras de evitación que producen determinados estímulos. Fue propuesta por Wolpe en los años cincuenta y está basada en los principios del condicionamiento clásico. Consiste en inducir en el paciente una respuesta incompatible con la ansiedad (relajación), mientras se lo expone en imaginación a una jerarquía de estímulos ansiógenos. Tras asociar la situación que provoca la respuesta de ansiedad con una respuesta incompatible con ella, la situación que antes provocaba ansiedad va a producir en su lugar la respuesta incompatible. A esta forma de revertir el condicionamiento clásico se le llama contracondicionamiento (Torrico Apaza y Pinelo Navarro, 2018).

El uso de una respuesta incompatible con la ansiedad surge de un concepto fisiológico denominado inhibición recíproca. Este concepto fue planteado por Sherrington (1961) y postula que dos estados fisiológicos incompatibles no pueden darse simultáneamente (Tryon, 2005).

El primer paso para empezar el procedimiento de la DS es la elección de una respuesta incompatible. Se puede seleccionar cualquiera que sea incompatible con la ansiedad pero la más utilizada es la relajación. El segundo paso es construir una jerarquía de ansiedad (JA). Una JA es una lista de entre 10 a 15 ítems en la que se presentan las situaciones o estímulos generadores de ansiedad. Estas situaciones o estímulos se detectan en las sesiones previas a la aplicación de la DS y se organizan en función de la intensidad con la que producen ansiedad. Cada ítem debe consistir en una escena que contenga todas las características necesarias para generar el nivel de ansiedad deseado y se les debe otorgar un nombre. Para la creación de los ítems se hace una tormenta de ideas para que el paciente pueda ir señalando algunas situaciones que le producen ansiedad. Una vez compuesta una imagen completa y precisa sobre cada una de las situaciones, se le pide al paciente que valore la intensidad de la ansiedad que le provoca la escena en una escala de 1-100 unidades subjetivas de ansiedad (USA). Esto va a permitir identificar si hay mucha diferencia en la capacidad para generar ansiedad entre una situación y la siguiente en la jerarquía. Una vez identificados y cuantificados los ítems, se van incluyendo otros nuevos para completar la jerarquía hasta que ya no queden huecos entre ellos. Si esto pasa puede ser debido a que hay mucha distancia de un ítem a otro. Los ítems de la jerarquía deben comenzar su ordenación por un valor muy bajo: 5 USA o menos, y terminar en 100 y no pueden haber diferencias de más de 15 USA entre ellos. Si existiesen diferencias mayores, se deben buscar situaciones intermedias (Labrador y López, 2014).

Una alternativa de la DS imaginaria es la DS real. Las dos alternativas de presentación tienen sus ventajas y desventajas. La DS, además de ser imaginaria y real puede ser en grupo, enriquecida, automatizada, por contacto (modelado participativo), por medio de movimientos oculares y mediante realidad virtual. Esta última es de especial interés debido a que los nuevos desarrollos informáticos han posibilitado la construcción de una situación estimular más real. Esto permite que pueda presentarse el tipo de estímulo que conviene de acuerdo con la jerarquía de ansiedad. No existen limitaciones prácticas, se puede incluir lo que sea más conveniente en cada caso. En cuanto al procedimiento, es similar al de la DS imaginaria pero sumando toda la estimulación necesaria para que el sujeto realmente se encontrara <<en vivo>> en la situación temida. Aunque las ventajas están claras, algunos inconvenientes

son lo difícil y costoso que es crear los escenarios, los costos del equipo y la necesidad de entrenamiento para su uso (Labrador y López, 2014).

Teniendo en cuenta las características de la fobia social, voy a desarrollar en este trabajo el procedimiento de Desensibilización Sistemática Imaginaria. Resultaría difícil poder disponer de forma real de situaciones sociales en las que estén controlados todos los estímulos de forma que se pueda precisar el nivel de ansiedad. Con respecto al desarrollo de la respuesta incompatible, también suele presentar ventajas la DS imaginaria ya que es más fácil desarrollar la respuesta de relajación en el consultorio que estando presentes en la situación social ansiógena real. Una variante pertinente de la DS normal, en este caso, puede ser la DS enriquecida. Es una alternativa en la que se incluyen olores, ruidos o dramatización de la situación y es útil en caso de que al paciente le cueste imaginar los estímulos de forma vívida o que no pueda concentrarse en ellos (Labrador y López, 2014).

La ansiedad provocada en la desensibilización sistemática imaginaria es mínima porque las escenas son presentadas de forma imaginaria y porque están presentadas de una forma muy gradual. La progresión es demorada hasta que cada acción pueda realizarse sin que el paciente experimente ansiedad (Villanueva, 2017).

Ejemplo de una Jerarquía de ansiedad de elaboración propia para un caso de fobia social solo de actuación (criterio según DSM-V- APA, 2014)

Ítem	USA	Situación
1°	5	Pensar que en dos días tengo que exponer frente a un grupo.
2°	10	En el proceso de preparar la exposición.
3°	25	Camino a la institución donde tengo que exponer.
4°	35	Estar esperando para entrar al salón.
5°	45	Escuchar al profesor llamar por lista.
6°	55	Ver exponer a mis compañeros y pensar que falta poco para que me toque a mi.
7°	70	Escuchar que el profesor llama al anterior a mi en la lista.
8°	80	Que me nombren a mi para exponer.

9°	90	Pasar al frente y preparar la exposición.
10°	100	Exponer.

El procedimiento de la DS consiste en ir presentando los estímulos de la jerarquía cuando el paciente está bajo los efectos de la respuesta incompatible, es decir, bajo los efectos de la relajación. Al repetirse varias veces la exposición, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar ansiedad (Mendoza, 2009).

Los tres componentes principales de la desensibilización sistemática imaginaria son: primero, la construcción de una jerarquía de escenas provocadoras de ansiedad. Se debe disponer de estas gradualmente, de modo que la primera escena provoque un mínimo de ansiedad. Segundo, es necesario entrenar al paciente en relajación. Por último, el paciente debe visualizar cada una de las escenas mientras está en estado de relajación (Villanueva, 2017).

Para el inicio del procedimiento de DS se le pide al paciente que se recueste en el sillón y que trate de desarrollar la relajación que ha aprendido. Cuando el paciente da la señal de estar relajado, se presenta el primer ítem de la jerarquía. Se le dice el título y se le pide que imagine con la máxima claridad posible la escena. Si al imaginar el ítem aparece la ansiedad en un valor superior a 10 en una escala de 0 a 100 USA se le pide que deje de pensar en ese ítem y vuelva a concentrarse en la relajación. Si no señala ansiedad, puede seguir imaginando el ítem durante unos 15 a 20 segundos. Una vez finalizados esos segundos, se le indica que vuelva a centrarse en la relajación. Luego de centrarse en la relajación unos 40 o 50 segundos, se procede a presentar de nuevo el mismo ítem procediendo de la misma forma que la vez anterior, solo que si no señala ansiedad se le pide que imagine el ítem de 25 a 30 segundos. Finalizado ese tiempo, se vuelve a la relajación y después se presenta por tercera vez el ítem con la única diferencia de que su duración esta vez será de entre 50 y 60 segundos. Luego de una presentación consecutiva de un ítem tres veces sin que haya aparecido ansiedad, se considera que ese ítem está desensibilizado y se pasa al siguiente de la jerarquía. Es conveniente alargar un poco el tiempo de relajación antes de proceder a presentar por primera vez el siguiente ítem, con el objetivo de que la respuesta incompatible tenga mayor intensidad. Para constatar que los últimos ítems siguen desensibilizados, es recomendable comenzar la siguiente sesión presentando el último ítem de la sesión anterior. Si no produce ansiedad en la primera presentación se puede pasar al siguiente ítem de la jerarquía. Si produce ansiedad, hay que seguir la misma dinámica de cualquier ítem que produce ansiedad (Labrador y López, 2014).

Luego, va a producirse una generalización de la respuesta incompatible con la situación ansiógena. La generalización va a ser mayor cuanto más parecida sea la situación a la original. Para favorecer este proceso se le pueden asignar tareas al paciente, evaluando su capacidad para enfrentarse al estímulo ansiógeno sin que eso implique un retroceso en el tratamiento. Es recomendable que la exposición sea con los ítems más bajos de la jerarquía (Labrador y López, 2014). La generalización de un estímulo sucede cuando una conducta que fue reforzada en una situación determinada (en este caso en el consultorio) se emite en una circunstancia distinta (Chertok, 2006).

5.1 Revisión de estudios que aplican Desensibilización sistemática en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social.

En este apartado se hará un resumen de los estudios encontrados que aplicaron Desensibilización sistemática (DS) en el tratamiento del Trastorno de ansiedad social (TAS). Con la recopilación de estos estudios se pretende dar cuenta de la efectividad de la terapia (DS) en el abordaje de este trastorno.

Título/autor/año		
Objetivos		
Participantes	Método	Resultados
1-Desensibilización sistemática, realidad virtual y fobia social (Torrico Apaza y Pinelo Navarro, 2018).		
Esta investigación estuvo orientada a conocer cuál es el efecto de la terapia de desensibilización sistemática, combinada con el uso de la realidad virtual en estudiantes universitarios con fobia social. También se buscó determinar las ventajas y desventajas de la psicoterapia de desensibilización sistemática aplicada en ambientes de realidad virtual.		
Estudiantes universitarios de las diferentes carreras de la universidad Mayor de San Andrés. Las edades de los estudiantes seleccionados oscilaban entre 18 a 40 años.	Instrumentos: escala de ansiedad de LSAS, y el inventario de SPIN. Por medio de estos instrumentos se realizó la detección de la fobia social. Muestra: 30 sujetos a los cuales se dividió en dos grupos de 15 sujetos cada uno: el grupo control y grupo tratamiento. La metodología de esta investigación es cuantitativa. El diseño es experimental: preprueba, posprueba y grupo control. Este tipo de diseño pretende aplicar de manera simultánea la preprueba a dos grupos; posteriormente se aplicará el tratamiento al primer experimental y no al grupo control (Sampieri, 2010). El equipo usado para el empleo de la DS fueron lentes de realidad virtual y auriculares para lograr una mayor	La implementación de la desensibilización sistemática tiene efectos favorables y estadísticamente significativos en reducir los niveles de ansiedad provocados por la fobia social. En el grupo de tratamiento se pudieron evidenciar cambios estadísticamente significativos, concluyendo que la terapia de desensibilización sistemática es una de las terapias que ayuda a reducir la ansiedad social. Los pacientes del grupo tratamiento aprendieron técnicas de relajación y según los pacientes “les ayuda a controlar las nuevas situaciones que les genera un poco de ansiedad”. No todos los pacientes lograron superar la fobia social, pero sí hubo una reducción de los niveles de ansiedad. Algunas de las ventajas de poder usar la RV combinada con la terapia de DS fueron:

	<p>inmersión del paciente al entorno virtual.</p> <p>Tratamiento: Para el procedimiento de la DS se expuso a los estudiantes de manera gradual a la JA elaborada.</p> <p>Los escenarios utilizados fueron: comprar en una tienda de ropa, participar en reuniones sociales y hablar en público.</p> <p>La duración en la exposición de la realidad virtual fue de 10 a 15 minutos como máximo con descansos de relajación de 15 minutos. Los pacientes cumplieron dos sesiones a la semana como mínimo y realizaban ejercicios de autoexposición de los ítems superados de la JA.</p>	<p>-La realidad virtual es como las situaciones reales con la ventaja de que pueden ser interrumpidas en cualquier momento.</p> <p>-Se expuso a los sujetos gradualmente a los estímulos temidos.</p> <p>-Estos escenarios virtuales les dieron a los estudiantes la oportunidad de poder practicar y vivir experiencias sin temor al fracaso.</p> <p>Como desventaja de la RV se puede destacar la aparición de dolores de cabeza, mareos, náuseas y desorientación en alguno de los pacientes tratados.</p>
2-Evaluación y tratamiento de un caso de vómitos recurrentes en situaciones de interacción social heterosexual (Labrador, Rosillo y Sastrón, 2000).		
Los objetivos del tratamiento fueron: reducir la respuesta condicionada del vómito; modificar las ideas irracionales que tienen que ver con su ideal de pareja; mejorar sus habilidades interpersonales.		
<p>Un varón de 24 años, soltero que trabaja en una empresa de relaciones públicas. Consulta por la aparición de vómitos en situaciones en las que se ve obligado a salir a comer/cenar con personas que no sean de confianza. Cuenta que esto le sucede principalmente con mujeres, sobre todo con aquellas que son de su interés. El origen y mantenimiento del problema puede explicarse de acuerdo a los modelos de condicionamiento clásico y operante. Los factores predisponentes que pudieron facilitar esta asociación son sus ideas irracionales y sus expectativas sobre lo que debería ser una relación de pareja debido a sus valores morales tradicionales y rígidos. Otros factores pueden ser su déficit en habilidades de interacción con mujeres y en la expresión de emociones y respuestas asertivas.</p>	<p>Muestra: caso único.</p> <p>Tratamiento: este tratamiento se llevó a cabo en 36 sesiones. Las primeras 5 sesiones se dedicaron a evaluar el problema del paciente y al entrenamiento en imaginación en distintas situaciones generadoras de ansiedad con mujeres. En la sesión 6 se lo entrenó en respiración.</p> <p>Desde la sesión ocho hasta la diez se trabajó con la Desensibilización sistemática. Se construyó la jerarquía de ansiedad.</p> <p>Las sesiones 16 a la 36 se realizó la exposición gradual en vivo del paciente a los ítems que ya estaban desensibilizados y de menos valor en la JA.</p> <p>El resto de sesiones se dedicaron a intentar modificar sus ideas irracionales y a trabajar en la negociación asertiva y expresión de emociones.</p>	<p>Se vio la eficacia de la D.S junto con las exposiciones en vivo en la eliminación de la respuesta condicionada de vómito. La intervención por medio de D.S y exposición gradual a situaciones de comidas/cenas pueden reducir la respuesta de ansiedad y el vómito, pero este efecto no es permanente mientras se mantengan los pensamientos irracionales.</p>
3-Intervención para reducir la ansiedad de una alumna con necesidades educativas especiales en situaciones de Fobia Social (Redondo Martín, 2015).		
La intervención tuvo como objetivo final que la alumna pueda estar e incluso interactuar en el contexto educativo con el entorno cercano, entendiendo éste como el resto de compañeros y profesionales del centro educativo.		
<p>La alumna con la que se trabajó era una adolescente de 15 años de origen</p>	<p>Muestra: caso único.</p>	<p>La evaluación de este estudio fue global. Se tuvo en cuenta si los objetivos habían sido</p>

<p>Búlgaro, que vivía en España desde los 6 años y estaba escolarizada en un centro de educación especial, debido al Síndrome de Lennox. Presentaba un cuadro de ansiedad alto ante situaciones sociales nuevas en las que no estuviera con las personas de su aula. Tenía dificultades para relacionarse con el resto de personas que conforman el centro educativo y cuando tenía que relacionarse con grupos nuevos.</p>	<p>Instrumentos: cuestionarios, autorregistros y sistema de observación.</p> <p>Tratamiento: comenzó en el mes de marzo y finalizó en el mes de mayo.</p> <p>La intervención se llevó a cabo aplicando Desensibilización sistemática. Primero se entrenó a la alumna con la respuesta incompatible con la ansiedad. En este caso fue la relajación progresiva. Luego se construyeron dos JA: una con elementos extrínsecos y otra intrínsecos. En este caso el procedimiento de DS se realizó en vivo.</p>	<p>superados en su mayoría. También se consideró el progreso de la alumna. Una de las limitaciones de este estudio es que se trata de un caso único. Entonces, se hace difícil establecer la efectividad de la técnica. De todos modos, sí se puede concluir que se observó una evolución positiva en todos los niveles, pudiendo afirmar así que en este caso en particular la técnica de DS demostró cierta efectividad.</p>
<p>4-Group Counseling with Systematic Desensitization Techniques and Thought-Stopping Techniques to Reduce Social Anxiety (Bulantika, Wibowo y Jafar, 2018).</p>		
<p>El propósito de este estudio fue probar la efectividad de la desensibilización sistemática y <i>"thought-stopping counseling"</i>. Se aplicó a un grupo de 24 estudiantes de la ciudad de Semarang en Indonesia.</p>		
<p>24 estudiantes con características de alta ansiedad social.</p>	<p>Instrumentos: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes para evaluar la pre y post evaluación.</p> <p>Método: se dividió a los 24 estudiantes en 3 grupos, a los cuales se les aplicó:</p> <p>Grupo A: Desensibilización sistemática.</p> <p>Grupo B: <i>"thought-stopping counseling"</i></p> <p>Grupo C: Desensibilización sistemática y <i>"thought-stopping counseling"</i></p>	<p>Se pudo ver un descenso en los niveles de ansiedad social de los estudiantes luego de la intervención con desensibilización sistemática y <i>"thought-stopping counseling"</i>. Los resultados muestran una diferencia en el nivel de ansiedad social de los estudiantes del grupo A, es decir, la técnica Desensibilización sistemática en el antes y después. Esto demuestra que el grupo al que se le aplicó desensibilización sistemática tuvo un efecto en reducir el nivel de ansiedad social. Por otro lado, el grupo B muestra que el valor de la ansiedad social disminuyó y que esta técnica también es efectiva para reducir los niveles de ansiedad social. También se vio una reducción de la ansiedad social en el grupo al que se le aplicaron ambas técnicas (grupo C). Se observa una diferencia de efectividad entre el grupo A, B y C. Los resultados mostraron que el grupo al que se le aplicó la combinación de las técnicas (grupo C) fue más efectivo que el A y B. De los resultados del estudio se conoce que los grupos que utilizaron DS y <i>"thought-stopping counseling"</i> fueron efectivos en reducir los niveles de ansiedad social.</p>

En suma, los estudios expuestos anteriormente tienen en común la utilización de la relajación como respuesta incompatible con la ansiedad. En el caso del estudio de Redondo Martín,

(2015), la presentación de los ítems de la JA se realizó en vivo y, por lo tanto, no fue necesario entrenar en imaginación a la paciente. Tampoco fue necesario el entrenamiento en imaginación en el estudio de Torrico Apaza y Pinelo Navarro, (2018) debido a que se empleó el recurso de la realidad virtual (RV) para el procedimiento de la DS. En el estudio de Labrador, Rosillo y Sastrón, (2000) sí hubo entrenamiento en imaginación al paciente y la DS se llevó adelante de forma imaginaria. En cuanto al diseño, en los estudios de Torrico Apaza y Pinelo Navarro, (2018) y Bulantika, Wibowo y Jafar, (2018) se realizaron pruebas pre y pos tratamiento de la DS. En este último, se usó para la intervención otra técnica además de la DS llamada "*thought-stopping counseling*". En este sentido, en la intervención realizada por Labrador, Rosillo y Sastrón, (2000) la aplicación de la DS se realizó en conjunto con otras técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva. La evaluación de los resultados en este último y en el de Redondo Martín, (2015) fue de tipo "global". Se evaluó de forma más subjetiva el avance del paciente, teniendo en cuenta el progreso en su funcionamiento diario. En cambio, los otros dos Torrico Apaza y Pinelo Navarro, (2018) y Bulantika, Wibowo y Jafar, (2018) evaluaron los resultados de forma cuantitativa. En el caso de estos últimos, la muestra fue de 30 y 24 personas respectivamente. Mientras que, en la intervención de Redondo Martín, (2015), la DS solo le fue aplicada a una sola persona, al igual que sucede en la intervención de Labrador, Rosillo y Sastrón, (2000) que la técnica DS solo le fue aplicada a un paciente. En cuanto a los resultados, más allá de la forma en la que se obtuvieron, todos los estudios comprobaron la eficacia de la DS para reducir las respuestas de ansiedad que generan determinados estímulos.

6. Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se abordó el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) como un trastorno muy limitante para la persona, llegando a generar un deterioro significativo en una o más áreas de su vida. Puede llegar a ser un trastorno muy incapacitante si no se hace un diagnóstico y se le da tratamiento efectivo a tiempo. Este deterioro se produce debido a los altos niveles de ansiedad que le genera al sujeto exponerse a determinadas situaciones sociales.

Como principal herramienta para abordar este trastorno (TAS) se presenta en este trabajo la técnica Desensibilización sistemática (DS). Una de las ventajas de la DS es su fácil aplicación. Debido a que los estímulos que componen la JA pueden presentarse en imaginación, solamente es necesario contar con un sillón en el consultorio donde el paciente pueda estar cómodo. Durante esta exposición gradual en imaginación el paciente no corre riesgo alguno

y puede manifestarle al psicólogo si está experimentando ansiedad. Otra de las ventajas es que el entrenamiento en relajación que se hace previo a la aplicación de la DS le sigue siendo útil luego, ya que constituye una herramienta que le permite controlar por sí mismo la ansiedad ante las situaciones sociales ansiógenas de la vida cotidiana. Los estímulos de la JA también pueden presentarse en vivo cuando son de fácil reproducción en el contexto real.

Teniendo en cuenta el deterioro que genera la Fobia Social en una persona, es importante poder reducir los síntomas fisiológicos y conductuales de ansiedad que producen las situaciones sociales temidas. Por ejemplo, una persona que trabaja atendiendo público y que desarrolla una fobia social tendrá serias dificultades para asistir a trabajar. Esto impactaría en su calidad de vida. En este caso, sería pertinente la aplicación de la DS para disminuir los síntomas fisiológicos de ansiedad que le produce saber que en su trabajo tiene que hablar con otras personas. De este modo también atender el síntoma conductual de evitación que le impide asistir. En este sentido, la DS es una técnica que podría ser incorporada en el Sistema de Salud para dar atención rápida a una sintomatología que está incapacitando a una persona en algún área de su vida.

Si la fobia tiene la característica de contar con un alto componente fisiológico en las respuestas de ansiedad, y no se explica mejor por creencias disfuncionales, entonces la DS tiene la capacidad para modificar los aprendizajes desadaptativos y reducir la ansiedad fisiológica (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

7. Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V-TM. Washington DC: American Psychiatric.
- Bados López, A. (2017). Fobia social o trastorno por ansiedad social: Naturaleza, evaluación y tratamiento.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición.
- Bulantika, S. Z., Wibowo, M. E., & Jafar, M. (2018). Group counseling with systematic desensitization techniques and thought-stopping techniques to reduce social anxiety. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 7(2), 106-112.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- Calderón, M. A. B., & Blázquez, F. P. (2016). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha Revista de Psicología*, 11(24).
- Calvete, E., & Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales. *Psicología Conductual*, 16(1), 5-21.
- Campo-Arias, A., Vanegas-García, J. L., & Herazo, E. (2017). Orientación sexual y trastorno de ansiedad social: una revisión sistemática. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(2), 93-102.
- Chertok, A. (2006). Las causas de nuestra conducta.
- García, A. M. B., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rico, J. L. R., Dias, H., Bassi, A., ... & Morato, S. (2007). Ansiedad y medio: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de psicología*, 39(1), 75-81.
- Herlyn, S. (2015). Bases biológicas de la ansiedad. Parte I.
- Ildelfonso, B. C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-251.
- Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M., & Sastre, E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 2(1).

- Labrador, F. J., & López, A. B. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Labrador, F. J., Rosillo, M., & SASTRÓN, O. F. (2000). Evaluación y tratamiento de un caso de vómitos recurrentes en situaciones de interacción social heterosexual. *Clínica y Salud*, 11(1), 99-134.
- López, L. J. G. (2014). *Tratando... trastorno de ansiedad social*. Ediciones Pirámide.
- Luterek, J. L., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.
- Mendoza, J. E. V. (2009). *Terapias conductuales*.
- Miguel-Tobal, J. J., Ordi, H. G., & Ortega, E. L. (2000). *Ansiedad y estrés*.
- Murillo, J. P. M., & Rodríguez, D. A. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista cúpula*, 30(1), 40-47.
- Olivo, E. M. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Griot*, 4(1), 35-48.
- Redondo Martín, L. (2015). *Intervención para reducir la ansiedad de una alumna con necesidades educativas especiales en situaciones de Fobia Social*.
- Rodríguez, J. A. P., Linares, V. R., González, A. E. M., & Guadalupe, L. A. O. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112.
- Schaefer, H., & Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 35-43.
- Sierra, J. C., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Tobar, R. A. T. (2012). *Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(2), 118-125.
- Torrío Apaza, I., & Pinelo Navarro, D. B. T. (2018). *Desensibilización sistemática, realidad virtual, y fobia social (Doctoral dissertation)*.
- Tryon, W. W. (2005). Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work. *Clinical psychology review*, 25(1), 67-95.

Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción psicológica*, 13(2), 157-168.

Velasco, C. B. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 1(2), 127-138.

Villanueva, M. F. C. (2017). Desensibilización sistemática.

Zubeidat, I., Fernández Parra, A., Sierra, J. C., & Salinas, J. M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social ya otras psicopatologías en adolescentes. *Salud mental*, 31(3), 189-196.