

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Universitat Jaume I

**VALIDACIÓN DE LA INTERACCIÓN VERBAL CON UN AVATAR EN
UN AMBIENTE DE REALIDAD VIRTUAL PARA GENERAR
ANSIEDAD SOCIAL**

Miriam Ibáñez Gallén

DNI: 20480856T

Tutorizado por Berenice Serrano Zárata

Convocatoria de presentación: Julio 2016



ÍNDICE

Resumen.....	Pág. 5
Abstract.....	Pág. 6
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 7
METODOLOGÍA.....	Pág. 18
RESULTADOS.....	Pág. 29
DISCUSIÓN.....	Pág. 36
CONCLUSIONES.....	Pág. 38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 40
ANEXOS.....	Pág. 45

Resumen

Actualmente existe una alta prevalencia del trastorno de ansiedad social (TAS), siendo el miedo a hablar en público (MHP) el temor más común entre las personas con ansiedad social. La terapia cognitivo-conductual es considerada el tratamiento de elección y la exposición el componente nuclear del mismo. No obstante, la exposición en vivo o en imaginación, cuenta con limitaciones. Es por ello que en la última década se ha validado la eficacia de los ambientes virtuales (AV) como herramienta para realizar la exposición. El objetivo del presente estudio fue validar la eficacia de la interacción verbal con un avatar en un AV para producir ansiedad en una población clínica Española. Participaron 42 voluntarios de los cuales la mitad fueron diagnosticados con TAS ó MHP (grupo clínico). Los participantes se expusieron a la interacción verbal con un avatar en un AV mientras realizaban varias tareas asociadas con diferentes subtipos de interacciones sociales. Los resultados señalan una respuesta de ansiedad significativamente mayor en el grupo clínico durante la inmersión en el AV; así mismo, experimentaron valores significativamente más elevados de ansiedad en la mayoría de los subtipos de interacción social en el AV, a excepción del subtipo de “observación”. Ambos grupos reportaron altos niveles de sentido de presencia. Los análisis no refieren que los participantes experimentaran efectos secundarios significativos como consecuencia de la exposición con el AV. Los hallazgos sugieren que la interacción con el AV es eficaz para producir ansiedad en personas con TAS ó MHP con temores a diferentes interacciones sociales, y deja ver su potencial utilidad en el tratamiento de estos trastornos.

Palabras clave: ansiedad social, avatar, realidad virtual, subtipos de interacción social, tratamiento psicológico.

Abstract

There is a high prevalence of social anxiety disorder (SAD), and public speaking anxiety (PSA) is the most common fear among people with social anxiety. Cognitive behavioral therapy is considered the treatment of choice and exposure therapy its main component. However, in vivo and in imagination exposure have limitations. In the last decade, research on virtual reality exposure therapy has demonstrated its effectiveness as an alternative tool for exposure. The aim of the current study was to investigate the effectiveness of conversations with an avatar to produce anxiety in a Spanish clinical population. 42 volunteers, half of them diagnosed with SAD or PSA (clinical group), were exposed to a verbal interaction with an avatar in a virtual environment while they performed tasks associated with different types of social interactions. Results showed an increased anxiety response in the clinical group during the virtual reality exposure. Participants with SAD and PSA experienced higher levels of anxiety in most of the social interaction subtypes. Both groups reported high levels of presence and none reported significant side effects. These findings suggest that the interaction with the virtual environment is effective in people with SAD or PSA with different social interactions fears.

Key Words: social anxiety, avatar, virtual reality, social interaction subtypes, psychological treatment.

INTRODUCCIÓN

❖ Trastorno de ansiedad social y miedo a hablar en público

Concepto y sintomatología

El trastorno de ansiedad social (TAS) se integra en el espectro de los trastornos de ansiedad y de acuerdo con la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5); se define como un trastorno mental caracterizado por miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen negativo por parte de otras personas. Estas situaciones casi siempre provocan sensaciones muy intensas y desagradables y se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural, lo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas importantes del funcionamiento del individuo. Además, para su diagnóstico, los síntomas deben haber estado presentes durante seis o más meses y no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica; y tampoco pueden explicarse mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo. En el diagnóstico de TAS, debe especificarse “*sólo actuación*” si el miedo se limita a hablar o actuar en público (American Psychiatric Association, 2013).

El miedo a hablar en público (MHP) es el temor más común entre las personas con TAS (Ruscio y cols., 2008) y se caracteriza por varios temores básicos: ser observado, sentir mucha ansiedad, tener un ataque de pánico, no saber comportarse de un modo adecuado o competente, manifestar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, temblor de manos, voz temblorosa, bloqueo, vómito, ataque de pánico) que puedan ser vistos por los demás y/o interferir con la actuación, ser criticado ó ser rechazado. Estos temores se manifiestan en una serie de pensamientos negativos frecuentes que impiden concentrarse en la tarea (p. ej. “diré cosas sin sentido”, “me quedaré bloqueado”, “seguro que no les interesa lo que voy a decir”, “se darán cuenta de lo nervioso que estoy”, “lo he hecho fatal, soy un desastre”, etc.) y éstos pensamientos negativos se reflejan en

errores cognitivos típicos como la subestimación de las propias capacidades, la sobrestimación de la probabilidad de cometer errores importantes, la atención selectiva a las reacciones negativas de los demás hacia uno mismo ó la minimización de los logros propios, entre otros (Bados, 2015).

Subtipos de interacción social

En relación al rango o prevalencia de situaciones sociales que provocan ansiedad en sujetos con ansiedad social, Holt y cols. (1992) desarrollaron el concepto de dominios situacionales y consideraron cuatro: la interacción formal o actuación (p. ej. hablar en público), la interacción informal ó intimidad (p. ej. hablar con otra persona sobre temas personales), asertividad (p. ej. defender los propios intereses y puntos de vista) y ser observado por otros (p. ej., comer mientras la persona es observada por otra persona). Los autores señalaron a su vez, que la mayoría de los participantes con ansiedad social de su estudio experimentaban ansiedad en más de una situación social.

Datos epidemiológicos

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos más prevalentes (Kessler y cols., 2005). De acuerdo con el estudio europeo de la epidemiología de los trastornos mentales (ESEMeD), considerado como el mayor estudio comparativo sobre la epidemiología de los trastornos mentales en Europa, un 14,5% de la población general de los países encuestados (Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España) presentó un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida, y un 8,4% en el último año (López-Ibor y cols., 2007). Los resultados del estudio pusieron de manifiesto la existencia de una elevada comorbilidad entre los propios trastornos de ansiedad y entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; y que las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir este tipo de trastornos (López-Ibor y cols., 2007). En cuanto a la situación en España, la fobia específica resultó ser el segundo trastorno

mental más prevalente y al igual que ocurre en otros países europeos, las mujeres presentaron una mayor prevalencia en los trastornos de ansiedad (Haro y cols., 2006; López-Ibor y cols., 2007). Determinados trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia), entre otros trastornos, presentaron los porcentajes de comorbilidad más elevados (Autonell y cols., 2007). La ansiedad social en particular, es el tercer trastorno psicológico más frecuente en las sociedades occidentales, tras la depresión y el consumo de alcohol (Ruscio y cols., 2008; Van Amerigen y cols., 2003). Se estima que entre el 7% y el 13% de la población en las sociedades occidentales cumplen los criterios requeridos para el diagnóstico de TAS en algún momento de sus vidas (Kessler y cols., 2005), siendo el MHP, el temor más común en las personas que sufren este trastorno, afectando al 40% de ellas (Ruscio y cols., 2008).

❖ Uso de la realidad virtual en el tratamiento de la ansiedad social

Tratamientos tradicionales y surgimiento de la realidad virtual como herramienta terapéutica

En la actualidad existen tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces para el tratamiento del TAS: los fármacos (Liebowitz y cols., 1992) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (Taylor, 1996). En la TCC, la técnica de exposición a situaciones sociales temidas, es considerada como el ingrediente terapéutico fundamental (Butler y cols., 2006; Feske y Chambless, 1995; Gould y cols., 1997). La terapia de exposición tradicional puede realizarse in vivo (en la realidad) o en imaginación. Sin embargo, varias limitaciones de la exposición in vivo, tales como una menor confidencialidad del cliente, falta de control y de flexibilidad de los estímulos o costos significativos, entre otras, (Anderson y cols., 2004; Beidel y Owens, 2015) y la dificultad para usar la imaginación de muchos pacientes, hacen necesario el desarrollo de nuevas herramientas terapéuticas. Es por ello que, la realidad virtual (RV), por sus características a continuación descritas, se ha propuesto como un efectivo método de exposición alternativo capaz de incrementar la eficacia de la terapia de exposición tradicional.

La RV se define a rasgos generales por la que parece ser su función clave: su habilidad para crear ambientes virtuales capaces de simular experiencias tan vívidas como para conseguir evocar muchas de las mismas emociones que una experiencia real podría producir gracias a su capacidad para permitir al usuario sumergirse en dicho ambiente (Glantz, y cols., 1996). De acuerdo con la literatura, varias características de la RV aumentan su utilidad en terapia. La RV es altamente flexible y programable permitiendo al terapeuta ejercer un control preciso sobre los estímulos que se presentan al cliente, así como medir y monitorear una amplia variedad de repuestas del usuario. Tanto el ambiente en sí, como la manera en la que éste es modificado por la respuesta del usuario, pueden ajustarse de acuerdo a las necesidades individuales de cada cliente y/o aplicaciones terapéuticas, algo que abre un amplio rango de nuevas posibilidades en terapia. Otras características son una mayor seguridad y aplicabilidad, al permitir exponer al

paciente a condiciones que resultarían inseguras ó difíciles en el mundo real; una mayor confidencialidad, al sustituir el tratamiento de grupo o exposición in vivo por el ambiente virtual, ya que los primeros pueden involucrar la participación de otras personas en el tratamiento y un menor coste, al no tener que reproducir situaciones reales (Antony, 2011; Glantz, y cols. 1996; Glantz y cols., 2003; Riva, 2003; Robillard y cols., 2010).

Por otra parte, la RV no está exenta de algunas limitaciones, y entre las principales que preocupan en el campo clínico podríamos mencionar los efectos secundarios o cibermareos derivados de su uso como son: la sensación de mareo, nauseas, o alteraciones oculo-motora (Bouchard et al., 2007, 2011; Kennedy, Lane, Berbaum y Lilienthal, 1993; Quintana et al., 2014).

Eficacia de la exposición mediante RV ante audiencias virtuales o avatares para el tratamiento del TAS y el MHP

Diferentes estudios han demostrado la eficacia de la RV como técnica de exposición para el tratamiento del TAS y MHP. La mayoría de trabajos que emplean ambientes virtuales para el tratamiento del TAS se han centrado en el MHP. En este tipo de estudios, los experimentos recrean un entorno virtual donde los participantes realizan una conferencia delante de una audiencia virtual, que puede presentar diferentes tipos de comportamientos y actitudes (García-García y cols., 2011). En esta línea de investigación, North, North y Coble (1998) demostraron que tras 5 sesiones semanales de tratamiento (con una media de 15 minutos cada sesión), un ambiente virtual con avatares programados para responder de diferente forma (p. ej., riendo, ignorando o animando al participante) resultó más eficaz reduciendo los niveles de ansiedad reportados, en comparación con el grupo control que se expuso a un ambiente virtual con estimulación neutral. En su estudio, la escena virtual consistía en un auditorio que podía albergar hasta 100 avatares programados para dar feedback positivo o negativo al participante.

Congruente con los resultados del estudio anterior y empleando una muestra de mayor tamaño, Pertaub, Slater y Baker (2002) encontraron que la respuesta de las personas mientras realizaban una presentación oral se veía afectada por el comportamiento de la audiencia, aunque ésta fuera virtual, respondiendo a las audiencias virtuales tal como lo harían con las reales y siendo la respuesta de ansiedad al hablar en público especialmente intensa ante el feedback negativo. A diferencia del estudio anterior, los autores diseñaron un seminario virtual con una audiencia de menor tamaño (ocho avatares masculinos), considerando que a menos audiencia más próxima es la interacción, y además, mejoraron la expresión corporal de los humanos virtuales (avatares). La audiencia mostraba diferentes comportamientos, por ejemplo: podía responder de forma neutra, manteniéndose estática durante el discurso; positiva, mostrando una conducta amigable y atenta; o negativa, exhibiendo expresiones hostiles y de aburrimiento. Los participantes debían realizar dos presentaciones sobre un mismo tema, con una duración de cinco minutos cada una y presentarla a dos tipos diferentes de audiencias, plateando de este modo tres grupos experimentales: el grupo uno daba las dos charlas a una audiencia neutral; el grupo dos primero lo hacía ante una audiencia positiva y luego ante una audiencia negativa; y el grupo tres al contrario que el anterior.

En el estudio de Slater y cols. (2004) también se han encontrado diferencias en la respuesta de ansiedad según el escenario virtual, informando de una mayor ansiedad los participantes con TAS quienes hablaron ante una audiencia virtual conformada por cinco avatares (dos mujeres y tres hombres) con actitud neutral ante el hablante, en comparación con quienes hablaron frente a una sala vacía.

Por otra parte, otros estudios como el conducido por Anderson y cols. (2005) también ha demostrado que dentro de la TCC, la RV como terapia de exposición es eficaz reduciendo la ansiedad asociada a hablar en público tras un tratamiento de ocho sesiones de las cuales se incluían cuatro sesiones de entrenamiento en el manejo de la ansiedad y otras cuatro de exposición mediante RV. En este estudio, los participantes debían dar una charla a una audiencia virtual de cinco personas alrededor de una mesa de conferencias ó bien de 22

personas en un auditorio, mientras el terapeuta controlaba las reacciones de la audiencia (p. ej., que se mostrara interesada, aburrida...). A pesar de las limitaciones (bajo tamaño muestral, heterogeneidad en el diagnóstico de los participantes, y ausencia de grupo control), estudios posteriores más controlados apoyan la eficacia de la RV señalando que la terapia de exposición con RV ha resultado igual de eficaz que la terapia de exposición tradicional grupal para el tratamiento de personas diagnosticadas con TAS, cuyo principal miedo era el de hablar en público, manteniéndose las mejoras en el seguimiento a un año (Anderson y cols., 2013). En este trabajo de Anderson y cols., se comparó la eficacia de la terapia de exposición con RV y de la exposición in vivo. Los participantes fueron divididos al azar en tres condiciones: exposición mediante RV, terapia de exposición grupal y lista de espera. Los escenarios virtuales consistían en una sala de conferencias (cinco avatares), una clase (hasta 35 avatares) y un auditorio (100 o más avatares). Los terapeutas podían controlar las reacciones de la audiencia virtual (interesada, aburrida, distraída...), y además podían realizarle preguntas al participante.

Asimismo, varios estudios han comparado la eficacia de la TCC tradicional y la TCC combinada con exposición mediante RV para reducir los niveles de ansiedad. Los autores Wallach y cols. (2009) reclutaron 88 participantes con MHP que fueron aleatoriamente asignados a tres condiciones: TCC con exposición in vivo; TCC con exposición in virtuo; y lista de espera. Todos los participantes, exceptuando el grupo de lista de espera, recibieron 12 sesiones individuales de una hora de duración cada una, con exposiciones virtuales (o no) en función de la condición. En otro estudio, Robillard y cols. (2010) compararon las mismas condiciones. En su caso la muestra la conformaban 45 adultos diagnosticados de TAS y el número de sesiones de tratamiento fueron 16. Ambos trabajos concluyeron que la exposición a situaciones sociales mediante un sistema de RV resulta tan eficaz como la exposición in vivo tradicional, siendo ambas superiores a la condición de lista de espera (Robillard y cols., 2010; Wallach y cols., 2009), manteniéndose las mejoras en el tiempo (Safir y cols., 2012).

En un intento por determinar los componentes específicos relacionados con la actividad de hablar en público que actúan como desencadenantes del miedo en individuos vulnerables, Cornwell y cols. (2011), diseñaron un AV que simulaba un escenario donde los participantes (la mitad con TAS y el resto sanos) debían dar un breve discurso de tres minutos de duración, a una audiencia de 30 avatares. Previo al discurso, se introducían señales sociales de forma gradual. En primer lugar, los participantes se encontraban en un escenario, detrás de un pódium con las cortinas cerradas. Tras cuatro minutos oían entrar a la audiencia a la sala, tras lo cual, las cortinas se abrían, permitiéndoles ver entonces a los humanos virtuales hablando entre ellos. Aproximadamente 30 segundos más tarde, el público dirigía su atención al sujeto y le aplaudían; momento a partir del cual el participante comenzaba su discurso. Los autores encontraron en sus resultados y concluyeron que el AV era lo suficientemente realista para provocar miedo y ansiedad en los individuos vulnerables, al ser los participantes con TAS quienes informaron de un mayor malestar y ansiedad durante la exposición, y a su vez mostraron un importante incremento de la reactividad de sobresalto (indicador de la respuesta de miedo) en el momento en el que la audiencia virtual dirigía su mirada hacia los participantes, y éstos se convertían en el centro de atención.

En un trabajo reciente, los autores Owens y Beidel (2015) encontraron que la tarea de hablar ante una audiencia virtual, era capaz de producir un aumento significativo de la respuesta fisiológica y del malestar subjetivo asociados al MHP en adultos con TAS y adultos sanos. En su estudio, todos los participantes debían realizar dos discursos: uno ante una audiencia real, y otro ante una audiencia virtual; en ambos casos la situación recreaba una sala de conferencias con una mesa alrededor de la cual, estaban sentadas cinco personas.

En los estudios citados anteriormente, las interacciones verbales entre los participantes y las audiencias virtuales o avatares eran limitadas o inexistentes. Los avances en la tecnología han permitido desarrollar interacciones cada vez más elaboradas entre el participante y las audiencias virtuales, las cuales incorporan interacciones de tipo verbal, facilitando una comunicación bidireccional. Estos nuevos enfoques se muestran prometedores para el ámbito

terapéutico, al ser las interacciones con humanos virtuales capaces de elicitar las sensaciones asociadas a la respuesta de ansiedad social (James y cols., 2003; Kampmann y cols., 2016; Morina y cols., 2014; Powers y cols., 2013) y de reducir los valores de ansiedad tras la intervención, incluso tiempo después (Grillon y cols., 2006; Morina y cols., 2015).

Centrándose en el estudio del tipo de audiencia y su efecto en la respuesta de ansiedad del participante, los autores James y cols. (2003) utilizaron dos escenarios virtuales: un viaje en tren subterráneo con avatares que mostraban una actitud neutral hacia el participante (por ejemplo: mirar a la persona ocasionalmente), y un bar de vinos donde el participante sí era instruido para interactuar con los humanos virtuales y éstos respondían de forma desinteresada o negativa. Al igual que en trabajos previos, estos investigadores hallaron que en una muestra de 10 participantes sanos, la ansiedad social fue mayor en la segunda situación de exposición.

En el trabajo de Powers y cols. (2013), 26 participantes sin diagnóstico de TAS, debían llevar a cabo dos conversaciones (in vivo e in virtuo) de cinco minutos cada una y sobre un mismo tema. De siete temas posibles, el considerado como más incómodo por parte del participante, era el seleccionado como tópico principal de la conversación. En la situación in vivo, el facilitador (un miembro del equipo de investigación) simplemente se sentaba a la izquierda del participante en un sofá y comenzaba el diálogo, formulando preguntas sobre el tópico y defendiendo una opinión contraria a la del participante. En la conversación mediante RV, los participantes mantenían un diálogo en las mismas condiciones que en la situación anteriormente descrita, con la única diferencia de estar dirigiéndose a un avatar, aunque en realidad era el facilitador quien estaba controlando los movimientos del humano virtual, y además estaba sentado al lado del participante, lo que podría explicar que los participantes describiesen esta situación como menos realista. No obstante señalaron un mayor miedo durante las conversaciones virtuales.

En otro estudio, Morina y cols. (2014) emplearon situaciones virtuales más elaboradas, las cuales incluían comprar ropa en una tienda, realizar una entrevista de trabajo, cenar en un restaurante, hablar con desconocidos, ser entrevistado por un periodista y dar una presentación

ante una audiencia seguida de una ronda de preguntas. Hallaron que su programa de exposición mediante RV, el cual consistía en dos sesiones de exposición de hasta 30 minutos cada una, con un descanso de 10 minutos entre ambas, era capaz de incrementar los niveles de ansiedad social en participantes con niveles bajos y elevados de ansiedad social. Aquellos participantes con alta ansiedad social informaron de una reducción de los niveles de ansiedad social tres meses después de la exposición a dos interacciones virtuales. Así mismo, los participantes tanto con alta como con baja ansiedad social informaron de una mayor auto-eficacia tres meses después del tratamiento (Morina y cols., 2015).

Similar al trabajo anteriormente citado, en un estudio recientemente publicado y con una muestra más amplia, Kampmann y cols. (2016) utilizaron AV donde se realizaban interacciones muy parecidas: realizar una presentación ante una audiencia seguida de una ronda de preguntas; hablar con desconocidos; comprar y devolver ropa; asistir a una entrevista de trabajo; ser entrevistado por un periodista y; tener una cita a ciegas. En este estudio, los individuos fueron asignados al azar a tres grupos: terapia de exposición virtual; terapia de exposición in vivo y; lista de espera. Las dos primeras condiciones consistieron en 10 sesiones de tratamiento, con siete sesiones de exposición (in virtuo o in vivo, en función del grupo) que incluían dos exposiciones de 30 minutos cada una. Los resultados y conclusiones señalaron que la terapia de exposición mediante RV que incorpora interacciones verbales extensas, sin componentes cognitivos, es capaz de mejorar los síntomas del TAS, al igual que la exposición tradicional y en mayor medida que la condición lista de espera.

En lo que refiere a las interacciones verbales con avatares pero en distintos contextos o situaciones sociales, Klinger y cols. (2004, 2005) asignaron a 36 participantes diagnosticados de TAS a dos condiciones: terapia de exposición mediante RV o TCC tradicional (grupo control). Los participantes del primer grupo realizaron 12 sesiones semanales de 45 minutos en las que se exponían al AV (hasta 20 minutos), y los participantes del segundo grupo realizaron 12 sesiones semanales de dos horas de TCC en grupo. La novedad de su trabajo residió en que en la primera condición los participantes debían exponerse a cuatro situaciones sociales distintas para las que

se diseñaron cuatro ambientes virtuales diferentes, los cuales se correspondían con los cuatro subtipos de interacción social establecidos por Holt y cols. (1992): 1) ansiedad relacionada con la asertividad; 2) intimidad/interacción informal; 3) ser observado y; 4) actuación/interacción formal. Los resultados señalaron una mejora significativa en ambas condiciones. Cabe mencionar que en el presente trabajo serán evaluados estos mismos subtipos de interacción.

Finalmente mencionar que el presente trabajo tuvo como **objetivo:** validar la eficacia de la interacción verbal con un avatar en un ambiente de realidad virtual para producir ansiedad en una población española con miedo a hablar en público o trastorno de ansiedad social (grupo clínico). Para ello, se comparó con un grupo no clínico (grupo normal), y empleando para ello un único ambiente virtual que permitiera exponerse a las cuatro situaciones de interacción social reportadas por Holt y cols. (1992).

Se establecieron las siguientes **hipótesis:**

H1: El grupo clínico tendrá un nivel de ansiedad significativamente más pronunciado después de la interacción con un avatar en el ambiente de realidad virtual, y con respecto al grupo normal.

H2: Se identificarán diferencias significativas entre los dos grupos, en los niveles de ansiedad entre los subtipos de interacción social en el ambiente de realidad virtual. Se espera que los niveles de ansiedad sean mayores para el grupo clínico.

H3: El sentido de presencia será significativamente mayor en el grupo clínico.

H4: No se identificarán efectos secundarios significativos provocados por la inmersión en el ambiente de realidad virtual en ninguno de los grupos.

MÉTODO

Revisión Ética

Un comité ético independiente ha revisado los objetivos y procedimiento de este estudio, y ha dado su aprobación favorable. Este estudio ha sido realizado en colaboración con l'Université du Québec en Outaouais (UQO, Canadá), por lo cual ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación (Comité Éthique de la Recherche avec des Êtres Humains) de dicha universidad. Así mismo, la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I ha dado su aprobación para la realización del mismo.

Participantes

La muestra se compuso de un total de 42 participantes, 16 padecen TAS, cinco MHP y 21 no cumplían criterios para ninguno de estos problemas. De la muestra total 25 son mujeres. La edad media es de 26,31 años (DT=8,53), con edades comprendidas entre los 18 y 56 años. En relación con la situación familiar, 24 están solteros, 16 casados o con pareja y dos divorciados o separados; de todos ellos, sólo cinco tienen hijos. Con respecto al nivel educativo completado, 21 finalizaron los estudios de bachillerato, seis de formación profesional y 15 universitarios. Únicamente nueve participantes habían utilizado previamente la RV. Cinco de los participantes habían recibido con anterioridad un tratamiento psicológico para el TAS o el MHP. Por último, en el momento del estudio, dos participantes habían tomado algún medicamento para la ansiedad o la depresión. El resumen de las características sociodemográficas se puede encontrar en la Tabla 1.

La selección de los participantes ha estado basada en **criterios de inclusión** específicos para cada uno de los grupos; siendo un criterio común para todos que se tratara de población española, ya que el ambiente virtual utilizado fue desarrollado por l'Université du Québec en Outaouais y se requería validar y controlar la variable cultural.

Criterios de inclusión para la población clínica:

1. haber nacido en España;
2. de padres nacidos en España;
3. ser mayor de 18 años y;
4. cumplir con los criterios para el diagnóstico de TAS o MHP

Criterios de inclusión para la población normal:

1. cumplir con los tres primeros criterios antes citados y;
2. no cumplir criterios para un diagnóstico de TAS o MHP

Para ambos grupos, los **criterios de exclusión** fueron:

1. haber vivido más de un año fuera de España;
2. tener una relación de pareja con alguien de otro país;
3. padecer problemas físicos que pudieran estar contraindicados para el uso de la RV (p. ej., un problema con el oído interno, migrañas recurrentes, epilepsia, un problema de equilibrio, un problema visual importante, mareos, un problema cardiovascular, anemia o un problema neurológico significativo);
4. sufrir un trastorno bipolar;
5. presentar síntomas psicóticos;
6. tomar benzodiazepinas y;
7. estar bajo de la influencia de sustancias psicoactivas durante el experimento.

Tabla 1

Características sociodemográficas

Edad media (DT)		
	26,31 (8,513)	
Condición	n	%
Ansiedad social	16	38,1
MHP	5	11,9
sin TAS o MHP	21	50
Género		
Mujeres	25	59,5
Hombres	17	40,5
Estado civil		
Soltero	24	57,1
Casado/en pareja	16	38,1
Divorciado/separado	2	4,8
Nivel educativo completado		
Bachillerato	21	50
Formación profesional	6	14,3
Universidad	15	35,7
Experiencias previas con RV	9	21,4
Experiencias previas con psicoterapia	5	11,9
Toma medicación	2	4,8

Instrumentos de medida

Entrevista telefónica

Entrevista telefónica desarrollada por el Laboratoire de Cyberpsychologie, UQO (2015) para evaluar de forma breve aspectos generales y comprobar si los participantes cumplían con los criterios de selección del estudio (Anexo 1).

Entrevistas Diagnósticas

Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994): instrumento diagnóstico que evalúa entre otros, los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y somatomorfos. Sólo las secciones para el TAS y el trastorno de ansiedad generalizada fueron administradas en este estudio para el diagnóstico de TAS (Anexo 2).

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (versión 5; Sheehan y cols. 1999; Lecrubier y cols., 1999): entrevista diagnóstica estructurada de administración breve (media $18,7 \pm 11,6$ min; promedio de 8 a 15 minutos) y que tiene como objetivo explorar de manera estandarizada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (Anexo 3).

Cuestionarios

Los cuestionarios empleados en el estudio son auto-administrados y el registro del lenguaje es accesible a la población en general.

Cuestionario Socio Demográfico (Laboratoire de Cyberpsychologie, UQO, 2015): incluye 11 preguntas sobre aspectos generales como la edad, el sexo, el estado civil, los ingresos anuales del hogar, el nivel educativo completado, la situación laboral, etc. (Anexo 4).

Inventario Estado-Rasgo de Ansiedad Cognitiva y Somática (STICSA; Ree y cols., 2008; traducción y adaptación al español por el Laboratoire de Cyberpsychologie, UQO y Labpsitec, 2015): diseñado para evaluar los síntomas cognitivos y somáticos de la

ansiedad. Este inventario está dividido en dos partes: la primera mide el estado de ánimo en el momento presente y la segunda, evalúa el estado en general. Los síntomas cognitivos se miden mediante 10 preguntas, mientras que la dimensión de ansiedad se evalúa a través de 11 preguntas. Los participantes responden en base a una escala tipo Likert de cuatro puntos. Este cuestionario fue administrado en el momento previo y posterior a la experimentación (Anexo 5).

Escala Análoga Visual de Ansiedad (Laboratoire de Cyberpsychologie, UQO y Labpsitec, 2015): elaborada específicamente para este estudio con el objetivo de evaluar el nivel de ansiedad que experimentan los participantes mientras ejecutan las tareas impuestas en el entorno virtual. El cuestionario consta de 5 ítems medidos en un rango de 10 puntos y fue administrado después de la experimentación y. (Anexo 6).

Cuestionario de Mareo Simulado (validación de Bouchard y cols., 2007, 2011; traducción al español por Labpsitec, 2015): este cuestionario fue desarrollado originalmente por Kennedy y cols. (1993) tiene como objetivo medir el nivel de mareos simulados (cibermareos) experimentados por los participantes y está integrado por 16 ítems, cada uno evaluado por una escala de cuatro puntos. Sin embargo, en el los estudios de Bouchard y cols. (2007, 2011) se identifican dos factores: síntomas oculo-motores (p. ej. fatiga visual) y náuseas. Este cuestionario fue administrado en el momento previo y posterior a la experimentación (Anexo 7).

ITC- Sense of Presence Inventory (Lessiter, Freeman, Keogh, y Davidoff, 2001; traducción al español por Labpsitec): evalúa el sentido de presencia utilizando cuatro factores específicos: sentido de espacio físico, implicación, validez ecológica y efectos negativos. El cuestionario está dividido en dos partes, la parte A consta de 6 ítems sobre pensamientos y sentimientos una vez finalizada la experiencia con el entorno presentado; mientras que la parte B consta de 38 ítems que hacen referencia a pensamientos y sentimientos durante la experiencia con el entorno. En ambos casos, los

ítems son respondidos mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. El cuestionario se administró después de la experimentación (Anexo 8).

Materiales

Software

El escenario de realidad virtual utilizado se denomina “Chez Carlo”, y fue desarrollado por el



Laboratoire de Cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais (2015). El AV consiste en una tienda de alimentos (Figura 1), con diferentes pasillos con estanterías y frigoríficos de comida y bebida, a través de los cuales el participante puede moverse para buscar el alimento deseado.

Figura 1. Tienda virtual

El dependiente de la tienda es un avatar hombre de edad adulta (Figura 2). Es el único humano virtual que aparece en la escena y se encuentra en todo momento detrás de la caja registradora. Las preguntas y respuestas del avatar, previamente seleccionadas, son controladas por el terapeuta a medida que avatar y participante mantienen el diálogo.



Figura 2. Humano Virtual

Hardware

El ambiente de RV es ejecutado en el ordenador. El participante navega en él usando un casco de RV conformado por dos pantallas pequeñas las cuales permiten una visión estereoscópica, además de un aparato de seguimiento de movimiento ("eye tracker") en la parte superior que responde a los movimientos de la cabeza, permitiendo que el participante visualice el entorno virtual presentado en tres dimensiones (3D). También se utilizó un ratón que permitió al participante avanzar y retroceder en el ambiente virtual y unos cascos para que pudiera escuchar al avatar.

Manual de psicoeducación

Manual desarrollado por Labpsitec y el Laboratoire de Cyberpsychologie, UQO (2016) para adultos con TAS y personas que padecen de una forma leve de ansiedad social. El manual contiene información sobre los conceptos importantes vinculados a este trastorno como son el miedo, la ansiedad, las fobias, sus manifestaciones y los factores que influyen en su aparición. Asimismo se explica en qué consiste el tratamiento cognitivo y comportamental de los síntomas de la ansiedad social, describiendo las técnicas empleadas y presentando ejercicios. Se ofrece también información de Centros de atención psicológica en la Comunidad Valenciana en los que poder solicitar asistencia (Anexo 9).

Procedimiento

El reclutamiento de la muestra se realizó en la Universitat Jaume I y en la Provincia de Castellón utilizando carteles publicitarios que fueron colgados en las distintas facultades de la universidad (Anexo 10) y vía internet a través de la red social Facebook de Labpsitec (Anexo 11); también se dieron breves presentaciones sobre el proyecto en las clases. El estudio fue estructurado en tres etapas:

- 1) La primera de ellas, consistió en una entrevista telefónica durante la cual, los participantes que indicaron previamente su interés en la investigación, respondieron a algunas preguntas generales sobre la ansiedad social y los criterios de exclusión, con preguntas diseñadas para asegurar que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. La entrevista tenía una duración aproximada de cinco minutos para quienes no cumplían criterios para un diagnóstico de TAS o MHP (grupo clínico) y 15 minutos para quienes padecían TAS o MHP (grupo normal). Antes de comenzar la entrevista, se explicaba a los participantes las etapas de la investigación, los términos de la confidencialidad de los datos recolectados y su derecho a retirarse en cualquier momento si así lo deseaban.

- 2) La segunda etapa consistió en una evaluación diagnóstica de 15 minutos (grupo clínico) a 45 minutos (grupo normal) con el objetivo de evaluar la presencia o ausencia de un TAS o MHP de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Los participantes que cumplían con los criterios de inclusión de la etapa uno fueron invitados a realizar la entrevista. El encuentro comenzaba dando la bienvenida a los participantes y continuaba con la explicación del consentimiento informado (Anexo 12), donde se trataban las condiciones del estudio como son: su objetivo y sus diferentes etapas, los criterios de inclusión y exclusión del mismo, los beneficios y riesgos de participar en la investigación, la confidencialidad de los datos personales de los participantes y la aprobación favorable del estudio por parte de un comité ético; tras lo cual, los participantes y el investigador firmaban el consentimiento informado y el participante recibía una copia del mismo. A continuación se realizaba la entrevista semi-estructurada “M.I.N.I.” y la entrevista “ADIS-IV”. Si el participante cumplía con los criterios de inclusión, era invitado a participar en la siguiente etapa del estudio. En caso contrario, se le explicaban las razones de la exclusión, y si era necesario se le entregaba un manual de psicoeducación sobre el TAS y MHP junto con las referencias sobre dónde solicitar y recibir asistencia psicológica.

3) La tercera etapa del estudio fue llevada a cabo el mismo día del encuentro de la segunda etapa con una duración aproximada de 75 minutos. Antes de iniciar esta última etapa del estudio, la investigadora se aseguraba de que el participante comprendía bien las condiciones del estudio. Esta etapa se compuso de tres fases (pre-experimentación, práctica antes de la experimentación y experimentación) explicadas a continuación. En la pre-experimentación (30 min. aprox.) el participante debía completar varios cuestionarios utilizados para evaluar su nivel base de ansiedad. En la siguiente fase (15 min. aprox.), se le leían las instrucciones de la inmersión de práctica en un ambiente de RV, y se le pedía que se pusiera el casco de RV ("Head Mounted Display") para conocer el manejo del AV. Esta inmersión tenía una duración de dos minutos y servía de práctica antes de la experimentación para permitirle al participante familiarizarse con el funcionamiento del equipo y su modo de navegación. El entorno virtual de práctica presentado consistía en un apartamento con diferentes habitaciones. Previamente se le leían las instrucciones de la inmersión de práctica (Anexo 13).

A partir de entonces, si deseaba continuar con el experimento y no presentaba mareos simulados (cibermareos) significativos, se pasaba a realizar la última fase, conocida como la fase de experimentación (30 min. aprox.). En primer lugar se le leía al participante las instrucciones de la inmersión experimental (Anexo 13).

En esta segunda inmersión, el participante debía entrar en una tienda virtual, en donde "Antonio" (el avatar) era el dependiente en la tienda y se encontraba situado detrás de la caja registradora. El participante debía entrar en la tienda, y contestar varias preguntas realizadas por Antonio (el avatar). Estas preguntas fueron traducidas y dobladas del francés al español, específicamente para este estudio (ver Tabla 2) y realizar una tarea asociadas con los subtipos de interacciones sociales reportados por Holt y cols. (1992) y antes descritos en el marco teórico, las cuales incluían: saludar a Antonio (interacción informal 1); responder preguntas al avatar sobre su vida profesional y personal (interacción informal 2); contestar una pregunta sobre una canción conocida de Michael

Jackson (interacción formal); expresar una queja sobre un producto caducado exigiendo un reembolso del mismo (asertividad); y por último, buscar el nuevo producto mientras es observado por el avatar (observación).

Por último, debía contestar varios cuestionarios tras finalizar la inmersión, y finalmente esperar 15 minutos antes de salir del laboratorio por medidas de seguridad debido a los posibles mareos simulados (cibermareos) ocasionados por la utilización de la RV. En los casos necesarios, se les entregaba un manual de psicoeducación sobre el TAS y el MHP y se les informaba sobre donde solicitar y recibir asistencia psicológica.

Tabla 2

Diálogo con preguntas formuladas por el avatar

DIÁLOGO CON EL AVATAR

-El participante saluda al avatar: p. ej: ¡Hola! ¿Todo va bien?-

¡Sí!, todo va bien, pero podría estar mejor. ¿Y a ti cómo te va ?

-El participante responde libremente-

Y, ¿a qué te dedicas ahora?

-El participante responde libremente-

Cuéntame un poco más...

-El participante responde libremente-

¿Tienes pareja en este momento?

-El participante responde libremente-

Cuéntame un poco más al respecto...

-El participante responde libremente-

Escucha la canción que está sonando en la radio en este momento. ¡Me gusta mucho!, es “Beat It” de Michael Jackson. No me acuerdo de alguna otra canción de él. ¿Podrías decirme si conoces otras canciones de él?

-El participante responde libremente-

Vale, pasando a otra cosa, ¿te puedo ayudar en algo?

-El participante responde libremente-

¿Tienes tu ticket de compra?

-El participante responde libremente-

¡No hacemos cambios sin ticket de compra! ¡Debes traer tu ticket de compra y el producto! ¡Tendrás que convencerme de por qué debo hacerte el cambio sin el ticket!

-El participante responde libremente-

Vale, por esta vez, te haré el cambio sin el ticket de compra. Ve a buscar el producto a la estantería del fondo.

-El participante responde libremente-

Mira lo siento, me acabo de dar cuenta de que hoy no tenemos más stock de ese producto; tendrás que volver a venir mañana.

-El participante finaliza la conversación-

RESULTADOS

El análisis con el test de Kolmogorov-Smirnov refiere que la muestra no tiene una distribución normal, por lo cual fueron aplicadas pruebas no paramétricas.

❖ Nivel de ansiedad tras la inmersión en el ambiente de RV

Se realizó un test de Wilcoxon para valorar la existencia de diferencias significativas en los **síntomas cognitivos y somáticos de ansiedad** en cada uno de los grupos antes y después de la inmersión en RV. Tras el análisis se identificaron diferencias significativas en ambos grupos en los *síntomas cognitivos*: grupo normal ($Z = -4,02$; $p = 0,000$) y grupo clínico ($Z = -3,88$; $p = 0,000$). Sólo se identificaron diferencias significativas en los *síntomas somáticos* en el grupo normal ($Z = -2,84$; $p = 0,004$); siendo en todos los casos menores tras la inmersión.

Se aplicó el test de U de Mann-Whitney para identificar diferencias entre los grupos después de la inmersión en RV. También se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos para los *síntomas cognitivos* ($Z = -2,85$; $p = 0,004$) y *somáticos* ($Z = -2,30$; $p = 0,021$); siendo los niveles de ansiedad cognitiva y somática más elevados en el grupo clínico tras la inmersión (Tabla 3).

Tabla 3

Diferencias en los síntomas cognitivos y somáticos de ansiedad tras la inmersión en el ambiente de RV en ambos grupos.

	Grupo	Momento	Media	Desviación estándar
SÍNTOMAS	NORMAL	Antes de la inmersión	16,05	4,70
		Después de la inmersión	11,24	2,64
COGNITIVOS	CLÍNICO	Antes de la inmersión	24,33	5,65
		Después de la inmersión	16,48	7,63
SÍNTOMAS	NORMAL	Antes de la inmersión	15	5,07
		Después de la inmersión	13,62	5,37
SOMÁTICOS	CLÍNICO	Antes de la inmersión	19,52	5,13
		Después de la inmersión	17,86	6,87

Grupo clínico $n=21$; grupo normal $n=21$

❖ Nivel de ansiedad según el subtipo de interacción social

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para explorar la existencia de diferencias significativas entre los grupos en relación a los niveles de ansiedad experimentados por los participantes mientras ejecutaban las **tareas de interacción social** en el AV. Los resultados señalan que hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre ambos grupos en la mayoría de subtipos de interacción social, a excepción del subtipo “observación”: informal 1 ($Z= -2,20$; $p=0,028$), informal 2 ($Z= -3,93$; $p=0,000$), formal ($Z= -3,04$; $p=0,002$), asertividad ($Z= -3,74$; $p=0,000$). En todos los casos, los niveles de ansiedad fueron más elevados en el grupo clínico (Tabla 4 y Figura 3).

Tabla 4

Niveles de ansiedad según el subtipo de interacción social en ambos grupos

Subtipo interacción social	Grupo	Media	Desviación estándar
INFORMAL 1	Normal	1,90	1,72
	Clínico	3,67	2,67
INFORMAL 2	Normal	2,81	2,27
	Clínico	6,10	2,30
FORMAL	Normal	1,90	1,86
	Clínico	4,52	2,69
ASERTIVIDAD	Normal	1,76	1,57
	Clínico	5,24	2,99
OBSERVACIÓN	Normal	1,86	1,68
	Clínico	3,81	3,41

Nota: grupo clínico $n=21$; grupo normal $n=21$.

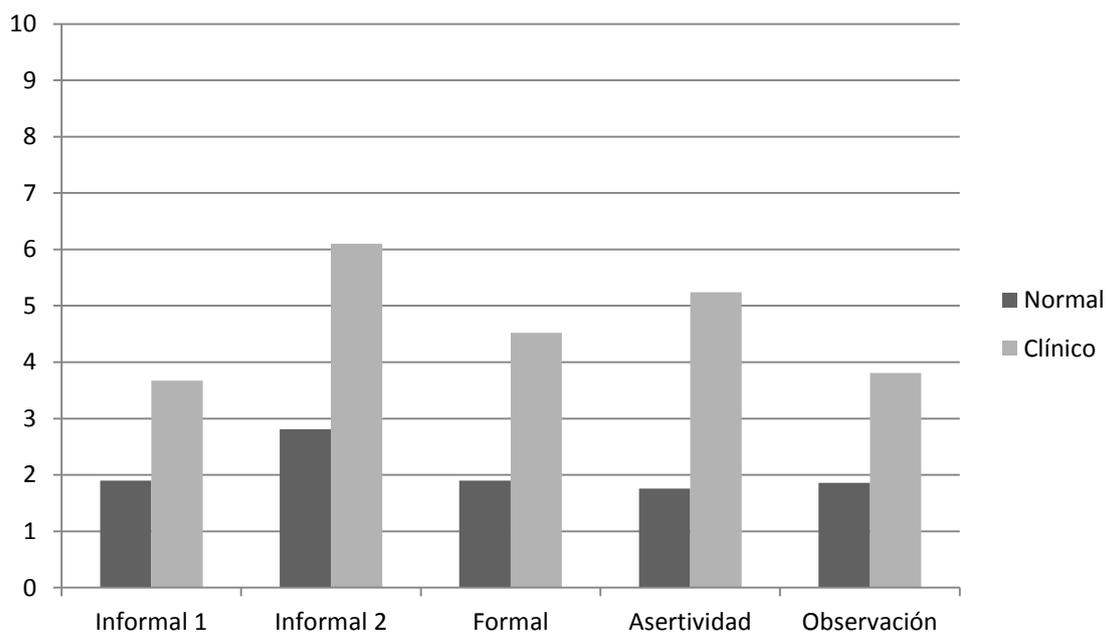


Figura 3. Niveles de ansiedad según el subtipo de interacción social en ambos grupos

❖ Cibermareos

Se empleó el test de Wilcoxon para analizar la existencia de diferencias significativas antes y después de la inmersión en los **efectos secundarios de síntomas de náuseas y síntomas oculomotores** derivados del uso del AV. Únicamente se observaron diferencias significativas para la variable de síntomas oculo-motores en el grupo normal ($Z = -2,67$; $p = 0,007$); reportando los participantes menos síntomas de este tipo en el momento posterior a la inmersión.

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para valorar diferencias entre los grupos en los efectos secundarios tras la exposición al AV. Se hallaron diferencias significativas en la variable de *náuseas* ($Z = -2,32$; $p = 0,020$); siendo los valores tras la inmersión más elevados en el grupo clínico (Tabla 5).

Tabla 5

Náuseas y síntomas oculo-motores antes y después de la inmersión en el ambiente de RV en ambos grupos

	Grupo	Momento	Media	Desviación estándar
NAUSEAS	NORMAL	Antes de la inmersión	0,62	1,07
		Después de la inmersión	0,71	1,05
	CLÍNICO	Antes de la inmersión	1,81	1,56
		Después de la inmersión	2,05	1,98
SÍNTOMAS OCULO-MOTORES	NORMAL	Antes de la inmersión	2,52	1,69
		Después de la inmersión	1,43	1,56
	CLÍNICO	Antes de la inmersión	4,81	4,04
		Después de la inmersión	3,19	3,34

Nota: grupo clínico $n=21$; grupo normal $n=21$.

Niveles de presencia

Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para evaluar la existencia de diferencias significativas en el **sentido de presencia** entre el grupo clínico y el grupo normal. Los resultados indican que no hay diferencias significativas en los niveles de sentido de presencia entre ambos grupos en ninguno de los cuatro factores. En ambos grupos los niveles de sentido de presencia fueron moderados-altos en los factores de validez ecológica, implicación, y sensación de espacio físico. A su vez, los efectos negativos resultaron bajos en ambos grupos (Tabla 6 y Figura 4).

Tabla 6

Niveles de presencia según el factor en ambos grupos

Factores	Grupo	Media	Desviación estándar
VALIDEZ ECOLÓGICA	Normal	3,49	0,76
	Clínico	3,20	0,57
IMPLICACIÓN	Normal	3,58	0,59
	Clínico	3,39	0,63
SENSACIÓN DE ESPACIO FÍSICO	Normal	3,42	0,66
	Clínico	3,23	0,68
EFFECTOS NEGATIVOS	Normal	1,59	0,58
	Clínico	1,85	0,83

Nota: grupo clínico $n=21$; grupo normal $n=21$

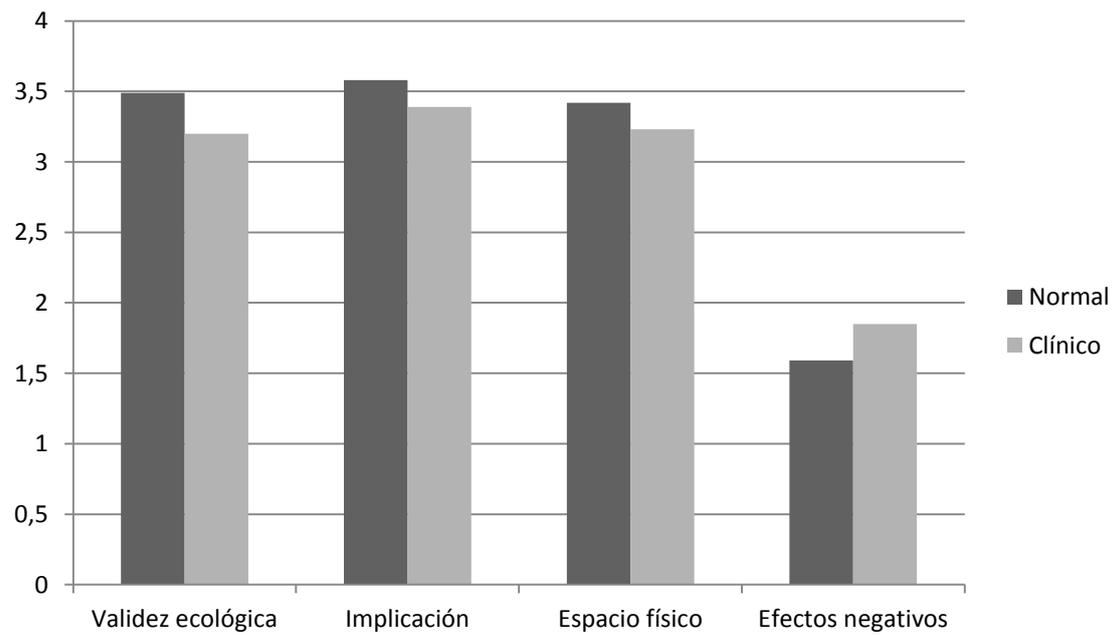


Figura 4. Niveles de presencia según el factor en ambos grupos

DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados de nuestro estudio, se confirma que el ambiente de RV fue capaz de producir un mayor nivel de ansiedad en el grupo clínico con respecto al grupo normal; sin embargo para el grupo clínico, el nivel de ansiedad no fue significativamente mayor después de la interacción en el ambiente de RV respecto al momento previo. Por lo tanto se comprueba parcialmente la hipótesis 1 respecto a que el grupo clínico tendría un nivel de ansiedad significativamente más pronunciado después de la interacción con un avatar en el ambiente de realidad virtual y con respecto al grupo normal. Los resultados con respecto a las diferencias entre los grupos guardan relación con un estudio anterior en el que también se comparó el efecto de la RV sobre población clínica y población normal, reportando los primeros mayor ansiedad durante la inmersión en el AV (Cornwell y cols. 2011).

A su vez, los resultados demostraron que los participantes con TAS y MHP experimentaron valores más elevados de ansiedad en todos los subtipos de interacción social con respecto al grupo normal, de modo que el mismo entorno virtual utilizado en nuestro estudio resultaría eficaz en personas con TAS y MHP con diferentes temores asociados a los cuatro subtipos de interacción social reportados por Holt y cols. (1992) como son: el mantener una conversación formal y/o informal, ser asertivo, ó ser observado mientras se realiza una tarea. No obstante las diferencias no fueron significativas para el subtipo de “observación” por lo cual se comprueba parcialmente la hipótesis 2, la cual sostenía que se identificarían diferencias significativas entre los dos grupos, en los niveles de ansiedad entre todos los subtipos de interacción social en el ambiente de realidad virtual, siendo los niveles de ansiedad mayores para el grupo clínico. Estos hallazgos se encuentran en línea con estudios previos que señalan la eficacia de las interacciones verbales con humanos virtuales en tanto que son capaces de generar reacciones propias de la respuesta ansiedad social (James y cols., 2003; Kampmann y cols., 2016; Klinger y cols., 2004, 2005; Morina y cols., 2014; Powers y cols., 2013).

No se identificaron diferencias significativas en el sentido de presencia entre los dos grupos, siendo los niveles de presencia moderados-altos para ambos; por lo tanto se rechaza la hipótesis 3, respecto a que el sentido de presencia sería significativamente mayor en el grupo clínico. En relación con este dato, un reciente meta-análisis confirma la relación positiva entre el sentido de presencia y el nivel de ansiedad percibida durante la exposición mediante RV en el tratamiento de la ansiedad, aunque ésta puede verse influida por varios factores, entre ellos el tipo de trastorno, siendo la asociación, entre los niveles de sentido de presencia y niveles de ansiedad, no significativa en los sujetos con ansiedad social (Ling y cols., 2014).

Ninguno de los dos grupos informó haber experimentado efectos secundarios (o cibermareos) significativos tales como náuseas ó síntomas oculo-motores entre el momento previo y posterior a la inmersión en el ambiente de RV. Sin embargo, al hacer la comparación entre grupos, el grupo clínico informó de valores más elevados de náuseas en el momento posterior a la inmersión en el ambiente de RV. Este resultado podría explicarse como una consecuencia de la activación de los síntomas de ansiedad al exponerse al AV y no necesariamente por los efectos secundarios negativos generados por el uso de la RV, ya que, como han sugerido algunos autores, resulta difícil determinar con certeza en qué medida los síntomas de cibermareos son debidos a uno u otro (Ling y cols., 2011 citado en Quintana y cols., 2014); por lo cual se acepta la hipótesis 4, según la cual no se identificarían efectos secundarios significativos provocados por la inmersión en el ambiente de realidad virtual en ninguno de los grupos. Estos resultados están en concordancia con otros trabajos en este campo de investigación, los cuales sugieren que la prevalencia de los cibermareos en poblaciones clínicas parece ser baja (Quintana y cols. 2014).

CONCLUSIONES

La novedad del presente estudio ha residido en validar la eficacia de la interacción verbal con un avatar en un ambiente de RV para producir ansiedad en una muestra española dividida en población clínica y normal. La validación solo en muestra española se justifica debido a que el ambiente de RV utilizado fue desarrollado en Canadá por el Laboratoire de Cyberpsychologie de la Université du Québec en Outaouais. Además, este estudio ha contribuido a aportar evidencia empírica sobre la utilidad de un único escenario virtual que reproduce diferentes situaciones temidas por las personas con TAS y MHP, lo que supone una ventaja frente a programas que utilizan un ambiente virtual para cada situación temida. Los hallazgos descritos sugieren que el AV es eficaz, al ser capaz de elicitar ansiedad en personas con TAS y MHP; y coinciden con los resultados encontrados en trabajos previos que señalan a la RV y las interacciones sociales virtuales como herramientas útiles en el tratamiento del TAS y MHP (James y cols., 2003; Kampmann y cols., 2016; Klinger y cols., 2004, 2005; Morina y cols., 2014; Powers y cols., 2013). Es por ello que la RV, por sus características, continúa proponiéndose como un método eficaz de exposición y alternativo a la exposición en vivo estándar. Además, sus aplicaciones se están expandiendo en la medida en que sus costes disminuyen y se mejora la calidad de los sistemas de RV.

No obstante son necesarios nuevos estudios controlados con mayores tamaños muestrales, por ser esta la principal limitación de nuestro trabajo. El tamaño de la muestra puede no ser representativo ya que está formada por 42 participantes, lo que reduce las posibilidades de generalizar los resultados. Asimismo, posiblemente su reducido tamaño no ha permitido observar diferencias estadísticamente significativas entre los participantes en relación a ciertas variables; específicamente en el cuestionario STICSA utilizado para medir los síntomas de ansiedad, en donde se observó en ambos grupos una reducción en los síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad después de la inmersión en el ambiente de RV cuando el resultado esperado era que estos síntomas se incrementaran. Esto podría deberse posiblemente a que este

cuestionario no está validado en población española y, por lo tanto se recomienda utilizar otro instrumento de medición mejor ajustado a las características de esta población.

Otra limitación atañe a las respuestas del avatar. En este estudio las opciones de preguntas y respuestas eran limitadas y el terapeuta controlaba lo que decía el avatar seleccionando la respuesta previamente programada para cada momento, con el inconveniente de que en ocasiones no tenía relación con la contestación previa del participante. Mejorar el diálogo, con un mayor número de frases, flexibilizaría la respuesta del avatar, lo que solventaría el problema anterior y permitiría a los participantes tener una conversación diferente y más fluida cada vez que se expusieran a la misma situación social, lo que aumentaría las posibilidades de uso de este ambiente virtual.

Como líneas futuras de investigación, se propone la validación del ambiente virtual utilizado, en un estudio controlado y aleatorizado en un contexto clínico, para así someter a prueba su eficacia en el tratamiento del TAS y el MHP. Así mismo, se sugiere comparar su eficacia con respecto a la TCC tradicional para este trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). Social Anxiety Disorder. Recuperado el 7 de enero de 2015, de www.dsm5.org
- Anderson, P. Jacobs, C., y Rothbaum, B. O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 253-267.
- Anderson, P. L. Zimand, E., Hodges, L. F. y Rothbaum, B. O. (2005). Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depression and Anxiety*, 22, 156-158.
- Anderson, P. L., Price, M., Edwards, S. M., Obasaju, M. A., Schmertz, S. K., Zimand, E. y Calamaras, M. R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 751-760.
- Antony, M. M. (2011). Recent advances in the treatment of anxiety disorders. *Canadian Psychology*, 52, 1-9.
- Bados, A. (2015). Miedo a hablar en público: naturaleza, evaluación y tratamiento. Recuperado el 7 de julio de 2016, de <http://hdl.handle.net/2445/65625>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Cornwell, B. R., Heller, R., Biggs, A., Pine, D. S. y Grillon, C. (2011). Becoming the center of attention in social anxiety disorder: Startle reactivity to a virtual audience during speech anticipation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 942-948.
- Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.

- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- García-García, E. S., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Olivares. P. J. (2011). Virtual reality exposure therapy and internet in social anxiety disorder: a review. *Terapia Psicológica*, 29, 233-243.
- Glantz, K., Durlach, N. I., Barnett, R. C. y Aviles, W. A. (1996). Virtual reality for psychotherapy: from the physical to the social environment. *Psychotherapy*, 33, 464-473.
- Glantz, K., Rizzo, A. y Graap, K. (2003). Virtual reality for psychotherapy: current reality and future possibilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 55-67.
- Grillon, H., Riquier, F., Herbelin, B. y Thalmann, D. (2006). Virtual reality as a therapeutic tool in the confines of social anxiety disorder treatment. *International Journal on Disability and Human Development*, 5, 243-250.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y el Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A. y Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63-77.
- James, L. K., Lin, C., Steed, A., Swapp, D. y Slater, M. (2003). Social anxiety in virtual environments: results of a pilot study. *Cyberpsychology and Behaviour*, 6, 237-243.
- Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M. G., Hartano, D., Brinkman, W. P., Zijlstra, B. J. H. y Morina, N. (2016). Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 147-156.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 76-88.
- Klinger, E., Légeron, P., Roy, S., Chermin, I., Lauer, F. y Nugues, P. (2004). Virtual reality exposure in the treatment of social phobia. *Studies in health technology and informatics*, 99, 91-119.
- Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Hollander, E. y cols. (1992). Treatment of social phobia with drugs other than benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 10-15.
- Ling, Y., Nefs, H. T., Morina, N., Heynderickx I. y Brinkman, W. P. (2014). A meta-analysis on the relationship between self-reported presence and anxiety in virtual reality exposure therapy for anxiety disorders. *PLoS ONE*, 9.
- López-Ibor, J. J., Alonso, J. y Haro, J. M. (2007). Estudio Europeo de la epidemiología de los trastornos mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 1-3.
- Morina N, Brinkman W. P., Hartanto D, Emmelkamp P. M. G. (2014). Sense of presence and anxiety during virtual social interactions between a human and virtual humans. *PeerJ*, 2, 337.
- Morina, N., Brinkman, W. P., Hartanto, D., Kampmann, I. L. y Emmelkamp, P. M. G. (2015). Social interactions in virtual reality exposure therapy: a proof of concept pilot study. *Technology and Health Care*, 23, 581-589.
- North, M., North, S. y Coble, J. R. (1998). Virtual reality therapy: An effective treatment for the fear of public speaking. *International Journal of Virtual Reality* 3, 2-6.

- Owens, M. E. y Beidel, D. C. (2015). Can virtual reality effectively elicit distress associated with social anxiety disorder? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 296-305.
- Pertaub, D. P., Slater, M. y Barker, C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 11, 68-78.
- Powers, M. B., Briceno, N. F., Gresham, R., Jouriles, E. N., Emmelkamp, P. M. G. y Smits, J. A. J. (2013). Do conversations with virtual avatars increase feelings of social anxiety?. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 398-403.
- Quintana, P., Bouchard, S., Serrano, B., Cárdenas-López, G. (2014). Efectos secundarios negativos de la inmersión con realidad virtual en poblaciones clínicas que padecen ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, 197-207.
- Riva, G. (2003). Virtual environments in clinical psychology. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 68-76.
- Robillard, G., Bouchard, S., Dumoulin, S., Guitard, T. y Klinger, E. (2010). Using virtual humans to alleviate social anxiety: preliminary report from a comparative outcome study. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*, 8, 46-48.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., y Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28.
- Safir, M. P., Wallach, H. S. y Bar-Zvi, M. (2012). Virtual reality cognitive-behavior therapy for public speaking anxiety: one-year follow-up. *Behavior Modification*, 36, 235-246.
- Slater, M., Pertaub, D. P., Barker, C. y Clark, D. M. (2006). An experimental study on fear of public speaking using a virtual environment. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 627-633.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27,1-9.

Van Amerigen, M., Mancini, C. y Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorder*, 17, 561-71.



ANEXOS

Anexo 1: Entrevista Telefónica

CÓDIGO: _____ **FECHA:** _____

Mi nombre es... estoy realizando un estudio que forma parte de mi tesis de doctorado. Lo contacto para participar en nuestro estudio sobre la ansiedad en situaciones sociales.

El objetivo de este proyecto de investigación es validar un entorno virtual para el tratamiento de la ansiedad social. La realidad virtual es una tecnología interactiva que proyecta imágenes en 3D las cuales forman parte de un entorno virtual con ayuda de unas gafas que facilitan el efecto de inmersión, como en el mundo real. Esta tecnología ha sido utilizada para tratar varios trastornos de ansiedad. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo el de validar un entorno virtual el cual podría ser utilizado como una herramienta de tratamiento psicológico como parte de una terapia cognitivo-conductual.

El estudio incluye 3 etapas:

1. En primer lugar, participará en una breve entrevista telefónica (duración de 5 a 15 minutos) con el objetivo de evaluar si cumple los criterios de inclusión del estudio.
2. Si cumple con esos criterios preliminares, realizaremos una evaluación más detallada (duración de 15 a 45 minutos) para determinar si padece o no un trastorno de ansiedad social.
3. Si cumple con los criterios de inclusión en el estudio, usted participará en el estudio experimental (duración de 75 minutos), donde realizará una inmersión en un entorno virtual y posteriormente le pediremos responder a unos cuestionarios.

○ Su participación en el estudio será confidencial. Sus datos serán protegidos en base a la Ley de protección de datos

¿Estaría interesado/a en participar?

Para comprobar si puede iniciar la evaluación, primero debo hacerle 7 preguntas.

¿Está usted de acuerdo?

Referido al ADIS-IV: Razón de
la exclusión:

Entrevista telefónica: Cuestionario preliminar

Código del participante: _____ Fecha: _____
Sexo: Mujer: ____ Hombre: ____ Quien hizo la entrevista: _____

1. ¿Qué edad tiene? _____ (excluir si menor de edad)
2. ¿Dónde nació? _____ (excluido si es diferente de España)
3. ¿Dónde nacieron sus padres? _____ (excluir si diferente de España)
4. ¿A lo largo de su vida, ha vivido más de un año en otro país?

SI _____ (excluir)
NO _____

5. ¿Tiene actualmente una relación de pareja con alguien de otro país?
SI__ (excluir)
NO _____

6. ¿Actualmente, está tomando medicamentos para el tratamiento de la ansiedad o la depresión?
Antidepresivos: _____ (excluir si benzodiazepina)
Rx para ansiedad: _____
Productos naturistas: _____

7. ¿Padece alguno de los siguientes problemas? SI__ (excluir) NO____
 - a) Un problema con el oído interno
 - b) Migrañas recurrentes
 - c) Epilepsia
 - d) Un problema de equilibrio
 - e) Un problema visual que no haya sido corregido
 - f) Mal intenso y frecuente de transporte (mareos)
 - g) Problema cardiovascular (por ejemplo, arritmia)
 - h) Un problema de anemia
 - i) Un problema neurológico significativo

Si la persona no está disponible, establecer una cita telefónica con ella.

Fecha de la entrevista telefónica: _____ Hora: _____

Entrevista telefónica

Refido(a) ADIS: SI NO__

Razón de la exclusión: _____

¿Me puede decir cómo se manifiesta su ansiedad?

TRANSTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

1. Actualmente, en situaciones sociales en las que puede ser observado o evaluado por otros o cuando conoce gente nueva, ¿se siente temeroso/ansioso/nervioso?, es decir ¿siente miedo, ansiedad, nerviosismo?

SI _____ NO _____

2. ¿Me puede dar ejemplos de situaciones sociales donde le ocurra esto?

3. ¿Qué teme en estas situaciones?

4. ¿Alguna vez evita situaciones sociales por miedo a ser juzgado/a por los otros?

SI _____ NO _____

Ejemplos (si no está claro, preguntar si hay miedo de mostrar síntomas físicos como ruborización y temblor):

5. ¿Este miedo de ser juzgado, por lo general ocurre casi cada vez que se enfrenta a estas situaciones sociales?

SI _____ NO _____

Especificar con qué frecuencia: ____

6. ¿Cómo afecta el problema en su vida (en el trabajo, en su casa, en su relación con otras personas)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

7. ¿Cómo afecta el problema a las personas que se relacionan con usted?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

8. En la siguiente escala de 1 a 10 ¿Dónde situaría la gravedad de su problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Leve Muy grave

Opcional: Si parece que tiene síntomas similares al trastorno de ansiedad generalizada:

Pregunte: ¿Qué es lo que le molesta más: la evitación de situaciones sociales por miedo a ser juzgado o _____

la preocupación acerca de sus relaciones sociales con los demás_?

TAS: NO PROBABLE _____(EXCLUIR) PROBABLE _____

Si se excluye al participante, ofrecer referencias para deriva

Anexo 2: Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad (versión IV)

(Di Nardo, Brown y Barlow, 1994. Traducción del Servicio de Asistencia Psicológica, UJI, Castellón)

CÓDIGO: _____ FECHA: _____

ADIS-IV Ansiedad Social

I. Establecimiento del diagnóstico.

a. Actualmente, en situaciones sociales en las que puede ser observado o evaluado por otros o cuando conoce gente nueva, ¿se siente Ud. temeroso/a, ansioso/a, nervioso/a?, es decir, ¿siente Ud. miedo, ansiedad, nerviosismo?

SI

NO

b. ¿Actualmente, le preocupa de manera general que pueda hacer o decir algo que le ponga en una situación embarazosa o humillante delante de otros, o en la que los demás puedan pensar mal de usted?

SI

NO

Si contesta NO a la 1a y 1b: ir a la 1c. Si contesta SI a la 1a y la 1b: ir a la 2a.

c. ¿Ha estado alguna vez ansioso/a en situaciones sociales o preocupado de manera general por comportarse de un modo que le resulte a Ud. embarazoso o humillante ante los demás?

SI

NO

Si contesta NO, ir a la 3.

¿Cuándo fue la última vez que esto ocurrió?

2a. ¿Además de este periodo actual/ más reciente de tiempo en el que se ha sentido ansioso en situaciones sociales, han habido otros periodos de tiempo en los que usted se haya sentido ansioso en situaciones sociales o se haya preocupado de manera general por hacer algo embarazoso o humillante delante de los demás?

SI

NO

b. Antes de este periodo de tiempo actual/ más reciente de tiempo en el cual usted se ha sentido ansioso en situaciones sociales, ha habido algún de considerable de tiempo en el que se haya sentido cómodo en estas situaciones?

SI

NO

Si contesta NO: ir a la 3.

C. ¿Cuánto tiempo pasó entre estos periodos? ¿Cuándo ocurrieron estos/ este periodos?

1. Voy a describirle algunas situaciones de este tipo y preguntarle cómo se sentiría en cada situación y hasta qué punto evita estas situaciones. Para cada situación, dé puntuaciones independientes para TEMOR (T) y EVITACIÓN (E), utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin miedo Nunca evita	Poco miedo Raramente evita			Miedo modera do A veces		Mucho miedo Evita con frecuencia		Muchísimo miedo Siempre evita

PRESENTE: En la actualidad, se pone ansioso en/cuando, o siente la necesidad de evitar:

PASADO: Se ha sentido ansioso en/cuando, o ha sentido la necesidad de evitar:

	PRESENTE		OBSERVACIONES	PASADO	
	TEMOR	EVITACIÓN		TEMOR	EVITACIÓN
	<u>OR</u>	<u>AC</u>		<u>OR</u>	<u>AC</u>
a. Fiestas					
b. Participar en reuniones/clases					
c. Hablar delante de un grupo/dar una charla formal					
d. Hablar con personas poco conocidas					
e. Comer en público					

f. Utilizar aseos públicos -
g. Escribir en público (firmar cheques,
rellenar impresos)

h. Quedar con alguien por quien se
siente atraído

i. Hablar con personas de autoridad -

j. Ser asertivo, p.ej.,
Negarse a peticiones poco
razonables (decir no). Pedir a
otros que cambien su forma
de comportarse _____

k. Iniciar una conversación -

l. Mantener una conversación - _____

m. Otras situaciones _____

2. *“Ahora quiero hacerle una serie de preguntas acerca de la ansiedad que
siente Ud. actualmente cuando está en situaciones sociales, y que empezó
aproximadamente en*

_____ (especificar mes/año).

A. Lista de las situaciones más problemáticas (que ponga ejemplos reales a
partir de las situaciones que ha señalado como más problemáticas)

1. ¿Qué le preocupa que ocurra en estas situaciones?

2. ¿Siente ansiedad prácticamente todas las veces en las que
_____ (situ
ación/es listadas)

SÍ _____ NO _____

3. ¿La ansiedad aparece en el momento en que Ud. entra en la situación/es o está a punto de hacerlo, o a veces la ansiedad aparece con “retraso” o de forma inesperada?

INMEDIATA _____ RETRASADA _____

- 4a. ¿Se siente ansioso acerca de estas situaciones porque teme que pueda tener un ataque de pánico inesperado? (si es necesario, explicar qué es un ataque de pánico)

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ,

- 4b. En otras ocasiones en las que se expone a _____, ¿ha experimentado un episodio de miedo intenso/ansiedad que ha aparecido de forma brusca e inesperada?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿dónde le ha ocurrido?

Si la respuesta ha sido SÍ a 4a o 4b, considerar si el miedo puede asumirse dentro de un trastorno de pánico.

- 5a. ¿De qué modo interfieren estos miedos en su vida (p. ej., rutina diaria, trabajo, actividades sociales)? ¿En qué medida le afectan estos miedos?

- 5b. ¿Influyen estos miedos en su trabajo actual o en su rendimiento académico?
¿De qué modo?

Evaluar Interferencia: _____ Malestar: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ninguna		Ligera		Moderada		Grave		Muy

6a. ¿Cuándo esta ansiedad o miedo acerca de _____ empezó a ser un problema para Ud. debido al malestar o interferencia que causaba en su vida? (Nota: si el paciente es poco preciso en la fecha de aparición, intentar conseguir información más específica, p. ej., ligando la aparición a sucesos vitales objetivos)

Fecha de Aparición: Mes _____ Año _____

6b. ¿Recuerda algo que pudiera haber contribuido a que Ud. se sienta ansioso en situaciones sociales?

7a. Aparte de este periodo actual de ansiedad ante situaciones sociales, ¿ha habido otros periodos de tiempo antes de este en los que ha tenido los mismos problemas?

SÍ _____ NO _____

7b. ¿Cuándo la ansiedad acerca de _____ dejó de ser un problema en tanto que se sintió cómodo en __, o ya no causaba malestar o interferencia en su vida?

Fecha de Remisión: Mes _____ Año _____

7c. ¿Recuerda alguna razón por la que ya no se sintiera ansioso en esas situaciones?

B. SÍNTOMAS DE ATAQUE DE PÁNICO

1. Lista de situaciones que van a ser evaluadas:

¿Ha experimentado _____ (síntoma) cuando _____ (situación)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ninguna		Ligera		Modera da		Grave		Muy

1. Palpitaciones, latidos del corazón, o tasa cardíaca acelerada		9. Mareo, sensación de inestabilidad, de que se le va la cabeza, o de	
2. Sudoración		10. Sensación de irrealidad o de estar separado o distanciado de uno mismo	
3. Estremecimientos o temblores		11. Embotamiento o sensaciones de cosquilleo	
4. Falta de aliento o sensación de		12. miedo de morir	
5. Sensación de atragantamiento (asfixia)		13. Miedo de volverse loco	
6. Dolor o malestar en el pecho		14. Miedo de hacer algo	
7. Náusea o malestar en el estómago		15. Tics o espasmos	
8. Escalofríos, sofocos, o rubor			

ADIS-IV
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1-INFORMACIÓN INICIAL

1.a. ¿En los últimos meses ha estado continuamente preocupado o ansioso acerca de varios acontecimientos o actividades en su vida diaria?

SI ___ NO ___

Si la respuesta es NO, saltar a 1b

¿Sobre qué clase de cosas se ha preocupado?

Pasar a 2a.

b. ¿Ha experimentado alguna vez un periodo largo en el que haya estado continuamente preocupado o ansioso acerca de varios acontecimientos o actividades en su vida diaria?

SI ___ NO ___

Si la respuesta es NO, saltar a 3.

¿Sobre qué clase de cosas se ha preocupado?

¿Cuándo fue la última vez que le ocurrió esto?

2.a. Además de este episodio actual o más reciente en el que se ha sentido continuamente preocupado acerca de varios asuntos de su vida, ¿ha habido otro/s periodo/s de tiempo en los que haya estado continuamente preocupado acerca de varios asuntos de su vida?

SI ___ NO ___

Si la respuesta es NO, saltar a 3.

b. Antes de este episodio actual o más reciente en el que ha estado preocupado por diferentes asuntos de su vida, ¿ha habido un periodo de tiempo considerable en el que no haya tenido esta preocupación constante?

SI ___ NO ___

c. ¿Cuánto tiempo pasó entre esos episodios?; ¿Cuándo ocurrieron este/estos episodios?

3. Ahora me gustaría hacerle una serie de preguntas acerca de la preocupación acerca de diferentes aspectos de la vida:

Si el paciente no informa de preocupación persistente en el pasado ni en la actualidad (i.e., NO a 1a. y 1 b.), preguntar solamente acerca de áreas ACTUALES de preocupación. Si el paciente informa de preocupación pasada o presente (i.e. SI tanto a 1 a como 1 b), preguntar acerca de áreas de preocupación tanto en el PASADO como en el PRESENTE. Especialmente si existe evidencia de episodios separados, preguntar por la presencia de episodios concretos de malestar (e.g., ¿Desde que esas preocupaciones comenzaron, han habido periodos de tiempo en los cuales no le han perturbado?). Utilizar el espacio bajo cada área de preocupación general para recoger el contenido específico de la preocupación del paciente (incluyendo la información previamente obtenido de los ítems 1a y 1b.). Suele ser necesaria una exploración más detallada para determinar qué áreas de preocupación de las manifestadas por el paciente no presentan una co-ocurrencia con algún trastorno del Eje I. Si se determina que un área de preocupación puede ser totalmente explicada por otro trastorno del Eje I, valorar esta área con un "0". Utilizar el espacio de los comentarios para recoger información clínicamente útil (p.ej., datos relacionados con los episodios concretos, trastornos co-existentes con los que el área de preocupación está relacionada).

Para cada área de preocupación, realizar valoraciones separadas en relación a la gravedad (i.e., frecuencia e intensidad) y a la incontrolabilidad percibidas usando las escalas siguientes:

GRAVEDAD:

-----0--	-----1-----	-----2-----	-----3-----	-----4-----	-----5-----	-----6-----	-----7-----	-----8-----
No preocupación/ No tensión	raramente preocupado/ poca tensión	preocupación ocasional/ tensión moderada	preocupación frecuente/ severa	preocupación tensión extrema				

CONTROLABILIDAD

-----0-----	-----1-----	-----2-----	-----3-----	-----4-----	-----5-----	-----6-----	-----7-----	-----8-----
Nunca/ No dificultad	raramente/ escasa dificultad/ moderada	ocasional/ dificultad	frecuente/ dificultad	severa	extrema			



GRAVEDAD:

¿Con cuánta frecuencia se preocupa o se preocupaba usted acerca de _____? ¿Si las cosas iban o van bien, si sigue o seguía preocupando por _____? ¿Cuánta tensión y ansiedad le provoca o provocaba la preocupación sobre _____?

AUSENCIA DE CONTROLABILIDAD:

¿Le cuesta o le costaba mucho trabajo controlar la preocupación acerca de _____ en el sentido de que es/era difícil dejar de preocuparse por ello? ¿Es la preocupación difícil de controlar en el sentido de que viene/venía a su mente cuanto está/estaba intentado concentrarse en alguna otra cosa?

	<u>PRESENTE</u>	<u>COMENTARIOS</u>	<u>PASADO</u>
	CONTROL EXCESIVO		CONTROL EXCESIVO
a. Pequeños asuntos (puntualidad, pequeñas reparaciones)			
b. Trabajo/escuela			
c. Familia			
d. Dinero			
e. Social/interpersonal			
f. Salud (propia)			
g. Salud (otros significativos)			
h. Asuntos de la comunidad			
i. Otros			
j. Otros			

Si no se obtiene evidencia de preocupación excesiva/incontrolable,
Ir al **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

II. EPISODIO ACTUAL

Si hay evidencia de un episodio pasado, comience en esta sesión con: *Ahora quiero hacerle una serie de preguntas acerca del actual periodo de preocupación sobre estas áreas, que comenzaron aproximadamente:* _____ (especificar mes y año).

Enumera los temas principales de preocupación: _____

1. Durante los pasados 6 meses, ¿has estado preocupado/a más de la mitad de los días acerca de estos temas?

SI _____ NO _____

2. ¿En un día cualquiera del mes pasado, ¿qué proporción del día aproximadamente estuvo preocupado?

_____ %

3. Específicamente, ¿qué tipo de cosas le preocupa que pudieran ocurrir en relación a estos temas? _____
(preguntar por cada área principal de preocupación)

4. Durante los pasados 6 meses, has experimentado a menudo _____ cuando te preocupas?; ¿Ha estado presente _____ más de la mitad de los días en los pasados 6 meses? (no registrar/medir síntomas que están asociados a otras condiciones tales como pánico, ansiedad social, etc.)

-----0----- 1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7----- 8-----
Nada Leve Moderada Severa Muy severa

	SEVERIDAD	MÁS DE LA MITAD DE DÍAS	
a. Inquietud; nervios.	_____	SI	NO
b. Fatiga	_____	SI	NO
c. Dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco	_____	SI	NO
d. Irritabilidad	_____	SI	NO
e. Tensión muscular	_____	SI	NO
f. Dificultad para quedarse dormido: cansancio o sueño no satisfactorio	_____	SI	NO

5. ¿En qué forma estas preocupaciones y la tensión o ansiedad asociada a ellas han interferido en su vida (por ejemplo, rutina diaria, trabajo, actividades sociales)?, ¿Cuánto le inquieta tener estas preocupaciones?

Valoración de la Interferencia: _____ Malestar: _____

-----0----- 1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7----- 8-----
Nada Leve Moderada Severa Muy severa

6. Durante este período actual en el ha tenido estas preocupaciones y los sentimientos de tensión/ansiedad ¿ha estado tomando, de forma regular, algún tipo de droga/medicación?

SI _____ NO _____

Especificar
(tipo/cantidad/fechas): _____

7. Durante este tiempo en el que has tenido estas preocupaciones y los sentimientos de tensión/ansiedad ¿ha sufrido alguna enfermedad o condición física especial (como por ejemplo, hipertiroidismo)?

SI _____ NO _____

Especificar (tipo; fecha de comienzo/remisión): _____

8a. Para este periodo actual ¿cuándo se convirtieron estas preocupaciones y síntomas de tensión/ansiedad en un problema que ocurría de forma persistente, estaba inquieto por la preocupación o síntomas y encontró difícil controlarlos o interferían en su vida de alguna manera?

(Nota: si el paciente se muestra vago sobre la fecha de inicio, intente recabar información más específica, p. ej., uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales objetivos.)

Fecha de inicio: _____ Mes: _____ Año: _____

b. ¿Puede recordar alguna cosa que podría haber producido este problema?

c. ¿Estaba pasando por alguna época de estrés durante ese periodo de tiempo?

SI _____ NO _____

¿Qué estaba ocurriendo en su vida en ese tiempo?

Estaba pasando por dificultades o cambios en:

(1) ¿Familia/relaciones interpersonales? _____

(2) ¿Trabajo/estudios? _____

(3) ¿Situación económica? _____

(4) ¿Asuntos legales? _____

(5) ¿Salud (propia o de otros)? _____

9. Además de este episodio actual de preocupación y tensión/ansiedad, ¿ha habido otros periodos de tiempo, diferentes y anteriores al actual, en los que haya tenido los mismos problemas?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es **SI**, volver atrás y preguntar 2b y 2c de la **INFORMACIÓN INICIAL**

Si la respuesta es **NO**, pasar a **INVESTIGACIÓN** o **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**.

III. EPISODIO PASADO

Ahora quiero preguntarle por una serie de cuestiones acerca del periodo pasado de preocupación sobre estas áreas que comenzaron aproximadamente en _____ y finalizaron aproximadamente en _____ (especificar meses/años).

Listar los principales temas de preocupación: _____

1. ¿Durante ese tiempo, estaba preocupado más de la mitad de los días durante al menos 6 meses?

SI _____ NO _____

2. ¿En un día cualquiera durante ese periodo, ¿qué proporción del día aproximadamente estuvo preocupado?

_____ %

3. Específicamente, ¿qué tipo de cosas le preocupaba que pudieran ocurrir?

(preguntar por cada área principal de preocupación)

4. Durante ese tiempo, experimentó a menudo _____ cuando se preocupaba?; Experimentó _____ más de la mitad de los días al menos 6 meses durante ese tiempo? (no registrar/medir síntomas que estaban asociados a otras condiciones tales como pánico, ansiedad social, etc.)

-----0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----
Nada Leve Moderada Severa Muy severa

	SEVERIDAD	MÁS DE LA MITAD DE DÍAS	
a. Inquietud; nervios.	_____	SI	NO
b. Fatiga	_____	SI	NO
c. Dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco	_____	SI	NO
d. Irritabilidad	_____	SI	NO
e. Tensión muscular	_____	SI	NO
f. Dificultad para quedarse dormido: cansancio o sueño no satisfactorio	_____	SI	NO

5. ¿En qué forma estas preocupaciones y la tensión o ansiedad asociada a ellas interferían en su vida (por ejemplo, rutina diaria, trabajo, actividades sociales)?, ¿Cuánto le inquietaba el hecho de tener estas preocupaciones?

Valoración de la Interferencia: _____ Malestar: _____

-----0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----
Nada Leve Moderada Severa Muy severa

6. Durante ese período de tiempo en _____ (años) cuando tenía estas preocupaciones y los sentimientos de tensión/ansiedad ¿estaba tomando, de forma regular, algún tipo de medicamento/droga? (por ejemplo, droga de abuso, medicamento).

SI _____ NO _____

Especificar

(tipo/cantidad/fechas): _____

7. Durante ese tiempo en el que tenía estas preocupaciones y los sentimientos de tensión/ansiedad ¿padecía alguna enfermedad o condición física especial (como por ejemplo, hipertiroidismo)?

SI _____ NO _____

Especificar (tipo; fecha de comienzo/remisión): _____

8a. Durante este periodo de tiempo en _____ (años) ¿cuándo se convirtieron estas preocupaciones y síntomas de tensión/ansiedad en un problema que ocurría de forma persistente, estaba inquieto por la preocupación o los síntomas y encontraste difícil controlarlos o interferían en tu vida de alguna manera?

(Nota: si el paciente se muestra vago sobre la fecha de inicio, intente recabar información más específica, p. ej., uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales objetivos.)

Fecha de inicio: _____ Mes: _____ Año: _____

b. ¿Puede recordar alguna cosa que podría haber producido este problema?

c. ¿Estaba pasando por alguna época de estrés en ese tiempo?

SI _____ NO _____

¿Qué estaba ocurriendo en su vida en ese tiempo?

Estaba pasando por dificultades o cambios en:

(1) ¿Familia/relaciones interpersonales? _____

(2) ¿Trabajo/estudios? _____

(3) ¿Situación económica? _____

(4) ¿Asuntos legales? _____

(5) ¿Salud (propia o de otros)? _____

9a. ¿Cuándo dejó esto de ser un problema, en el que las preocupaciones y los síntomas de tensión/ansiedad no ocurrían de forma persistente, no estaba inquieto por estas preocupaciones o por los síntomas y no encontraba difícil controlarlas ni interferían en su vida?

Fecha de remisión: _____ Mes _____ Año _____

b. ¿Puede recordar las razones por las que estas preocupaciones y síntomas de tensión/ansiedad dejaron de ser un problema para usted?

10. ¿Antes o después de este periodo pasado de preocupación o tensión/ansiedad, ha tenido otros periodos de tiempo diferentes de los que no hayamos hablado y en los que haya tenido los mismos problemas?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es **SI**, volver atrás y preguntar 2b y 2c de la **INFORMACIÓN INICIAL**

Si la respuesta es **NO**, continuar en **INVESTIGACIÓN** (opcional) o saltar a **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**.

IV. INVESTIGACIÓN

Preguntar si pertenecería a un episodio actual de alteración.

Listar los tópicos principales de preocupación: _____

1.a. Cuando una preocupación viene a su mente, ¿qué es lo que usualmente la dispara? (preguntar acerca de precipitantes, por ejemplo, situaciones, actividades).

b. ¿Con qué frecuencia viene una preocupación a su mente sin razón aparente?

Valora la frecuencia de la preocupación sin razón aparente (por semana) _____

-----0----- 1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7----- 8-----
Nunca Raramente Algunas A menudo Muy a menudo
veces /Siempre

2a. ¿Sus preocupaciones provocan que haga alguna cosa para tranquilizarse o para reducir la ansiedad/tensión asociada a la preocupación? (preguntar acerca de las conductas realizadas en respuesta a la preocupación, por ejemplo, comprobación, acciones preventivas, búsqueda tranquilizadora, distracción).

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI especificar _____

Para cada conducta de preocupación anotar:

b. ¿Con qué frecuencia una preocupación provoca que se implique en una acción dirigida a tranquilizarse o reducir su tensión/ansiedad?

Valoración de la frecuencia:

Conducta de preocupación # 1 _____ :

Conducta de preocupación # 2 _____ :

-----0----- 1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7----- 8-----
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo /Siempre

3a. ¿Antes de este primer periodo de tiempo en el que se convirtió realmente en un problema para usted (referir la fecha de inicio del primer episodio), era una persona con tendencia a preocuparse?

SI _____ NO _____

b. Si la respuesta es SI, ¿me puede poner ejemplos de esta tendencia a preocuparse? (por ejemplo, reaccionar al estrés más intensamente que otros, noches sin dormir antes de los exámenes, de un nuevo trabajo o de un año escolar)

4a. ¿Puede recordar si tenía tendencia a la preocupación cuando era niño/a?

SI _____ NO _____

b. Si la respuesta es SI, ¿Puede identificar alguna cosa que sucediera en su vida durante la infancia y que contribuyera a su tendencia a la preocupación? (preguntar acerca de los eventos de la vida estresantes, vida familiar inestable, exposición a



preocupaciones o enfermedad mental de otros, etc.).

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI especificar _____

**Anexo 3: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(Versión 5)**

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Versión en español 5.0.0

DSM-IV

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora,
J.P. Lépine**
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M.
Sheehan**
University of South Florida - Tampa - USA.

Spanish version translated by :
**L.Ferrando, L.Franco-A, M.Soto, J.Bobes, O Soto, L. Franco,
J.Gibert**
Instituto IAP – Madrid - SPAIN

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Este documento no puede ser reproducido o transmitido, ni total, ni parcialmente, en forma alguna, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas (como universidades, hospitales, organismos gubernamentales) pueden hacer copias simples del M.I.N.I. con el fin de utilizarlo en el marco estricto de sus actividades clínicas y de investigación.

NOMBRE DEL PACIENTE : _____	PROTOCOLO NÚMERO : _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	Hora de comienzo: _____
ENTREVISTA REALIZADA POR : _____	Hora final: _____
FECHA DE LA ENTREVISTA: _____	DURACION TOTAL: _____

M.I.N.I. 5.0.0 /versión en español / DSM-IV / actual

MODULOS EXPLORADOS	PERIODOS	
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 últimas semanas)	
A. EDM con rasgos	Actual (2	<u>Opcional</u>
B. melancólicos	últimas	
C. RIESGO DE	Actual	
D. SUICIDIO	(último	
E. EPISODIO (HIPO-	mes)	
F.)MANIACO	Actual +	
G. TRASTORNO POR	vida	
H. TRASTORNO POR ESTRÉS	Actual (último	<u>Opcional</u>
I. POSTRAUMÁTICO ALCOHOL	mes) Actual	
J. (DEPENDENCIA /ABUSO)	(12 últimos	
K. DROGAS (DEPENDENCIA	meses) Actual	
L. /ABUSO) TRASTORNOS	(12 últimos	
M. BULIMIA	Actual (3 últimos	

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. \pm 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva.

• Entrevista :

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de sí o no.

• Presentación :

La M.I.N.I. está dividida en **módulos** identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo «Trastornos psicóticos»), se presentan en un recuadro gris, una o varias **pregunta(s) / filtro(s)** correspondientes a los criterios principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas **diagnósticas**, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

• Acuerdos :

Las frases escritas en «letras minúsculas» deben leerse al paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.

Las frases escritas en «MAYUSCULAS» no deben de leerse al paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.

Las frases escritas en «negrita» indican el periodo de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

Las frases escritas entre (paréntesis) son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Cuando los términos están separados por una *barra (/)*, se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente (por ej. pregunta A3).

Las respuestas con una flecha () encima, indican, que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnóstico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar «NO» en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al módulo siguiente.

• Instrucciones para la anotación :

Todas las preguntas efectuadas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de cada una de las preguntas, enmarcando SI o NO en función de la respuesta del paciente. El clínico debe asegurarse de que cada uno de los términos formulados en la pregunta ha sido tenido en cuenta por el sujeto en su respuesta (en particular: los criterios de duración, frecuencia y las alternativas y / o).

Los síntomas imputables a una enfermedad física o al consumo de medicamentos, drogas o alcohol, no deben codificarse SI. La M.I.N.I. Plus que es una versión más detallada, explora estos diferentes aspectos.



Si usted tiene preguntas o sugerencias, si desea ser informado de la utilización de la M.I.N.I. o si quiere estar informado de las actualizaciones, puede contactar con:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, Boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
USA

phone: +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Laura FERRANDO
Instituto de Investigación y
Asistencia Psiquiátrica –IAP
Velázquez 156,
28.002 MADRID
ESPAÑA

Tel: + 91 5644718
Fax: + 91 4115432
e-mail: iap@teletel.es

M.I.N.I. 5.0.0 versión en español/ DSM-IV / actual : (enero 1998)

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto , casi todos los días?	NO	SI					
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI					
	¿ A1 <u>O</u> A2 SE HAN CODIFICADO SI ?	NO	SI					
A3	En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:							
a	¿Se ha modificado su apetito notablemente, <u>o</u> ha ganado o perdido peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)? CODIFICAR SI , SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	3				
b	¿Casi todas las noches, ha tenido problemas de sueño, (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?	NO	SI	4				
c	¿Casi todos los días, ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se ha sentido agitado(a) y ha tenido dificultades para permanecer quieto?	NO	SI	5				
d	¿ Casi todos los días, se ha sentido fatigado(a), sin energía?	NO	SI	6				
e	¿ Casi todos los días, se ha sentido sin valor o culpable?	NO	SI	7				
f	¿Casi todos los días, ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	8				
g	¿Ha tenido en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?	NO	SI	9				
A4	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A3 ? (o 4 si A1 <u>O</u> A2 SE HAN CODIFICADO NO)	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	
NO	SI							
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL								
	SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:							
A5a	¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?	NO	SI	10				
b	¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?	¿ A5b SE HA CODIFICADO SI ?						

NO SI 11

NO	SI
<i>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO</i>	

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON RASGOS MELANCÓLICOS (opcional)

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A4 = SI), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A6	¿A2 SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	12
a				
b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, ha perdido la capacidad de respuesta ante las cosas que previamente le agradaban o animaban?	NO	SI	13
	SI NO : ¿Cuándo ha sucedido algo agradable, le ha hecho sentirse mejor aunque solo fuera temporalmente?			
	¿A6a <u>O</u> A6b SE HAN CODIFICADO SI?	NO	SI	

En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:

A7	¿Se ha sentido deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted ha fallecido?	NO	SI	14
b	¿Generalmente y casi todos los días, se ha sentido peor por la mañana?	NO	SI	15
c	¿Casi todos los días, se ha despertado, al menos 2 horas antes de su hora habitual, y ha tenido dificultades para volver a dormirse?	NO	SI	16
d	¿A3c SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	17
e	¿A3a SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	18
f	¿Se ha sentido culpable en o de forma c la situación real?	NO	SI	19

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A7?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR con Rasgos Melancólicos ACTUAL	

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

B. DISTIMIA

NO EXPLORAR ESTE MODULO SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

B 1	¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo?	pa	  NO	SI	20
B 2	¿Durante este periodo, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más?		NO	 SI	21
B	Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:				
a	¿Ha cambiado su apetito significativamente?		NO	SI	22
b	¿Ha tenido dificultades para dormir o sueño excesivo?		NO	SI	23
c	¿Se ha sentido fatigado o sin energía?		NO	SI	24
d	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		NO	SI	25
e	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?		NO	SI	26
f	¿Se ha sentido desesperanzado?		NO	SI	27
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN B3?		 NO	SI	
B4	¿Estos síntomas depresivos le causaron malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o en alguna otra área importante?		 NO	 SI	28

¿B4 SE HA CODIFICADO SI?

NO SI

**DISTIMIA
ACTUAL**

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este últimos meses:

C 1	¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C 2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C 3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	3
C 4	¿Ha planeado suicidarse?	NO	SI	4
C 5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	5

A lo largo de su vida:

C 6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	6
--------	--------------------------------------	----	----	---

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI?

Si **SI**, ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO COMO SIGUE:

C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
C3 o (C2 + C6) = SI :
MODERADO C4 o C5 o (C3 +
C6) = SI : ALTO

N O	SI
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL	
LIGERO MODERA DO ALTO	

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

D. EPISODIO (HIPO-) MANIACO

D1 a	¿Ha tenido alguna vez, un periodo de tiempo en el que se sintiera con el ánimo tan exaltado o eufórico, o tan lleno de energía, o tan seguro de usted mismo que le supusiera problemas, o bien, en el que otras personas pensarán que no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)	NO	SI	1
	SI EL PACIENTE NO ENTIENDE BIEN LA PREGUNTA ACLARARLA: "Es decir, tenía el humor elevado, mayor energía, menos necesidad de dormir, pensamientos rápidos, estaba lleno de ideas, aumentó su productividad, su creatividad, su motivación o su comportamiento impulsivo"			
	SI SI			
b	¿Se siente, en este momento, exaltado(a) o lleno(a) de energía	NO	SI	2
D2 a	¿Ha tenido alguna vez, irritabilidad persistente durante varios días, de tal forma que tenía discusiones, peleas, o discutía con personas ajenas a su familia? ¿Habían notado, usted o los demás, que estaba más irritable o que reaccionaba exageradamente, en comparación con otros, en situaciones que usted creía justificadas? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)	NO	SI	3
	SI SI			
b	¿Actualmente, se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
	¿D1a <u>o</u> D2a SE HAN CODIFICADO SI?	NO	SI	
D3	SI D1B O D2B = SI : EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1R Y D2R – NO EXPLORAR EL EPISODIO MÁS GRAVE Cuando se sentía exaltado(a), lleno de energía / irritable :			
a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer?	NO	SI	5
b	¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con _____ horas de pocas sueño)?	NO	SI	6
c	¿Hablabas demasiado, sin parar o tan rápido que los demás tenían dificultades para comprenderle?	NO	SI	7
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que no podía seguirlos bien?	NO	SI	8
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que pensaba o hacía?	NO	SI	9
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás estaban preocupados por usted?	NO	SI	10

 **IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE**

g	¿Deseaba tanto involucrarse en actividades placenteras que olvidaba sus riesgos y consecuencias (ej. gastos innecesarios, conducción arriesgada o actividades sexuales no habituales?)	NO	SI	11
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN D3 O 4 SI D1a = NO (ÉPISODIO PASADO) O D1b = NO (EPISODIO ACTUAL) ?	NO	SI	
D4	¿Estos síntomas duraron al menos una semana y le causaron problemas que no pudo controlar, en casa, el trabajo, los estudios, o en sus relaciones con los demás, o tuvo que ser hospitalizado(a) a causa de estos problemas?	NO	SI	12
	CODIFICAR SI , SI LA RESPUESTA ES SI EN UNA U OTRA			

¿D4 HA CODIFICADO NO?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO	SI
EPISODIO HIPOMANIACO	
<i>ACTUAL</i>	—
<i>PASADO</i>	—

¿D4 HA CODIFICADO SI?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO	SI
EPISODIO MANIACO	
<i>ACTUAL</i>	—
<i>PASADO</i>	—

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

E. TRASTORNO POR ANGSTIA

E1	¿Ha tenido en más de una ocasión crisis o ataques, en los que súbitamente , se haya sentido ansioso(a), asustado(a), incómodo(a) o inquieto(a) en situaciones en las que la mayor parte de gente no se sentiría así? ¿Estas crisis alcanzaron su máximo nivel dentro de los primeros 10 minutos?	NO	SI	1
CODIFICAR SI, SÓLO SI SE ALCANZÓ EL PAROXISMO ANTES DE 10 MINUTOS				

Si E1 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1

E2	¿Alguna vez, estas crisis aparecieron inesperadamente o sucedieron de manera impredecible o espontánea o sin ser provocadas?	NO	SI	2
----	--	----	----	---

Si E2 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1

E3	¿Ha tenido alguna vez, una de estas crisis seguidas de un mes o más tiempo en que sentía miedo persistente a tener otra crisis, o estaba preocupado(a) por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	3
----	--	----	----	---

Si E3 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1

E4 Durante la peor crisis que puede recordar:

a	¿Su corazón latía muy fuerte o más rápido?	NO	SI	4
b	¿Tenía las manos sudorosas, o frías y húmedas?	NO	SI	5
c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	6
d	¿Tenía dificultades para respirar o la impresión de asfixiarse?	NO	SI	7
e	¿Tenía la impresión de ahogarse o de tener un nudo en la garganta?	NO	SI	8
f	¿Notaba dolor, presión o una molestia en el pecho?	NO	SI	9
g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina?	NO	SI	10
h	¿Se sentía aturdido(a), inestable, mareado(a) o a punto de desvanecerse?	NO	SI	11
i	¿Sentía las cosas que le rodeaban extrañas, irreales, desconocidas o lejanas, o se sentía fuera o alejado, de parte o de todo su cuerpo?	NO	SI	12
j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	13
k	¿Tenía miedo de morir?	NO	SI	14
l	¿Tenía estremecimientos o entumecimientos?	NO	SI	15
m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SI	16

E5	¿HAY AL MENOS 4 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4	NO	SI	
----	---	----	----	--

Si E5 = NO, PASAR A E7

Trastorno por Angustia Vida entera

E6	¿En el transcurso de este mes ha tenido estas crisis en varias ocasiones (al menos 2 veces) seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	17
----	---	----	----	----

Si E6 = SI, PASAR A F1

Trastorno por Angustia Actual

E7 ¿HAY 1, 2 o 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?

NO SI
Ataques Paucisintomáticos Vida ent

18

M.I.N.I. 5.0.0 versión en español/ DSM-IV / actual : (enero 1998)

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MÓDULO SIGUIENTE

F. AGORAFOBIA

F1 ¿Se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o en situaciones de las que es difícil escapar, o donde no es posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo y lejos de casa o solo en casa, o cruzando un puente, o viajando en autobús, tren, coche, etc.?

NO SI 19

Si F1 = NO, ENMARCAR NO EN F2

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita compañía para afrontarlas?

NO SI 20

*Agorafobia
Actual*

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI?

NO SI

**TRASTORNO POR
ANGUSTIA
sin Agorafobia
ACTUAL**

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI?

NO SI

**TRASTORNO POR
ANGUSTIA
con Agorafobia
ACTUAL**

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO?

NO SI

**AGORAFOBIA
sin antecedentes de
Trastorno por Angustia
ACTUAL**

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

G. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

H1 ¿Durante el último mes, le han molestado pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes indeseados, desagradables, inadecuados, intrusivos o molestos? (ej: la idea de que estaba sucio, contaminado o tenía gérmenes, o el temor de contaminar a otros, o el miedo de hacer daño a alguien sin querer, o el temor de actuar en función de algún impulso, o miedos o supersticiones de ser responsable de cosas erróneas, u obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, u obsesiones de atesorar, coleccionar o religiosas)

NO SI 1

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NI OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION, LA CONDUCTA SEXUAL, EL JUEGO PATOLOGICO O EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, YA QUE EL PACIENTE PUEDE OBTENER PLACER DE ESTAS ACTIVIDADES Y PUEDE QUERER EVITARLAS SÓLO POR SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)

Si H1 = NO, PASAR H4

H2 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aunque trataba de ignorarlos o librarse de ellos?

NO SI 2

Si H2 = NO, PASAR A H4

H3 ¿Piensa que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no son impuestos desde el exterior?

NO SI 3

H4 ¿Durante el último mes, ha hecho algo repetidamente, sin poder evitarlo, como lavar o limpiar en exceso; contar o verificar cosas una y otra vez; repetir, almacenar u ordenar cosas u otros rituales supersticiosos

NO SI 4

¿H3 O H4 HAN CODIFICADO SI?

 NO SI

H5 ¿Piensa que estas ideas obsesivas y/o las conductas repetitivas son irrazonables, absurdas o desproporcionadas?

 NO SI 5

H6 ¿Estas obsesiones o compulsiones interfieren en su rutina normal, sus actividades cotidianas, sus actividades sociales, o en sus relaciones o le ocupaban más de una hora diaria?

NO SI 6

¿H6 HA CODIFICADO SI?

NO SI

**TRASTORNO OBSESIVO-
COMPULSIVO
ACTUAL**

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

H. TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	¿En alguna ocasión se ha enfrentado o ha experimentado un acontecimiento extremadamente traumático, en el curso del cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física EJ. DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTE GRAVE, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO, INCENDIO, DESCUBRIMIENTO DE UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA EN EL ENTORNO, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL.	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	1
I2	¿Durante el último mes, ha revivido de manera penosa este acontecimiento (ej: sueños, recuerdos intensos, visiones o reacciones físicas)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	2

I3 Durante el último mes:

a	¿Ha evitado pensar en este acontecimiento o en las cosas que se lo pudiesen recordar?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	3
b	¿Se siente mal al recordar alguna parte importante de lo que sucedió?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	4
c	¿Ha disminuido su interés en cosas que le agradaban o en actividades sociales?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	5
d	¿Se siente alejado o extraño con respecto a los demás?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos se han bloqueado?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	7
f	¿Ha sentido como si su vida se hubiese empobrecido, debido a este trauma?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	8
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN I3?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

I Durante el último mes:

a	¿Ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	9
b	¿Ha estado especialmente irritable o ha tenido crisis de enfado?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	10
c	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	11
d	¿Ha estado nervioso o en alerta constante?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	12
e	¿Se sobresaltaba por cualquier cosa?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	13
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN I4?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

I	¿Durante el último mes, estos problemas han interferido en su trabajo o sus actividades sociales o le han causado un profundo malestar?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	14
---	---	-----------------------------	-----------------------------	----

¿I5 HA CODIFICADO SI?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO ACTUAL	

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

I. DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL

J 1	¿Durante los últimos 12 meses ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en menos de 3 horas en 3 o más ocasiones?	 	SI	1
--------	---	--	----	---

**J
2 Durante los últimos 12 meses:**

a	¿Ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI	2
b	¿Cuando ha reducido la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Ha bebido para evitar estos síntomas o resaca, p. ej. temblores, sudor, agitación? CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA	NO	SI	3
c	¿Cuando ha bebido alcohol, ha terminado bebiendo más de lo que en un principio se había planteado?	NO	SI	4
d	¿Ha intentado reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI	5
e	¿Los días en los que ha bebido, ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo o recuperándose de sus efectos?	NO	SI	6
f	¿Debido a la bebida, ha empleado menos tiempo, trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás?	NO	SI	7
g	¿Ha seguido bebiendo a pesar de saber que la bebida le causa problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **J2**?

NO SI

**DEPENDENCIA
ALCOHOLICA
ACTUAL**

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA?

NO  SI

J3 Durante los últimos 12 meses:

a	¿Ha estado intoxicado, embriagado o con “resaca”, en más de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios, trabajo, casa? ¿Esto le ha ocasionado algún problema? CODIFICAR SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS	NO	SI	9
---	--	----	----	---

IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MÓDULO SIGUIENTE

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico, ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.? | NO | SI | 10 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal por haber bebido? (ej. arrestos o conductas delictivas) | NO | SI | 11 |
| d | ¿Ha seguido bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno? | NO | SI | 12 |

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN J3?

NO	SI
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

LISTA DE SUSTANCIAS

ANFETAMINA

CANNABIS

CAPTAGO

CATOVIT

COCAINA

CODEINA

PEGAMENTO

CRACK

EXTASIS

GASOLINA

ETHER

**HOJA DE
COCA**

HACHIS

HEROÍNA

L.S.D.

**MARIHUAN
^**

**MESCALIN
^**

METADONA

MORFINA

NIEV

E

PALFIUM

RITALINA

SHIT

TEMGESIC

TOLUENO

TRICLOROTILENO

M.I.N.I.

 IR DIRECTAMENTE ALA(S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S) ENMARCAR NO Y PASAR AL SIGUIENTE MODULO

J. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NO ALCOHOLICAS)

K1 Ahora voy a enseñarle/ leerle (ENSEÑAR LA LISTA DE SUSTANCIAS/ LEER SIGUIENTE LISTA), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicará si en el transcurso de los últimos 12 meses ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor o cambiar de humor.

  SI
NO

ENMARCAR CADA PRODUCTOCONSUMIDO:

Estimulantes : anfetaminas, «speed», Ritalín, píldoras adelgazantes.

Cocaína : cocaína, «coke», crack, «speedball».

Opiáceos : heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanil.

Alucinógenos : L.S.D., «ácido», mescalina, PCP, «polvo de ángel», «hongos», éxtasis.

Inhalantes : «cemento», pegamento, éther.

Cannabinoides : hachis, «hasch», THC, cannabis, «hierba», «shit», mota, grifa, pasto, etc.

Tranquilizantes : Valium, Trankimazín, Halción, Lexatín, Orfidal, barbitúricos, Rohypnol (“reina”).

Varios: Anabolizantes, Esteroides. ¿Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (O LAS) SUSTANCIA(S) MÁS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR LO QUE SE EXPLORA ACONTINUACIÓN:

- SI CONSUME VARIAS SUSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE): CADA SUSTANCIA O CLASE DE SUSTANCIAS POR SEPARADO, ÚNICAMENTE LA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) MÁS CONSUMIDA. —
- SI SOLO CONSUME UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS), ÚNICAMENTE UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) —

K2 Considerando su consumo de [NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS], en el transcurso de los 12 últimos meses: DE

a ¿Ha constatado que necesitaba tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla? NO SI 1

b ¿Cuándo reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)?
¿Utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal (SÍNTOMAS) DE NO SI 2

CODIFICAR **SI**, SI ALGUNA ES AFIRMATIVA



c ¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más lo que era su intención?

de NO SI

3

M.I.N.I. 5.0.0 versión en español/ DSM-IV / actual : (enero 1998)

 IR DIRECTAMENTE ALA(S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S) ENMARCAR NO Y PASAR AL SIGUIENTE MODULO

- | | | | | |
|---|---|----|----|---|
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de consumir (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) pero no lo ha conseguido? | NO | SI | 4 |
| e | ¿Los días que ha consumido (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) ha empleado mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, tomar esta sustancia, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Ha tenido menos tiempo para trabajar, disfrutar de sus distracciones, o estar con su familia o amigos por consumir droga? | NO | SI | 6 |
| g | ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales? | NO | SI | 7 |

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN K2 ?

ESPECIFICAR LA (S) SUBSTANCIA(S):

NO	SI
DEPENDENCIA de SUBSTANCIA(S) ACTUAL	

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA A SUBSTANCIA(S) ?

NO  SI

K3 En el transcurso de los 12 últimos meses:

- | | | | | |
|---|--|----|----|----|
| a | ¿Ha estado intoxicado, embriagado, con resaca, a causa de (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades académicas, laborales o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?
CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA | NO | SI | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.)? | NO | SI | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal por consumir (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), ej. arrestos o conductas delictivas? | NO | SI | 10 |
| d | ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas? | NO | SI | 11 |



¿HAY AL MENOS 1 SI EN K3 ?

ESPECIFICAR LA (LAS) SUBSTANCIA(S):

NO

SI

***ABUSO DE
SUBSTANCIA(S)
ACTUAL***

K. TRASTORNOS PSICÓTICOS

PEDIR UN EJEMPLO EN CADA PREGUNTA RESPONDIDA AFIRMATIVAMENTE SÓLO ANOTAR **SI**, SI LOS EJEMPLOS MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGAR SI LOS DELIRIOS SE CALIFICAN COMO “EXTRAÑOS”

LOS DELIRIOS SON “EXTRAÑOS” SI SON: CLARAMENTE IMPOSIBLES, ABSURDOS, INVEROSÍMILES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA HABITUAL.

LAS ALUCINACIONES SE ANOTAN COMO “EXTRAÑAS” SI: UNA VOZ COMENTA SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA O CUANDO DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE ELLAS

Ahora voy a preguntarle acerca de experiencias inhabituales o extrañas que pueden sucederles a algunas personas:

				EXTRAÑ	
L1	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que la gente le espiaba, o que alguien conspiraba contra usted, o trataba de hacerle daño?	NO	SI	SI	1
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO	SI	SI	2
				☞☞ L6a	
L2	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien estaba leyendo su mente o podía escuchar sus pensamientos o de que usted podía leer o escuchar lo que otras personas están pensando?	NO		SI	3
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO		SI	4
				☞☞ L6a	
L3	¿Alguna vez, ha creído que alguien o alguna fuerza ajena a usted ponía en su mente, pensamientos que no eran suyos, o le hacían actuar de una que no era habitual en usted? ¿Ha tenido alguna vez la impresión de estar poseído?	NO		SI	5
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO		SI	6
				☞☞ L6a	
L4	¿Alguna vez, ha creído que le enviaban mensajes especiales a través de la televisión, la radio o los periódicos, o que una persona que no conocía personalmente estaba interesada particularmente en usted?	NO	SI	SI	7
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO	SI	SI	8
				☞☞ L6a	
L5	¿Alguna vez, allegados o amigos suyos, han considerado alguna de sus ideas extrañas o inhabituales?	NO	SI	SI	9
a	IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, EJ : GRANDIOSIDAD, RUINA ,CULPA,				
b	SI SI : ¿Actualmente, consideran extrañas sus ideas?	NO	SI	SI	10
L6	¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como por ejemplo, voces?	NO	SI	SI	1
a	LAS ALUCINACIONES SE CODIFICAN COMO EXTRAÑAS SÓLO SI EL PACIENTE RESPONDE SI A LO SIGUIENTE:				

¿Oía voces comentando sus pensamientos o su conducta, u oía voces hablando entre ellas?

	NO	SI	SI L8b	
b SI SI: ¿Le ha sucedido esto durante el último mes?				1 2
L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? CODIFICAR SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SI		13
b SI SI : ¿Ha visto estas cosas durante el último mes?	NO	SI		14

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR:

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD INCOHERENCIAS, DISCURSO DESORGANIZADO O UNA MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SI		15
	NO	SI		16

L9 b PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD CONDUCTA DESORGANIZADA O CATATÓNICA?

L10b ¿ HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA: POBREZA DE LENGUAJE (ALOGIA), APLANAMIENTO AFECTIVO O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN UNA ACTIVIDAD CON UNA FINALIDAD DETERMINADA, EVIDENTES DURANTE LA ENTREVISTA?

NO SI 17

L11 ¿DE L1 A L10, HAY AL MENOS

- O UNA PREGUNTA «b» CODIFICADA SI EXTRAÑO
O DOS PREGUNTAS «b» CODIFICADAS SI (NO EXTRAÑO)?

NO	SI
SINDROME PSICÓTICO ACTUAL	

L12 DE L1 A L7, HAY AL MENOS

- O UNA PREGUNTA «a» CODIFICADA SI EXTRAÑO
O DOS PREGUNTAS «a» CODIFICADAS SI (NO EXTRAÑO)? (VERIFICAR QUE LOS 2 SINTOMAS HAN APARECIDO AL MISMO TIEMPO)
O L11 SE HA CODIFICADO SI?

NO	SI
SINDROME PSICÓTICO VIDA ENTERA	

L13a SI L11 SE HA CODIFICADO SI O SI HAY AL MENOS UN SI DE L1 A L7:

- EL PACIENTE PRESENTA
UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL O PASADO)
O UN EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?


NO SI

b Si L13a CODIFICA SI:

Anteriormente, me ha dicho que había tenido un periodo(s) en que se había sentido deprimido(a) / exaltado(a) / particularmente irritable. Las ideas o impresiones de las que estamos hablando (CITAR LOS SINTOMAS CODIFICADOS SI DE L1 A L7) han aparecido únicamente durante estos periodos en los que estaba deprimido(a)/ exaltado(a)/ irritable?

NO SI 18

¿L13b HA CODIFICADO SI?

NO	SI
TRASTORNO DEL HUMOR CON RASGOS PSICÓTICOS ACTUAL	

⚠: **ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT**

L. ANOREXIA NERVIOSA

M1 a	¿Cuánto mide usted?	cm		
b	¿Durante los 3 últimos meses, cuál ha sido su peso mínimo? /_/_/_/	kg		
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MINIMO CORRESPONDIENTE A SUESTATURA? VER TABLA DE CORRESPONDENCIAS AL FINAL DE LAPÁGINA		NO	SI
				1

Durante los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, ha evitado engordar?		NO	SI	2
M3	¿Ha tenido miedo de ganar peso o de llegar a estar más gordo(a)?		NO	SI	3
M4 a	¿Se ha considerado gordo o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?		NO	SI	4
b	¿Influye mucho su peso o su figura en la opinión o la estima que usted tiene de si mismo?		NO	SI	5
c	¿Ha pensado que su bajo peso actual era normal o excesivo?		NO	SI	6
M5	¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN M4 ?		NO	SI	
M6	SÓLO PARA LAS MUJERES: ¿Durante los últimos tres meses, ha perdido todos sus periodos menstruales, aunque debiera de haberlos tenido (no estaba embarazada)?			SI	7

**PARA LAS MUJERES : M5 Y M6 HAN CODIFICADO SI?
PARA LOS HOMBRES : M5 HA CODIFICADO SI?**

NO SI

**ANOREXIA NERVIOSA
ACTUAL**

TABLA DE CORRESPONDENCIAS TALLA – UMBRAL DE PESO MÍNIMO (SIN CALZADO , SIN ROPA)

TALLA (cm)	140	14	150	155	160	16	17	175	180	185	190
Mujeres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hombres	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(REDUCCION DE UN 15% EN RELACIÓN CON EL PESO NORMAL)

⚠: **ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT**

M.BULIMIA

N	¿Durante los 3 últimos meses, ha tenido crisis durante las que ha comido grandes cantidades de alimentos, en menos de 2 horas?		NO	SI
N	¿Durante los 3 últimos meses, se ha dado al menos 2 atracones por semana?		NO	SI
N	¿Durante estas crisis ha sentido que su apetito estaba fuera de control?		NO	SI
N	¿Ha hecho cualquier cosa para compensar o evitar ganar peso por estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos, píldoras adelgazantes u otras medicaciones?		NO	SI
N	¿La opinión que tiene de sí mismo, está muy influida por su peso o sus formas corporales?		NO	SI
N	¿PRESENTA EL PACIENTE ANOREXIA NERVIOSA? Si N6 = NO, PASAR A N8		NO	SI
N	¿Estos atracones aparecen siempre que está por debajo de ____ kg* ? * CONSIDERAR EL UMBRAL DE PESO MÍNIMO DEL PACIENTE EN LA TABLA DEL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA EN FUNCION DE SU TALLA		NO	SI
N	N5 HA CODIFICADO SI Y N7 HA CODIFICADO NO (ONO CODIFICADA)?		N BULIMIA ACTUAL	
	N7 HA CODIFICADO SI ?		NO SI ANOREXIA MENTAL Compulsiva / Purgativa ACTUAL	

Anexo 4: Cuestionario Sociodemográfico

CÓDIGO: _____ **FECHA:** _____

1. Edad: _____

2. Sexo: (1) H (2) M

3. Estado civil:
(0) Soltero
(1) Casado o en pareja
(2) Divorciado o separado
(3) Viudo

4. ¿Vive usted con alguien?: (0) No () Si → *¿Con quién?*
(1) Cónyuge
(2) Cónyuge y la familia (hijos o padres)
(3) Familia (hijos o padres)
(4) Compañero (s) de piso
(5) Otro _____

5. ¿Tiene hijos?

(0) No (1) Si

6. Ingresos anuales (hogar):

(1) Menos de 16.000€

(2) 16.001

a 21.000€

(3) 21.001

a 26.000€

(4) 26.001

a 66.451€

(5) Más de 66.451€

Número de persona (s) en el

hogar: _____

Número de persona (s) a cargo: _____

7. Nivel educativo completado:

(1) Primaria

(2) Secundaria

(3) Bachillerato

(4) Formación profesional

(5) Universidad

8. Situación laboral:

(1) Tiempo completo

(2) Tiempo parcial

(3) Desempleo

(4) Prestación por dependencia

(5) Jubilación

(6) Otro : _____

9. Religión:

- (1) Católico romano
- (2) Protestante
- (3) Testigo de Jehová
- (4) Judío ortodoxo
- (5) Ortodoxa
- (6) Musulmán
- (7) Budista
- (8) Hindú
- (9) Ninguna
- (10) Otra: _____

10. ¿Alguna vez ha utilizado la realidad virtual?

- (0) No (1) Si

11. ¿Alguna vez ha recibido psicoterapia para el tratamiento de la ansiedad social o del miedo a hablar en público?

- (0) No (1) Si

12. ¿Toma actualmente algún medicamento?

- (0) No (1) Si

Si es el caso:

Nombre medicación	Motivo (por ejemplo,	Dosis (p.j. : 70 mg / día)	¿Tomó esa dosis hoy? (Si

Anexo 5: Inventario Estado-Rasgo de Ansiedad Cognitiva y Somática (STICSA)

(Ree et al., 2008; traducción y adaptación española por el Laboratorio de ciberpsicología y LABPSITEC, 2015)

CÓDIGO: _____ **FECHA:** _____

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista que describe cómo la gente se puede sentir. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y marque con un círculo el número que mejor describa cómo se siente ahora, EN ESTE MOMENTO, a pesar de que no sea como se siente en general.

	Nada	Poco	Moderado	Mucho
1. Mi corazón late más rápido	1	2	3	4
2. Siento tensión en mis músculos	1	2	3	4
3. Me siento preocupado(a) a causa de mis problemas	1	2	3	4
4. Creo que no tendré la aprobación de los demás	1	2	3	4
5. Siento que estoy dejando pasar oportunidades porque no me puedo decidir rápidamente	1	2	3	4
6. Siento mareo	1	2	3	4
7. Siento debilidad en mis músculos	1	2	3	4
8. Siento temblor e inestabilidad	1	2	3	4
9. Visualizo problemas futuros	1	2	3	4
10. No puedo deshacerme de ciertos pensamientos	1	2	3	4
11. Tengo problemas para recordar cosas	1	2	3	4
12. Siento roboración en mi cara	1	2	3	4
13. Creo que sucederá lo peor	1	2	3	4
14. Siento que mis brazos y piernas están entumecidos	1	2	3	4
15. Siento que tengo la garganta seca	1	2	3	4
16. Me mantengo ocupado(a) para evitar pensamientos incómodos	1	2	3	4
17. No puedo concentrarme sin sentirme alterado(a) por pensamientos irrelevantes	1	2	3	4
18. Mi respiración es rápida y poco profunda	1	2	3	4
19. Me preocupa no poder controlar mis pensamientos tanto como quisiera	1	2	3	4
20. Siento mariposas en el estómago	1	2	3	4
21. Siento sudoración en las manos	1	2	3	4

Anexo 6: Escala Análoga Visual de Ansiedad

(Elaboración y traducción del Laboratorio de Ciberpsicología, 2015)

CÓDIGO: _____ **FECHA:** _____

INSTRUCCIONES: Este breve cuestionario tiene como objetivo evaluar el nivel de ansiedad que ha sentido en las diferentes situaciones sociales a las que ha estado expuesto en el entorno virtual de la tienda. Por favor indique, dentro del entorno virtual de la tienda, ¿qué nivel de ansiedad sintió en cada una de estas situaciones?

1. ¿Al iniciar la conversación con Antonio (preguntándole cómo estaba)?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Nada Poco Moderado Mucho Extremo

2. ¿Al responder a las preguntas de Antonio (preguntas acerca de su vida personal y amorosa)?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Nada Poco Moderado Mucho Extremo

3. ¿Al responder a la pregunta sobre la canciones de Michael Jackson?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Nada Poco Moderado Mucho Extremo

4. ¿Al quejarse de los huevos podridos?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Nada Poco Moderado Mucho Extremo

5. ¿Caminando por los pasillos buscando huevos?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Nada Poco Moderado Mucho Extremo

Anexo 7: Cuestionario de Mareo Simulado

(Kennedy, Lane, Berbaum y Lilienthal, 1993. Traducción y adaptación al español por LABPSITEC, 2015)

CÓDIGO: _____ **FECHA:** _____

Instrucciones: Marque en qué medida está experimentando en estos momentos cada uno de los síntomas indicados a continuación.

	Ninguno	Leve	Moderado	Grave
1. Malestar generalizado				
2. Cansancio				
3. Dolor de cabeza				
4. Vista cansada				
5. Dificultad para enfocar (p. ej., objetos)				
6. Aumento de la salivación				
7. Sudoración				
8. Náuseas				
9. Dificultad para concentrarse				
10. Sensación de pesadez en la cabeza				
11. Visión borrosa				
12. Mareo (con los ojos abiertos)				
13. Mareo (con los ojos cerrados)				
14. Vértigo*				
15. Malestar estomacal o abdominal**				
16. Eructos				

* El vértigo se experimenta como una sensación de pérdida de orientación en relación con la posición vertical.

** Este término se utiliza para describir una sensación de molestia en el abdomen cercana a las náuseas pero sin llegar a producirlas.

Anexo 8: ITC- Sense of Presence Inventory

(Lessiter, Freeman, Keogh, y Davidoff, 2001; traducción española de LABPSITEC)

CÓDIGO: _____ **FECHA:** _____

Instrucciones: Nos gustaría saber cómo se ha sentido durante la experiencia que ha tenido con el ENTORNO VIRTUAL. Utilizamos el termino de ENTORNO VIRTUAL aquí, y a lo largo de todo el cuestionario, para referirnos tanto a películas, videos, juegos de ordenador o mundos virtuales como el que se acaba de encontrar. Algunas de las siguientes preguntas se refieren al CONTENIDO del entorno que se ha mostrado, es decir, la historia, escenas o eventos, o cualquier cosa que ha podido ver, oír o sentir mientras estaba en el entorno. El entorno mostrado y su contenido (incluyendo representaciones de gente, animales o dibujos, a los cuales nosotros llamamos “PERSONAJES”) es diferente al del “MUNDO REAL”: el mundo que vive día a día.

Por favor, si cree que no le ha quedado claro el significado de lo que acaba de leer, vuelva a leerlo de nuevo.

El cuestionario está dividido en dos partes, Parte A y Parte B. La Parte A contiene preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos una vez finalizada la presentación del entorno. La Parte B se refiere a sus pensamientos y sentimientos durante la presentación del entorno.

Por favor no emplee demasiado tiempo en cada pregunta. La primera respuesta suele ser la mejor. Para cada pregunta, elija la respuesta que más se aproxime a su opinión.

Por favor, recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Sólo estamos interesados en saber cuáles son SUS pensamientos y sentimientos acerca del entorno mostrado.

También le agradeceríamos que completara la información personal que le solicitamos y que vera a continuación.

- Nivel de experiencia con los ordenadores: (escoja una respuesta)

- Ninguna
- Básico
- Intermedio
- Experto

- Media de horas semanales que dedica a ver la televisión (escoja una respuesta)

- 0 – 8 horas
- 9 – 16 horas
- 17 – 24 horas
- 25 – 32 horas
- 33 – 40 horas
- 41 horas o mas

• ¿De cuantas pulgadas prefiere que sea la pantalla de su televisor? (escoja una respuesta)

- Pequeño (14" o menos)
- Mediano (15 – 28")
- Grande (mas de 28")

• ¿Alguna vez ha visto imágenes en 3D a través de unas gafas estereoscópicas?

- SI NO

• ¿Cómo valoraría su conocimiento sobre cómo se crean las imágenes en 3D? (escoja una respuesta)

- Ninguna
- Básico
- Intermedio
- Experto

• ¿Con que frecuencia juega video-juegos (ordenador, consolas,...)? (escoja una respuesta)

- Nunca
- Ocasionalmente (una o dos veces al mes)
- Con frecuencia, pero menos del 50% de los días
- El 50% de los días o más

• Nivel de estudios:

- Ninguno
- Básicos (EGB, Primaria, Secundaria)
- Medios (BUP, FP, Bachillerato)
- Superiores (Diplomatura, Licenciatura, Posgrado)

• ¿Cómo valoraría su conocimiento sobre cómo se ruedan las películas? (escoja una respuesta)

- Ninguna
- Básico
- Intermedio
- Experto

• ¿Alguna vez, con anterioridad a esta ocasión, había utilizado un sistema de realidad virtual?

- SI NO

• ¿Cómo valoraría su conocimiento sobre la Realidad Virtual (por ejemplo, cómo funciona)? (escoja una respuesta)

- Ninguna
- Básico
- Intermedio
- Experto

PARTE A

Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes preguntas, señalando con un círculo el número que mejor refleje su grado de acuerdo:

- 1= En total desacuerdo
 - 2= En desacuerdo
 - 3= Neutro (ni de acuerdo ni en desacuerdo)
 - 4= De acuerdo
 - 5= Totalmente de acuerdo
-

DESPUES DE MI EXPERIENCIA CON EL ENTORNO MOSTRA

1. Me siento triste porque la experiencia ha acabado	1	2	3	4	5
2. Me siento desorientado/a	1	2	3	4	5
3. Me siento como si hubiera vuelto de un viaje	1	2	3	4	5
4. Me hubiera gustado que la experiencia hubiera continuado	1	2	3	4	5
5. Recuerdo con mucha viveza algunas partes de la experiencia	1	2	3	4	5
6. Recomendaría esta experiencia a mis amigos	1	2	3	4	5

PARTE B

Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes preguntas, señalando con un círculo el número que mejor refleje tu grado de acuerdo:

- 1= En total desacuerdo
- 2= En desacuerdo
- 3= Neutro (ni de acuerdo ni en desacuerdo)
- 4= De acuerdo
- 5= Totalmente de acuerdo

DURANTE MI EXPERIENCIA CON EL ENTORNO MOSTRA

1 Sentí como el ambiente me absorbía	1	2	3	4	5
2. Me sentí involucrado (dentro del entorno)	1	2	3	4	5

3. Perdí el sentido del tiempo	1	2	3	4	5
4. Sentí que podía interactuar con el entorno	1	2	3	4	5
5. El entorno me pareció como si fuera real	1	2	3	4	5
6. Me sentí como si el contenido del entorno tuviera vida	1	2	3	4	5
7. Sentí que los personajes / objetos casi podían tocarme	1	2	3	4	5
8. Me divertí mucho	1	2	3	4	5
9. Sentí que estaba visitando los lugares del entorno	1	2	3	4	5
10. Me sentí cansado/a	1	2	3	4	5
11. El contenido del entorno me pareció muy creíble	1	2	3	4	5
12. Sentí que no estaba <i>simplemente</i> viendo algo	1	2	3	4	5
13. Tuve la sensación de que respondía a los elementos del entorno	1	2	3	4	5
14. Me sentí mareado / a	1	2	3	4	5
15. Sentí que el entorno era parte del mundo real	1	2	3	4	5
16. Mi experiencia fue intensa	1	2	3	4	5
17. Presté más atención al entorno, que a mis propios pensamientos	1	2	3	4	5
18. He tenido la sensación de estar dentro de las escenas	1	2	3	4	5
19. Tuve la sensación de que podía mover objetos dentro del entorno	1	2	3	4	5
20. Sentí que las escenas representadas podrían ocurrir en el mundo real	1	2	3	4	5
21. Tenía la vista cansada	1	2	3	4	5
22. Casi podía percibir diferentes olores del entorno	1	2	3	4	5
23. Tuve la sensación de que los personajes eran conscientes de mi presencia	1	2	3	4	5
24. Tuve una fuerte sensación de que los sonidos provenían de diferentes lugares del entorno	1	2	3	4	5
25. Sentí que el entorno me rodeaba	1	2	3	4	5
26. Sentí náuseas	1	2	3	4	5

27. Tuve la fuerte sensación de que los personajes y objetos eran sólidos	1	2	3	4	5
28. Sentí que podía alcanzar y tocar los objetos	1	2	3	4	5
29. Sentí que la temperatura cambiaba de acuerdo con las escenas	1	2	3	4	5
30. Respondí emocionalmente al mundo virtual	1	2	3	4	5
31. Sentí que todos mis sentidos eran estimulados al mismo tiempo	1	2	3	4	5
32. El contenido hacía referencia a mí	1	2	3	4	5
33. Me sentí capaz de cambiar el curso de los acontecimientos	1	2	3	4	5
34. Sentí como si estuviera en el mismo lugar que los personajes y/o objetos	1	2	3	4	5
35. Tuve la sensación de que los elementos del entorno (por ejemplo, los personajes o los objetos) me respondían	1	2	3	4	5
36. Me pareció realista la forma de mover objetos	1	2	3	4	5
37. Me dolía la cabeza	1	2	3	4	5
38. Sentí como si participara en el	1	2	3	4	5

Si hay alguna cosa más que le gustaría añadir, por favor escríbala a continuación:

Anexo 9: Manual de Psicoeducación para el Tratamiento de la Ansiedad Social



DESARROLLADO POR
LABPSITEC Y LABORATOIRE DE CYBERPSYCHOLOGIE (2016)

Contenido

Introducción	65
¿Quién puede beneficiar de este manual?	65
¿Cuáles son los objetivos del manual?	65
¿En qué orientación psicológica está basado el manual de psicoeducación?	65
Conceptos importantes.....	66
Miedo, ansiedad y fobias.....	66
Manifestaciones del miedo y/o de la ansiedad.....	68
La ansiedad social.....	68
Factores que influyen la aparición de la ansiedad social	69
Tratamiento de los síntomas de la ansiedad social.....	72
¿Qué puedo hacer para vencer la ansiedad social?	72
Tratamiento cognitivo de los síntomas de la ansiedad social	73
¿Cómo puedo cambiar los pensamientos negativos?	73
Importancia del pensamiento.....	73
Los pensamientos automáticos	74
¿Cómo identificar los errores de pensamiento más comunes en la ansiedad social?	75
¿Cómo cambiar los errores de pensamiento?	76
Tratamiento comportamental de los síntomas de la ansiedad social	78
Consecuencias de la evitación	78
La exposición	79
Las fases para llevar a cabo la exposición.....	79
Otra forma de evitación.....	80
Las conductas de seguridad	82
Manejo de la ansiedad.....	84
Conclusión	¡Error! Marcador no definido.

Introducción

¿Quién puede beneficiar de este manual?

El manual está diseñado para adultos con trastorno de ansiedad social. Este manual también puede ser útil para las personas que padecen de una forma leve de ansiedad social (es decir, que no cumplen necesariamente los criterios diagnósticos de ese trastorno) que interfiere con el funcionamiento personal y social.

¿Cuáles son los objetivos del manual?

El objetivo de este manual es que puedas comenzar el tratamiento de tus síntomas de ansiedad. Este manual presenta dos módulos importantes para el tratamiento de la ansiedad social.

¿En qué orientación psicológica está basado el manual de psicoeducación?

Este manual de psicoeducación se basa sobre una terapia reconocida en el mundo científico por su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad: la terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual está enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta. Esta terapia, generalmente breve y estructurada, tiene como objetivo el desarrollar nuevas habilidades que permitan alcanzar la autonomía frente a sus propias dificultades. Otra de sus características, es que se centra principalmente en el presente (en lugar de mirar los problemas del pasado); este tipo de tratamiento se basa en la forma de resolver el problema actual.

Conceptos importantes

En este manual veremos qué son el miedo, la ansiedad y las fobias y cómo se manifiestan. El objetivo que perseguimos es que aprendas a conocer mejor todos estos aspectos, esto te ayudará a afrontar tu problema.

Miedo, ansiedad y fobias

El miedo es una emoción básica que tiene importancia para, prácticamente, todas las acciones que realiza el ser humano. Se trata de un primitivo **sistema de alarma** que se dispara ante la presencia de un peligro. Tiene un gran valor para la supervivencia y resulta muy útil, ya que cumple una serie de funciones fundamentales (Marks, 1987):

- a) Señala la presencia de un peligro
- b) Activa los sistemas de alerta y la energía necesaria para hacerle frente.
- c) Promueve la precaución y la prudencia.

Para hablar de miedo es preciso que exista un **objeto o situación identificables** ante los que reaccionamos con miedo, por ejemplo, un león, un terremoto, una serpiente, la muerte etc.,. Sin duda, en estos casos, está muy claro dónde se sitúa el foco del temor.

Ahora bien, para que resulte adaptativo es necesario que se produzca una **cantidad adecuada** de miedo. Si tenemos poco miedo podemos actuar con descuido (Pilar se lanza como loca por una pista de esquí desconocida, sin tener en cuenta el peligro); si tenemos demasiado miedo podemos reaccionar de forma muy poco eficaz (Ángel ve un toro en el campo y se pone a gritar aterrorizado, sale corriendo, también como un loco, sin darse cuenta de que hay un precipicio).

El miedo se manifiesta de diversas formas. Ángel ante el toro experimenta una serie de sensaciones corporales (taquicardia, sudor, temblor...). Por su cabeza pasan rápidamente una serie de pensamientos (voy a morir) y actúa de alguna forma (como hemos visto, sale corriendo sin más; aunque también hubiera podido quedarse petrificado).

Resulta fácil explicar en qué consiste el miedo, sin embargo, es más difícil precisar qué es la ansiedad, ya que ésta es un fenómeno más subjetivo, más complejo, no es una reacción tan automática.

La ansiedad es una reacción emocional en la que pueden estar implicados sentimientos de: excitación, alarma, cólera, tensión, enfado, nerviosismo, preocupación, junto con un componente fundamental de miedo. Al igual que en el miedo, forma parte de la ansiedad el aspecto motor o del comportamiento (esto es, la persona puede manifestar una inquietud motora) y también pueden producirse distintas sensaciones fisiológicas (como sudoración taquicardia, temblor: Barlow, 1988).

Por lo tanto, la ansiedad tiene puntos de contacto con el miedo. Ahora bien, también es distinta del miedo. En ambos casos, las manifestaciones que se producen (pensamientos, conductas y respuestas fisiológicas) son bastante similares.

El miedo resulta:

1. más específico,
2. más automático (más puramente biológico),

3. se produce en respuesta a algo concreto (riesgo inmediato),
4. esta centrado en el presente.

La ansiedad es:

1. más subjetiva,
2. se produce ante un peligro más difícil de delimitar,
3. puede producirse fuera de un riesgo inmediato y real,
4. está orientada hacia el futuro y hacia la posibilidad de control y predicción de los acontecimientos (Sandín, 1997).

En definitiva, la ansiedad sería una respuesta más compleja ante una situación, acontecimiento o contexto también más complejo.

En cuanto a **las fobias**, básicamente, son el resultado de una ansiedad que no fue bien controlada. Las fobias se instalan cuando la percepción de amenaza es alta y cuando hay evitación del objeto de miedo. Decimos que la percepción de amenaza es alta cuando el miedo es desproporcionado, irracional y no adecuado, ya que objetivamente no hay razones suficientes que justifiquen la reacción de miedo. Por ejemplo, una persona con fobia a las alturas puede sentir terror de estar en el primer peldaño de una escalera. Se pueden reconocer las fobias por las siguientes características (Marks, 1987);

Las fobias son:

1. respuestas muy intensas de miedo que resultan desproporcionadas en relación a la situación,
2. irracionales, esto es, no desaparecen, a pesar de las explicaciones y/o razonamientos correctos (la persona, admite que son irracionales),
3. no están bajo control voluntario. Los intentos que lleva a cabo la persona para vencer el miedo suelen tener poco éxito ("No puedo hacer nada"),
4. hacen que la persona evite la situación temida.

Si la situación o el objeto fóbicos son muy específicos el hecho de evitarlos puede no interferir o perturbar excesivamente en la vida de una persona. Sin embargo, en muchas ocasiones, la fobia **impide llevar una vida normal** y hace que **la persona esté limitada de modo muy importante**, su trabajo, su vida de ocio o sus relaciones sociales pueden verse muy seriamente perjudicadas. **Es importante comprender que es una fobia porque trataremos en las páginas siguientes el tema de la ansiedad social (anteriormente llamada fobia social según el DSM-IV).**

Manifestaciones del miedo y/o de la ansiedad

Las manifestaciones del miedo y de la ansiedad son similares. Pueden tener un aspecto físico, cognitivo (pensamiento) y motor (comportamiento).

Ahora con más detalle:

- **Aspecto físico:** Son las sensaciones corporales, los cambios físicos que se producen cuando experimentamos miedo o ansiedad. Muchos de estos cambios también se dan cuando se realiza ejercicio físico, en momentos de excitación, o de activación sexual, etc. Como ejemplos, tenemos los siguientes: palpitaciones, sudoración, sequedad de boca, temblores, hormigueo, falta de aire, opresión en el pecho, sensación de mareo, náuseas, molestias en el estómago...

Todos estos síntomas sólo son reacciones del cuerpo y no son peligrosas. Algunas personas experimentan estas sensaciones más frecuentemente, o de modo más intenso, que otras, pero, de nuevo, es fundamental recordar que el miedo y la ansiedad implican reacciones corporales normales.

- **Aspecto cognitivo:** Hace referencia a nuestros pensamientos, lo que esperamos que suceda, lo que creemos. Son todas las cosas que se nos pasan por la cabeza cuando experimentamos miedo o ansiedad. Por ejemplo, "Me vaya ahogar", "Mi corazón va a estallar", "No voy a saber qué decir", "Voy a hacer el ridículo", "Mi hijo va a tener un accidente"...
- **Aspecto motor o del comportamiento:** El miedo o la ansiedad tienen una parte de acción, esto es, las conductas que realizamos, o las conductas que no realizamos. Podemos correr, pedir ayuda, tomar alguna medicación, quedamos paralizados, quedamos sin habla, protegemos en la situación de alguna manera (p.ej. apoyar la mano sobre la mesa para que no tiemble) o evitar el objeto o la situación que tememos (p.ej. no ir a una casa si sabemos que hay un perro; dejar de acudir a una cita).

La ansiedad social

Las personas especializadas en la ansiedad social afirman que lo más característico de este problema es un miedo intenso ante situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas.

Generalmente, cuando una persona con ansiedad social se encuentra en las situaciones sociales temidas, experimenta una gran preocupación y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, ridículo, "loco" o estúpido, es decir, teme la evaluación negativa de los demás. La persona cree que van a juzgarle negativamente porque se darán cuenta de que está nervioso (le tiemblan las manos, la voz, se pone rojo) o porque dirá o hará algo mal. Por ejemplo, Ana puede tener miedo a hablar en público porque cree que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos están temblando, o porque, en algún momento, le invadirá una gran ansiedad y no podrá articular ninguna palabra, su mente se quedará en blanco y, obviamente, las personas presentes pensarán que es débil o tonta.

Las personas con ansiedad social suelen experimentar sensaciones corporales en las situaciones sociales temidas. Por ejemplo, palpitaciones, temblores, sudación, molestias gastrointestinales, tensión muscular, enrojecimiento, confusión,...

Las situaciones temidas pueden incluir: hablar, comer o escribir en público, asistir a

reuniones o fiestas, relacionarse con personas que le atraen sexualmente, pedir información, hablar por teléfono, realizar exámenes orales, defender sus derechos, hablar con personas de autoridad, mantener una conversación con personas poco conocidas, o simplemente, entrar en un lugar en el que haya gente, o incluso, ir caminando por la calle.

Normalmente, la persona con ansiedad social **evitará las situaciones temidas**, es decir, no se enfrentará a aquello que teme. A veces, aunque se enfrente a esas situaciones, lo hará con mucho esfuerzo y experimentando una intensa ansiedad, en forma de sensaciones corporales y pensamientos negativos e intentando protegerse de algún modo u otro (no hablará, apartará la mirada si cree que alguien le va a preguntar algo, apoyará las manos en algún lugar por si tiemblan...).

También puede aparecer **ansiedad anticipatoria**, es decir, que mucho antes de que la persona deba enfrentarse a una situación social temida, tendrá sensaciones corporales y pensamientos perturbadores. Por ejemplo, si una persona tiene que ir a una fiesta, una semana antes puede comenzar a sentirse ansiosa y anticipar las cosas horribles que le van a ocurrir (p.ej. Que los demás hablen mal de ella, que no sepa comportarse adecuadamente o la rechacen).

Conviene distinguir la ansiedad social de otras formas de ansiedad social que no constituyen problemas psicológicos. Una de ellas es la timidez. La timidez suele aparecer en la adolescencia (o incluso en la niñez) cuando la persona empieza a pensar en cómo la ven los demás. La timidez incluye sentimientos de inseguridad ante situaciones de interacción social, que pueden llevar a la persona a evitar o a sentirse incómodo en dichas situaciones. Sin embargo, para la mayoría de las personas, este tipo de ansiedad social va disminuyendo con la edad.

Por otra parte, existen situaciones sociales que suelen causar ciertas ansiedades a la mayoría de las personas, por ejemplo hablar en público, asistir a una reunión social con desconocidos, o acudir a una entrevista de trabajo. Esta ansiedad es normal y no constituye un problema, en la medida en que la persona no anticipe la evaluación negativa de los demás, ni le lleve a evitar estas situaciones.

Se estima que entre un 3% y un 13% de la población padece de ansiedad social, aunque el porcentaje de personas que buscan ayuda es muy inferior. El hecho de admitir que se tiene un problema como éste y tomar la decisión de buscar ayuda especializada demuestra gran valentía. Le felicitamos por ello.

Factores que influyen en la aparición de la ansiedad social

Es muy común que la ansiedad social aparezca de una manera lenta y progresiva. Puede empezar en la infancia o la adolescencia, a veces, por problemas de inseguridad y timidez ante los demás que no se han superado con la edad.

Las causas de la ansiedad social todavía no están claramente establecidas. Además, no se puede hablar de un solo acontecimiento o aspecto que explique el surgimiento de la ansiedad social, sino más bien de un conjunto de factores que pueden dar lugar a que aparezca y se consolide este trastorno.

Por una parte, en algunos casos, la ansiedad social puede aparecer de forma brusca, tras vivir **una situación social como amenazante o muy desagradable**. Por ejemplo, imaginemos una persona que intenta iniciar una conversación con un grupo de conocidos en una fiesta y alguien le dice algo impertinente o se ríe de lo que está diciendo. En ese momento, empieza a sentir temblor, sudoración, molestias en el estómago y tiene la sensación de que ha hecho el ridículo o ha sido rechazado por los demás. Esta reacción social concreta (o incluso también aparecer en otras situaciones sociales) por miedo a que los demás noten las sensaciones corporales que está sintiendo (enrojecimiento, temblor, sudoración, etc.) o por temor a comportarse de forma ridícula o tonta ante los demás. Así,

se produce una asociación entre el miedo o la ansiedad y ciertas situaciones sociales de modo totalmente automático (es decir, que se da tanto si la persona quiere, como si no) porque ha aprendido a etiquetar esas situaciones como peligrosas.

Por otra parte, hay que tener en cuenta la **vulnerabilidad biológica**, esto es, una tendencia a reaccionar excesivamente ante el estrés o ante acontecimientos vitales negativos. Esta tendencia depende de nuestros genes y nuestros sistemas nerviosos. Por otra parte, también tiene una gran importancia la vulnerabilidad psicológica. Con esto hacemos referencia a una serie de aspectos aprendidos por el ser humano a lo largo de su vida. Cada uno de nosotros tenemos distintos modos de reaccionar y de afrontar las situaciones, dependiendo de una serie de factores de personalidad, de la educación que hemos recibido (el sistema de crianza) y de las experiencias que hemos vivido.

Todo este conjunto de factores da lugar a que se establezcan una serie de **creencias básicas o supuestos previos** a través de los cuales (como a través de unas gafas de colores) la persona ve e interpreta el mundo que le rodea. Por ejemplo, la persona puede pensar, “Todo el mundo me debería querer”. O en el caso de la ansiedad social, “Siempre tengo que tener algo interesante que decir”, “Nunca se deberían mostrar signos de ansiedad”, “Si me ven callado pensarán que soy tonto”. Los supuestos previos que suelen estar presentes en una persona ansiosa social son los siguientes:

El ansioso social:

- Piensa que las personas que le rodean son inherentemente críticas,
- Da una importancia fundamental al hecho de ser valorado positivamente

Cuando el ansioso social se enfrente a una situación social se encienden todas las señales de alarma en su cerebro, ya que para él esto constituye un gran peligro, una gran amenaza que, inmediatamente desencadena ansiedad. No es de extrañar, ya que en su cabeza se ha formado una representación acerca de:

- Cómo se ve a sí mismo (mal)
- Cómo cree que lo ven los demás (mal)
- Qué criterio piensa que van a utilizar los demás para juzgarle (alto)
- La probabilidad que él tiene de alcanzar ese criterio (baja)
- Las consecuencias terribles que se producirán si no alcanza el criterio (horribles)

Ante esta trampa sin salida, el ansioso social se pondrá muy alerta y centrará toda su atención en lo que vaya a ocurrir (es algo muy importante para él). Lógicamente, lo que ocurra será pensamientos que impliquen minusvaloración (no valgo nada, soy un desastre), una gran cantidad de sensaciones corporales (sudoración, temblor, enrojecimiento...) y si puede abandonará la situación o intentará protegerse como pueda por medio de alguna conducta de seguridad (p.ej., apoyar la mano en la mesa para que no se note el temblor, llevar ropa ancha o gruesa que impida ver si sudo). Cada vez, se producirá más ansiedad y el fóbico social todavía focalizará su atención más en él mismo, percibirá su ejecución como inadecuada (o, incluso, es posible que ésta realmente lo sea).

No nos puede extrañar por tanto que, siempre que pueda, el ansioso social intente evitar y apartarse de situaciones que le provocan tanto sufrimiento o, en el caso de que no pueda evitarlas, al menos que intente protegerse con una serie de conductas de seguridad. Además, aunque finalice la interacción social, todavía seguirá estando presente una experiencia negativa de la situación, ya que lo común es que el ansioso social continúe “rumiando” acerca de lo mal que lo ha hecho y acerca de lo que los demás habrán pensado de él y en las implicaciones que todo ello puede tener: “Lo he hecho fatal, soy un desastre, no les gusto nada, pensarán que soy tonto, no valgo nada, nadie querrá estar conmigo,

estaré siempre sólo, etc.,”

Toda esta secuencia de acontecimientos le confirmará en sus supuestos previos y se creará un círculo vicioso que seguirá continuamente perturbándole más y más (ver Figura 1).

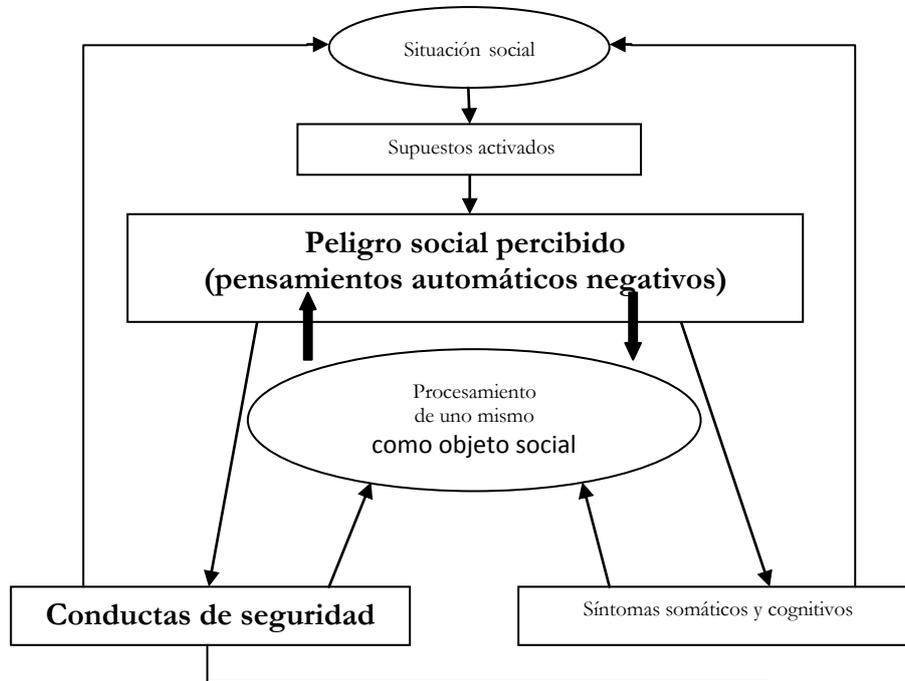


Figura 1. Modelo de ansiedad social.

Una vez el problema se ha establecido, la persona anticipa: que los demás van a notar las sensaciones corporales que va a experimentar (notarán que me pongo rojo) o que valorarán su ejecución como inadecuada y le juzgarán negativamente. Por lo tanto, como ya hemos dicho, empieza a evitar esas situaciones que le causan miedo y preocupación. Esto, realmente, no hace más que reforzar el miedo y no contribuye a que la ansiedad social se mantenga, ser-a los pensamientos y las creencias que la persona tiene respecto a las situaciones sociales (“Se van a reír de mí”, “No sabré de qué hablar”).

En resumen, una parte importante de los factores implicados en la aparición de la ansiedad social es el modo en que la persona ha aprendido a comportarse en las situaciones sociales. En estas situaciones el ansioso social responde con respuestas aprendidas: sus miedos, ansiedades, anticipaciones de peligro, valoraciones inadecuadas acerca de sí mismo, etc. Todo ello se convierte en una forma de comportamiento muy desadaptativo, desagradable y perturbador. Sin embargo, el hecho de que **ese miedo y ansiedad** que se produce en las situaciones sociales “sea aprendido” implica que también puede “desaprenderse” y sustituirse por otro tipo de respuestas que resultan mucho más adecuadas, **como calma, confianza y coraje**.

Tratamiento de los síntomas de la ansiedad social

¿Qué puedo hacer para vencer la ansiedad social?

Como acabamos de ver, la ansiedad social se mantiene por:

1. Las **conductas de seguridad** o la **evitación** de las situaciones sociales.
2. Los **pensamientos y creencias** que tenemos acerca de lo que va a pasar en esas situaciones si nos enfrentamos a ellas. Aquí tenemos que recordar:
 - a. La impresión o la imagen que nos creamos de nosotros mismos en esas situaciones (cómo me veo).
 - b. La imagen que creemos que tienen los demás de nosotros.
 - c. El criterio que creemos que utilizarán los demás para juzgarnos.
 - d. La probabilidad que tenemos de alcanzar el criterio.
 - e. Las consecuencias de no alcanzar el criterio.

Lógicamente, la forma de vencer la ansiedad será, justamente, atacar los distintos elementos que la mantienen.

Por una parte, aprenderás a **cambiar los pensamientos negativos** que tienes en esas situaciones, mediante técnicas de reestructuración de pensamientos. Verás cómo es posible realizar una valoración objetiva de ti misma y de la propia ejecución en las situaciones sociales.

Por otra, aprenderás a **afrentar, progresivamente**, las distintas situaciones sociales que de momento temes. Comprobarás lo útil que puede resultar **la técnica de exposición** y el perjuicio que acarrea la evitación y la puesta en marcha de las conductas de seguridad.

A grandes rasgos, en esto va consistir las páginas siguientes.

Tratamiento cognitivo de los síntomas de la ansiedad social

¿Cómo puedo cambiar los pensamientos negativos?

Importancia del pensamiento

Recordemos que los tres modos que tiene de manifestarse el miedo o la ansiedad (físico, cognitivo y comportamental), están muy relacionados entre sí. Fijémonos en el siguiente ejemplo:

Imaginemos que está en su casa tumbado en la cama. De repente, oye un ruido de cristales rotos (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979):

a) Piensas: "Ha entrado un ladrón por la ventana"

¿Qué sensaciones corporales experimentaría?

¿Qué haría?

b) Por el contrario piensas: "El viento- ha roto-el cristal"

¿Qué sensaciones corporales experimentaría?

¿Qué haría?

Analizamos las dos situaciones.

¿Qué diferencias hay entre ellas?

¿Qué conclusión podemos sacar?

Posiblemente hayas llegado a la siguiente conclusión: las sensaciones corporales que experimentamos y el modo en que nos comportamos son diferentes dependiendo del modo en que interpretamos una situación.

1. Si nuestra interpretación de un ruido es que "es un ladrón" quizás experimentemos una respuesta de miedo con todas sus consecuencias corporales y comportamentales.
2. Si, por el contrario, interpretamos que "el ruido lo produce el viento", seguramente, reaccionaremos de otro modo.

Lo que pretendemos con este ejemplo es poner de relieve el papel tan importante que tienen los pensamientos. Recuerde: la interpretación que hacemos de una situación puede hacer que se produzca una respuesta de miedo o de ansiedad o que ésta no se produzca.

Los pensamientos automáticos

Al leer el título de este apartado tú te preguntarás: “¿Qué es esto de los pensamientos automáticos?” pues bien, los pensamientos automáticos son interpretaciones que hacemos de las situaciones que ocurren en nuestras vidas. Algunas de esas interpretaciones pueden ser erróneas y negativas y producirnos sentimientos desagradables, como ansiedad, tristeza, desesperación, etc. Por tanto, tendremos que aprender a descubrir esos pensamientos para poder cambiarlos por otros más adaptativos.

El primer paso para vencer a un enemigo es conocerlo bien, y eso es lo que nos proponemos a continuación. Vamos a darte algunas pistas que te ayudarán a detectar estos pensamientos.

- **Son automáticos:** esto quiere decir que acuden a tu mente de una forma muy rápida, como de improviso, dando la impresión de que no podemos controlarlos voluntariamente.
- Comienzan a menudo con “debería o debo”, “tendría o tengo que”.
- Incluyen términos absolutos como: “nunca”, “siempre”, “todo”, “nadie”, “todo el mundo”.
- Están poco fundamentados, es decir, tienen **escasas pruebas a su favor**.
- Suelen **predecir catástrofes**, suponen lo peor.

Existen errores de pensamientos que son comunes en las personas que padecen ansiedad social. A continuación, vamos a presentarte algunos ejemplos. Conocer estos errores te ayudará a identificar más fácilmente los pensamientos negativos en las situaciones sociales.

1. **Catastrofizar y adivinar el futuro:** se trata de anticipar siempre las desgracias, creer que va a pasar algo horrible en las situaciones sociales. Rosa está convencida de que “Si hablo en público, voy a tartamudear”, o que los demás la van a juzgar de forma negativa: “Dirán que soy tonta”.
2. **Atender sólo a los aspectos negativos de una situación y no tomar en cuenta los positivos:** Pedro olvida que, de hecho, está hablando con la persona que tiene al lado y piensa solamente: “Me tiembla la voz”, “Estoy poniéndome rojo”.
3. **Personalizar:** creer que la causa de lo negativo es uno mismo. En una situación social se produce un silencio y María piensa que ella es la única responsable de que decaiga la conversación.
4. **Pensar en términos de blanco o negro, de todo o nada:** Rafa no llega a ver que raramente es así y que en todas las cosas hay grises: “O lo hago todo bien o no sirvo para nada”.
5. **Los “debería”:** utilizar los términos absolutos que impiden pensar de un modo alternativo. Alfredo cree firmemente que: “Debería decir algo en los primeros momentos”, “Siempre se me debería ocurrir algo interesante que decir”.



¿Cómo identificar los errores de pensamiento más comunes en la ansiedad social?

Para identificar tus pensamientos automáticos puedes seguir los siguientes pasos:

1. **Observa las situaciones en que te sientes deprimida, ansiosa, avergonzada, etc.**
2. **Fíjate en los pensamientos que tienes en esos momentos.**
3. **Identifica pensamientos que tengan las características que ya hemos comentado.**

Al principio es difícil, pero ¡no te desanimes!, una vez que te acostumbres a buscar esos pensamientos, comenzarás a encontrarlos rápidamente.

Intenta pensar en una situación reciente que te haya causado tristeza, miedo, ansiedad o malestar emocional, e identifica qué pensamiento automático está en la base. Escríbelo a continuación:

Situación:

¿Qué emoción experimentaste?

¿Qué pensaste?

¿Cómo cambiar los errores de pensamiento?

Una vez que identificamos los errores de los pensamientos automáticos el siguiente paso es retar esos pensamientos. Esto quiere decir que no nos vamos a fiar, vamos a dudar de ellos, los pondremos a prueba, veremos si éste es el único modo de ver las cosas.

Para ponerlos a prueba puedes seguir los siguientes pasos:

- a) *Identifica* lo más objetivamente posible *el pensamiento* y valora en qué medida lo crees de 0 a 10.
- b) Lleva a cabo una **discusión cognitiva** siguiendo los siguientes pasos:
 1. Analiza las *evidencias o pruebas a favor y en contra* de que se cumpla o sea cierto el pensamiento automático.
 2. Piensa en la *probabilidad real* de que ocurra o sea cierto lo que el pensamiento automático dice.
 3. Piensa posibles *pensamientos alternativos* más realistas.
 4. *Desdramatiza*. Piensa si las consecuencias que predice el pensamiento automático realmente son tan catastróficas.
 5. Pregúntate *para qué te sirve* el pensamiento automático, qué ventajas tiene.
- c) Vuelve a valorar en qué medida crees en el pensamiento.

Con el ejemplo que exponemos a continuación entenderás mejor el modo de aplicar cada uno de estos pasos para poner a prueba los pensamientos automáticos:

Carolina se encuentra en una cafetería con un grupo de diez personas. Algunas son amigas y otras, simplemente, personas conocidas. Están hablando de un tema que interesa a todos, la búsqueda de empleo. Carolina está escuchando. Le gusta hablar, pero no se atreve, se siente incómoda, tiene calor y nota algunas molestias en el estómago. De pronto una amiga suya dice al resto del grupo: “Pues, precisamente, Carolina puede decirnos mucho sobre cómo se hace un currículum vitae, porque ha hecho un cursillo hace poco”. Todos miran a Carolina, esperando que hable. Al sentirse el centro de atención, empieza a sentirse peor, se pone roja, el corazón le palpita y siente mucho calor. Empieza a hablar tímidamente y, al mismo tiempo, le acuden a la cabeza los siguientes pensamientos: “Estoy como un tomate”, “Estoy diciendo tonterías”, “No me van a entender”. Los demás la escuchan y le preguntan algunas cosas. Al finalizar Carolina se siente mal y piensa: “Soy una estúpida”, “¿Qué pensarán de mí?”. En cuanto puede, pone una excusa y se va a casa.

Tomemos, como ejemplo, uno de los pensamientos de Carolina: “Estoy diciendo tonterías”. Ese pensamiento le produce malestar a Carolina. ¿Qué tiene que hacer Carolina en este momento?: poner en duda este pensamiento y discutirlo siguiendo los pasos que hemos aprendido.

Carolina comenzará valorando el grado de creencia en el pensamiento. Después seguirá con la discusión cognitiva.

1. Evidencias a favor y en contra.

¿Qué pruebas tengo a favor de que esté diciendo tonterías?	¿Y en contra?
<ul style="list-style-type: none"> - Estoy muy nerviosa y no puedo concentrarme en lo que digo. - Estoy más centrada en cómo estoy que en lo que tengo que decir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los demás me escuchan. - Me preguntan al hilo de lo que voy diciendo, lo cual demuestra interés. - Estoy diciendo algunas de las cosas que aprendí en el cursillo, no me estoy inventando nada. - Nadie me ha dicho que digo tonterías cuando hablo.

2. Entonces, ¿qué probabilidad existe de que yo esté diciendo tonterías? En realidad, no es muy alta porque, básicamente, estoy diciendo lo que he aprendido en un cursillo y los demás muestran interés.
3. ¿Qué otras interpretaciones o pensamientos más realistas de la situación podría hacer? En vez de pensar eso, podría ser que quizás esté algo nerviosa y ello me impida decir todo lo que me gustaría decir, pero estoy informando a los demás sobre un tema que desconocen.
4. Además, aunque se confirmara que digo tonterías, ¿son tan graves las consecuencias de decir tonterías? En realidad no. No pasa nada porque una persona diga alguna tontería, si es su opinión la que está dando. Todos somos libres de decir lo que pensamos. Incluso, a veces, está muy bien decir tonterías y hacer reír a los demás.
5. Por último, ¿para qué me sirve tener ese pensamiento? Para nada, lo único que consigo es ponerme ansiosa cuando las consecuencias del hecho en sí no son tan horribles. Sólo consigo pasar un mal rato y abandonar una situación que podría ser agradable para mí.
6. Finalmente, volvería a valorar el pensamiento y con eso terminaría el proceso. Es importante subrayar que los pensamientos alternativos que ha generado Carolina podrían hacer que:
 - No se desencadenara una respuesta desagradable de ansiedad.
 - Carolina no abandonara la situación y estuviera más dispuesta a afrontar una situación similar en el futuro.

A partir de este momento, te pedimos que comiences a poner en duda tus interpretaciones irracionales, para, de esta manera, aprender a controlar tu ansiedad.

Tratamiento comportamental de los síntomas de la ansiedad social

Si recuerda el modelo de la ansiedad social que presentamos en el segundo módulo de este manual, otro elemento que contribuye al mantenimiento de la ansiedad social es la **evitación**, es decir, no enfrentarse a las situaciones temidas. La forma más clara de evitación es **no ir a la situación, no afrontarla**. Por ejemplo, rechazar cualquier actividad que suponga hablar o comer en público, no iniciar conversaciones con personas desconocidas, no acudir a una reunión de vecinos, etc. Otra forma de evitar es enfrenarse a las situaciones temidas, pero con conductas que piensas que te pueden proteger de lo que temes (**conductas de seguridad**). Por ejemplo, no quitarse la chaqueta para evitar que te vean sudar, tener siempre algo en la mano y apretarlo fuerte para evitar que te tiemblen las manos y los demás lo noten, no mirar a los demás para evitar verlos aburridos, etc. En este apartado veremos una serie de aspectos que tienen una importancia fundamental en el tratamiento de las fobias; en concreto, vamos a aprender a enfrentarnos a las situaciones temidas mediante una técnica llamada “exposición”.

Consecuencias de la evitación

Hasta ahora, has evitado las situaciones que temes por el alivio que dicha evitación te producía (disminución de los síntomas de ansiedad, desaparición de los pensamientos acerca de hacer el ridículo, etc.). No obstante, este “alivio” presenta varios problemas:

- El alivio es momentáneo, de corta duración.
- Cada vez que se evita algo, resulta más difícil hacerle frente la próxima vez.
- Poco a poco, se llega a desear evitar cada vez más cosas.
- Impide realizar actividades que se desean hacer.
- Uno acaba por utilizar la evitación como un arma para afrontar su problema y, en último término, por perder la confianza en sí mismo.
- Reduce las probabilidades de superar el problema.

Si hacemos un balance entre las consecuencias positivas y negativas de evitar las situaciones sociales, observamos que, si bien a corto plazo evitar supone un alivio, a largo plazo nos origina problemas importantes. Por ello, uno de los módulos principales tratados en este manual consiste en afrontar las situaciones temidas. Esto lo conseguiremos mediante una técnica llamada “exposición”.

La exposición

La exposición es una técnica de tratamiento cuyo objetivo es aprender a afrontar las situaciones que se temen.

En principio, sólo la idea de enfrentarte a lo que temes te puede parecer horrible y puedes sentirte incapaz para hacerlo. Sin embargo, no se trata de enfrentarte a todas las situaciones que temes a la vez, sino que cada situación se practica por etapas, paso a paso, haciendo primero las cosas fáciles para ir pasando, gradualmente, a las más difíciles.

Por otra parte, es posible experimentar miedo cuando te enfrentes a las situaciones temidas. Sin embargo, después de algún tiempo el miedo disminuirá y llegará a desaparecer. La exposición te ayudará a superar tu problema poco a poco.

Otro aspecto importante de exposición es practicarla de forma regular, si es posible a diario, ya que con ello conseguirás adquirir el hábito de enfrentarte a las situaciones que hasta ahora has estado evitando.

Al realizar las tareas de exposición puedes utilizar las técnicas que has aprendido hasta ahora, es decir, las estrategias cognitivas. Esto te ayudará a que la exposición tenga éxito.

Por último, es muy importante tu implicación e interés en la realización de la exposición, ya que requiere dedicarle tiempo y esfuerzo para conseguir buenos resultados.

Las fases para llevar a cabo la exposición

Fase 1:

El primer paso del tratamiento de exposición es realizar una lista de las situaciones concretas que evitas; elige las que sean más importantes para ti y gradúalas en función de la dificultad que te suponga el enfrentarte a ellas.

Fase 2:

En esta fase comentaremos cómo se lleva a cabo una tarea de exposición.

A. Preparación:

Seleccionar la jerarquía de exposición según los niveles de dificultad. Recuerda que debes empezar por situaciones que te produzcan niveles de ansiedad moderados (5 USAs).

B. Diseño:

- 1. Concretar el contenido de la exposición.*** Especifica los aspectos de la situación a la que te vas a enfrentar, teniendo en cuenta el entorno físico, las personas que estarán presentes, la duración aproximada, etc.
- 2. Establece el objetivo apropiado.*** Procura que sea realista; especificalo comportamentalmente.

C. Realizar la exposición, incorporando las técnicas cognitivas:

- 1. Antes de enfrentarte a la situación,*** lleva a cabo la discusión cognitiva de posibles pensamientos que puedan aparecer. Recuerda:
 - i. Imagínate en la situación y presta atención a los pensamientos que aparecen.***

- ii. Identifica pensamientos automáticos potenciales y regístralos.
 - iii. Genera respuestas racionales y anótalos en un papel.
2. *Durante la exposición:*
- i. Ten presente el nivel de ansiedad y cómo va cambiando.
 - ii. Lee o piensa en las respuestas racionales a los pensamientos negativos cuando éstos surjan.
3. *Después de la exposición:*
- i. Revisa el objetivo y evalúa si se ha logrado.
 - ii. Revisa la ocurrencia de los pensamientos automáticos que se habían previsto.
 - iii. Evalúa el uso de las respuestas racionales a esos pensamientos.
 - iv. Revisa la ocurrencia de otros pensamientos automáticos no previstos y cómo se han afrontado.
 - v. Resume los puntos principales de tu ejecución. Pregúntate: ¿Qué he aprendido hoy?

Repita la tarea de exposición tantas veces como considere necesario. Debes prever algunos altibajos de día a día, dependiendo de tu estado de ánimo. Aunque pienses que has superado la primera situación, inténtalo algunas veces más para asegurarte antes de pasar a la siguiente.

Fase 3:

Si te atascas y no puedes seguir avanzando, lo más probable es que la situación que has elegido sea demasiado difícil para ti en ese momento.

En primer lugar, comprueba si el orden de dificultad de tu lista ha cambiado por alguna razón, es decir, puede que algunas situaciones que parecían muy difíciles al principio sean ahora más fáciles que la situación en la que te has estancado.

Si éste no es el caso, tendrás que realizar algunos ejercicios de práctica “intermedios” entre la situación en la que estás ahora y el objetivo siguiente para seguir adelante.

Supongamos que tras realizar con éxito la situación (1) “Mantener una conversación con tu hermano”, la próxima debería ser (2) “Iniciar una conversación con el jefe”. Tu tarea consiste en afrontar algunas situaciones cuya dificultad esté entre (1) y (2); por ejemplo, “Iniciar una conversación con tu compañero de trabajo”.

Otra forma de evitación

Hasta ahora hemos visto la evitación como el no enfrentarse a las situaciones que se temen. Sin embargo, existe otro tipo de evitación que no es tan visible y que puede darse incluso aunque la persona se esté enfrentando a las situaciones que teme, la *evitación cognitiva*.

Vamos a explicarlo con un ejemplo. Imaginemos a una persona a la que le ocurre lo mismo que a ti. Una de las situaciones que más teme es asistir a reuniones sociales y tiende a evitarlas. Sin embargo, se ve obligada a ir a una fiesta por motivos de trabajo y no puede negarse. Para su asombro no se pone tan nerviosa como esperaba, pero se pasa toda



la reunión sin hablar con nadie, contestando únicamente cuando le preguntan y sentada sola la mayor parte del tiempo. Es decir, esta persona cree que se ha enfrentado a una situación que teme, pero esto no es del todo cierto, ya que, aunque físicamente ha estado en la fiesta, ha evitado lo que le pone más nerviosa, como hablar, iniciar conversaciones, conocer gente nueva...

Veamos algunas instrucciones que te pueden ayudar a vencer la evitación cognitiva cuando te enfrentes a las situaciones que temes:

1. Responde a las situaciones de ansiedad soportándolas y no con evitación (acércate a ellas, no huyas).
2. Ten presente dónde te encuentras y no te imagines que estas en algún otro lugar.
3. Saluda a la gente de forma adecuada. Muestra que quieres hablar. Puede ser bueno hacerlo inicialmente con alguna pregunta.
4. Escucha atentamente a la gente, da muestras de interés en lo que están diciendo.
5. Habla alto y claro. No susurres.
6. Intenta soportar algunos silencios sin ponerte nervioso.
7. Espera a que los demás inicien una conversación e intenta participar en ella. Puedes esperar también señales de los demás cuando decidas dónde sentarte, cuándo tomar una copa o de qué se va a hablar.

Las conductas de seguridad

Las conductas de seguridad son estrategias que la persona utiliza en las situaciones temidas para *evitar que se produzcan las “catástrofes”* temidas. Por ejemplo, si una persona teme que los demás le vean sudar, probablemente llevará ropa ligera, o beberá bebidas frías, o no se quitará la chaqueta para que no se note si suda. Si otra persona teme que le tiemblen las manos, probablemente cogerá un bolígrafo y lo apretará con sus manos o apoyará las manos sobre la mesa, etc.

Pese a que estas conductas tienen la misión de evitar que ocurra lo que se teme, en realidad lo que producen es que se mantengan los pensamientos negativos, y con ellos la ansiedad social. Existen cuatro mecanismos por los que estas conductas mantienen los pensamientos negativos:

- a) *Hacen que los síntomas aumenten.* Por ejemplo, una persona teme tartamudear e intenta evitarlo pronunciando correctamente las palabras. Muy probablemente, esta conducta hará que se equivoque y tartamudee mucho más. O si una persona con miedo a ahogarse se concentra en respirar perfectamente, quizás en pocos minutos comience a tener dificultades en su respiración.
- b) *Impide la desconfirmación del pensamiento negativo.* Por ejemplo, imaginemos a una persona que cree: “Si sudo los demás se darán cuenta, pensarán que soy sucio y me rechazarán”. Para evitarlo, pone en práctica alguna conducta de seguridad; por ejemplo, llevar una chaqueta gruesa. Con ello la persona consigue que no le vean el sudor, pero nunca sabrá si al verle sudar los demás le rechazarán.
- c) *Mantiene la autoatención.* Es decir, hace que la persona esté continuamente pendiente de que no se produzca lo que teme. Por ejemplo, al apretar fuerte un bolígrafo para que no le tiemblen las manos la persona está centrando su atención en el hecho de “si esa estrategia está resultando útil o no para controlar el temblor”. Esto da lugar a que olvide prestar atención a otros aspectos muy importantes de la situación.
- d) *Hace que la persona crea que no se han producido las consecuencias negativas porque ha realizado esas conductas y no por otras razones.* Por ejemplos, imaginemos que una persona apoya las manos para no temblar mientras habla (ya que si se nota el temblor los demás pensarán que es tonta). Si esa persona se dará cuenta que los demás la escuchan (o incluso se da el caso de que le feliciten por su charla), ella atribuirá su éxito no a que

a los demás les parece interesante lo que ha dicho, sino a que al apoyar la manos ha impedido que los demás hicieran un juicio negativo de su actuación.

Como vemos, las conductas de seguridad tienen un efecto negativo en la ansiedad social. Por ello, una forma de neutralizar este efecto es dejar de realizarlas. A partir de ahora, te pedimos que te enfrentes a las situaciones sociales sin esas conductas.

En primer lugar repasa qué conductas de seguridad realizas normalmente en las situaciones sociales que temes. Anótalas a continuación:

Sensación	Conducta de seguridad	¿Para qué la utilizo? ¿Qué es lo que evito se la realizo?

Ten en cuenta estas conductas cuando realices tus afrontamientos semanales. Realiza el siguiente experimento:

- Afronta una situación social con las conductas de seguridad que sueles utilizar.**

Anota:

Nivel de ansiedad de 0 a 10 ____

El grado de dominio de 0 a 10 ____

Pensamientos negativos: _____

Nivel de creencia de 0 a 10 en los pensamientos negativos: _____

2. A continuación, realiza el mismo afrontamiento, pero eliminando las conductas de seguridad.

Anota:

Nivel de ansiedad de 0 a 10 ____

El grado de dominio de 0 a 10 ____

Pensamientos negativos: _____

—

Nivel de creencia de 0 a 10 en los pensamientos negativos: _____

3. Compara los dos afrontamientos y coméntalos con tu terapeuta.

Manejo de la ansiedad

Cuando te expongas a las situaciones, experimentarás síntomas de ansiedad. A continuación te presentamos algunas armas que puedan resultar útiles para afrontar estos síntomas.

1. Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas antes y durante las tareas de exposición. Se inspira profundamente, se retiene la respiración (contando hasta 3) y se espira, de modo que se producen de 8 a 12 respiraciones completas por minuto. De este modo, se puede sustituir una respiración rápida y entrecortada por otra más lenta y relajada.
2. Para poder pensar con más claridad durante la exposición y centrarse en la tarea puedes utilizar las siguientes “reglas del miedo” a modo de recordatorio:
 - a. Las sensaciones son reacciones corporales normales.
 - b. No son perjudiciales.
 - c. No añadas pensamientos negativos.
 - d. Describe lo que está sucediendo.
 - e. Espera a que pase el miedo.
 - f. Observa cuándo desaparece.
 - g. Es una oportunidad de avanzar.
 - h. Piensa en lo que has hecho.
 - i. Planea qué vas a hacer después.
 - j. Comienza entonces lentamente.

RESUMEN

Acabas de terminar la lectura de este manual de psicoeducación sobre la ansiedad social. Has podido aprender que:

- El miedo y la ansiedad son respuestas normales de nuestro cuerpo.
- Es cierto que, en ocasiones, las manifestaciones del miedo y la ansiedad pueden ser desagradables, pero no perjudiciales para nuestro cuerpo.
- Lo más característico de la ansiedad social es un miedo intenso a ser evaluado negativamente en situaciones sociales o actuaciones en público.
- La ansiedad social se mantiene por:
 - Los pensamientos y creencias que tenemos acerca de nosotros mismos en esas situaciones y de lo que va a pasar si nos enfrentamos a ellas.
 - La evitación de las situaciones sociales o las conductas de seguridad que se llevan a cabo para impedir que se produzcan las consecuencias temidas,
- La forma de vencer la ansiedad social consistirá en:
 - Plantearse si hay otra manera de pensar sobre esas situaciones, cambiando los pensamientos negativos por otros más realistas,
 - Aprender a formar una imagen objetiva de nosotros mismos en las situaciones sociales,
 - Enfrentarse a las situaciones sociales temidas, manejando de otra forma las conductas de seguridad.

Si has practicado de manera continuada las técnicas explicadas en este manual, eso significa que ya comenzaste el tratamiento de tus síntomas de ansiedad. Debes seguir siendo constante en la práctica de las técnicas que has aprendido. Cuando sientas que la ansiedad te invade, considéralo como una oportunidad para practicar las técnicas explicadas en este manual. Nunca olvides los avances que has hecho.

Si deseas profundizar el aprendizaje de las técnicas aprendidas, o recibir ayuda profesional para aprender a afrontar este problema, no dudes en buscar ayuda profesional. A continuación te presentamos algunos centros en donde podrías solicitar asistencia psicológica:

- **Seguridad Social:** solicitar la derivación a Salud Mental a tu médico de cabecera.
- **Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I (Castellón):** tel.: 964387647; correo: sap@uji.es; Web: <http://www.labpsitec.uji.es/esp/asistencia/asistencia.php>
- **PREVI:** tel.: 964 202 740 (Castellón), [963 536 100](tel:963536100) (Valencia); correo: previ@previsl.com, Web: <http://www.previsl.com>
- **CREOS (Castellón):** tel.: 964 269 592; Web: <http://www.creos.es>

Referencias bibliográficas

- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Marks, I. (1987). *Fears, Phobias and rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- Sandin, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson-Psicología.

Anexo 10: Cartel de Publicidad

¿Las situaciones sociales te producen ansiedad?

¿Tienes miedo de ser juzgado por los demás?

¿Quieres entender mejor tu situación y al mismo tiempo contribuir a la ciencia? ¡estás en el lugar apropiado!

Actualmente el Laboratorio canadiense de Ciberpsicología de l'Université du Québec en Outaouais en colaboración con el LABPSITEC de la Universitat Jaume I está buscando participantes para un nuevo estudio.

Buscamos:

- ✓ **P** entre 18 y 65 años de edad
- ✓ **Q**ue experimenten temor a ser juzgados y observados en un contexto social
- ✓ **N**acidos en España
- ✓ **D**e padres nacidos en España

Tu participación implica (2 horas 30 minutos máximo, en 3 etapas):

- Una entrevista telefónica corta
- Una evaluación
- Una inmersión en realidad virtual y cumplimentar unos cuestionarios

Al participar, tendrás la oportunidad de:

- Comprender mejor tu ansiedad
- Recibir un manual de psicoeducación para el tratamiento esta ansiedad
- Experimentar la realidad virtual
- Recibir información de dónde podrías solicitar ayuda especializada para combatir tu ansiedad y
- Contribuir al avance científico de una investigación innovadora

Si deseas participar a este estudio, por favor contactar con Pamela Quintana al **964 387 643**

o al correo **quip02@uqo.ca***Este proyecto a sido aprobado por la commision deontologica de la UJI.

964 387 643
quip02@uqo.ca

Anexo 11. Cartel de Publicidad Online

Estudio internacional basado en el uso de la Realidad Virtual.

✓ ¿Experimentas temor a ser juzgado y observado en un contexto social?,



✓ ¿Tienes entre 18 y 65 años?

Y

✓ ¿Naciste en España?



Tienes la oportunidad de comprender mejor tu ansiedad y la posibilidad de recibir un tratamiento psicológico GRATUITO.

Contacta con nosotros:

Llamando al 964 38 76 49, o enviando un correo a quip02@uqo.ca

Anexo 12: Consentimiento Informado

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante darle más información acerca de en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio de investigación es validar un entorno virtual para el tratamiento de la ansiedad social. La realidad virtual (RV) es una tecnología interactiva que proyecta imágenes en 3D, las cuales forman parte de un entorno virtual, todo ello, con ayuda de unas gafas que facilitan el efecto de inmersión, como en el mundo real. Esta tecnología ha sido utilizada para tratar varios trastornos de ansiedad. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo el de validar un entorno virtual el cual podría ser utilizado como una herramienta de tratamiento psicológico como parte de una terapia cognitivo-conductual.

El presente estudio se realiza de manera conjunta entre el Laboratorio canadiense de Ciberpsicología de l'Université du Québec en Outaouais y el Laboratorio de Psicología y Tecnología (LABPSITEC) de la Universitat Jaume I.

DESARROLLO DEL ESTUDIO

El hecho que usted esté presente, hoy, en este encuentro, significa que ya ha completado la primera etapa del estudio. Esta etapa consistía en una evaluación telefónica en la cual le hicimos algunas preguntas generales para asegurarnos que cumple con los criterios de inclusión del estudio. Por tanto, este formulario de consentimiento informado le explicará las dos etapas siguientes (etapa 2 y 3).

Etapa 2

Esta segunda etapa consiste en una evaluación diagnóstica (duración de 15 a 45 minutos) en el LABPSITEC de la Universidad Jaume I en la cual serán realizadas un par de entrevistas. Estas entrevistas tendrán por objeto evaluar la presencia o la ausencia de un trastorno de ansiedad social en base al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Si usted cumple con los criterios de inclusión, será invitado a participar a la tercera etapa. En caso contrario, la investigadora le explicará las razones de la exclusión y le entregará un manual de psicoeducación sobre el trastorno de ansiedad social junto con la o las referencias sobre donde solicitar/recibir asistencia psicológica.

Etapa 3

Esta tercera etapa se llevará a cabo el mismo día del encuentro de la segunda etapa (en el LABPSITEC) y durara aproximativamente 75 minutos. Esta etapa está compuesta de tres pasos que se explican a continuación:

Pre - experimentación (30 minutos)

En esta etapa completará nueve cuestionarios que serán utilizados para evaluar su nivel de base de ansiedad.

3.1 Práctica antes de la experimentación (15 minutos)

Después de haber contestado los cuestionarios, la investigadora le pedirá ponerse el casco de realidad virtual ("Head Mounted Display"). Este casco consiste en dos pantallas pequeñas las cuales permiten una visión estereoscópica, además de un aparato de seguimiento de movimiento ("eye tracker") el cual se encuentra en la parte superior del casco virtual y el cual responde a los movimientos de su cabeza, permitiendo que visualice el entorno virtual presentado en tres dimensiones (3D). La primera inmersión será de una duración de dos minutos. El entorno virtual le presentará una habitación vacía de un apartamento. Esta exposición le permitirá familiarizarse con el funcionamiento del equipo. Después de la práctica, tendrá que cumplimentar cuatro cuestionarios.

3.2 Experimentación (30 minutos)

A partir de entonces, si desea continuar el experimento y no presenta mareos simulados (cibermareos) significativos, la investigadora le leerá las instrucciones. Usted deberá entrar en una tienda virtual y interactuar con Antonio, el personaje figurando (avatar) en la tienda que estará detrás de la caja registradora. Deberá realizar varias tareas las cuales incluye: 1) saludar a Antonio, 2) responder preguntas al avatar sobre su vida profesional y amorosa, 3) contestar una pregunta sobre las canciones de Michael Jackson, 4) expresar una queja sobre un producto caducado y exigir un reembolso del producto. Después de la inmersión, tendrá que contestar seis cuestionarios y deberá esperar 15 minutos antes de salir del laboratorio por medidas de seguridad debido a los posibles mareos simulados ocasionados por la utilización de la RV.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

En la segunda etapa del estudio se recogerá la siguiente información que nos ayudará a evaluar si cumple o no con los criterios para ser incluido en este estudio.

Criterios de inclusión (población clínica)

- a) haber nacido en España,
- b) ser mayor de 18 años,
- c) de padres nacidos en España,
- d) haber recibido un diagnóstico de trastorno de ansiedad social por la investigadora de este estudio (lo que significa haber recibido una puntuación en el ADIS-IV de 4 y más).

Criterios de inclusión (población general)

Cumplir con los criterios a, b, y c (antes citados).

- e) no tener un diagnóstico de trastorno de ansiedad social o, haber recibido una puntuación de 2 y menos en el ADIS-IV para el trastorno de ansiedad social.

Criterios de exclusión

- a) haber vivido más de un año fuera de España,
- b) tener una relación o una pareja de otro país,
- c) padecer problemas físicos que pueden estar contraindicados para el uso de la RV (un problema con el oído interno, migrañas recurrentes, epilepsia, un problema de equilibrio, un problema visual importante (p.ej., vista no corregida), sufrir malestares intensos y frecuentes de transporte (p.ej., experimentar mareos), problema cardiovascular (p.ej. arritmia), anemia, o un problema neurológico significativo),
- d) padecer únicamente miedo de hablar en público, y no cumplir criterios de trastorno de ansiedad social,
- e) padecer de un trastorno de bipolar,
- f) presentar síntomas psicóticos,
- g) tomar benzodiazepinas y,
- h) estar bajo de la influencia de sustancias psicoactivas durante el experimento.

La investigadora responsable se pondrá en contacto con usted una vez finalizada esta información recolectada para indicarle su participación en el estudio y las indicaciones para continuar en las siguientes etapas del estudio.

BENEFICIOS/RIESGOS

El beneficio que tendrá usted, como participante de este estudio, consiste en tener una evaluación psicológica y recibir un manual de psicoeducación para facilitarle el conocimiento de su problema de ansiedad social y como empezar a afrontarlo. Usted podrá contribuir al avance de la ciencia ya que su participación permitirá entre otras, la creación de una herramienta de exposición para el tratamiento del trastorno de ansiedad social en una población multicultural. Además podrá experimentar el uso de la realidad virtual.

RIESGO PSICOLÓGICO: (de mínimo a moderado)

Es posible que ciertas preguntas formuladas durante la evaluación telefónica y durante la entrevista diagnóstica le causen una ligera molestia a corto plazo (posiblemente debido a una reflexión sobre sus problemas). Sin embargo, estas entrevistas se han utilizado varias veces con personas que padecen un trastorno de ansiedad y los malestares han sido poco frecuentes. Tendrá derecho a negarse a responder a las preguntas que le puedan generar un malestar. Además, durante la segunda exposición en realidad virtual, es posible que se sienta ansioso al hablar con el avatar (especialmente en el caso de las personas con trastorno de ansiedad social). Sin embargo, la persona responsable del estudio está formada para intervenir en este

tipo de situaciones. En cualquier momento, podrá retirarse del estudio si el malestar psicológico es importante.

RIESGOS ASOCIADOS A LOS MAREOS SIMULADOS: (riesgo moderado)

Durante o después de la inmersión en los entornos virtuales, es posible que sienta molestias. La probabilidad que usted experimente mareos simulados (también conocidos como cibermareos) es moderada, pero el riesgo asociado es mínimo. Los posibles síntomas pueden incluir: fatiga visual, visión borrosa, mareos, náuseas, o dolores de cabeza. Por lo general, estos síntomas desaparecen gradualmente a medida que el cerebro se acostumbra al equipo y al entorno virtual. Por otra parte, estos síntomas no son graves ni agudos y suelen ser tolerables. Si el malestar físico se vuelve intenso, podrá, en cualquier momento dar fin a la exposición virtual. Para minimizar el riesgo de estos mareos, la duración de la inmersión será corta (total de 12 minutos máximo). Además, la calidad de los equipos utilizados reducirá en gran medida el riesgo de estos mareos.

Por otro lado, antes y después de cada inmersión, usted tendrá que cumplimentar un cuestionario que permitirá a los investigadores evaluar la presencia de estos mareos simulados y asegurarse que está en buen estado físico para continuar con el experimento. En cualquier momento durante la inmersión, el experimentador se reserva el derecho de poner fin a este experimento si éste observa señales que indiquen la presencia de mareos simulados importantes. Después de la inmersión, por motivos de seguridad, se le pedirá que espere al menos 15 minutos antes de salir del laboratorio.

Participación voluntaria

Su participación en el estudio es completamente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Incluso si decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. En ningún caso esto afectará su atención médica posterior.

Confidencialidad

El estudio se llevará a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000), las Normas de Buena Práctica Clínica y cumpliendo la legislación vigente y la normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 1720/2007 que desarrolla la ley orgánica 15/99 y Ley 14/2007 de Investigación Biomédica).

Los datos serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación y se respetará la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y la ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del participante y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por tanto, la información generada en este ensayo será considerada estrictamente confidencial, entre las partes participantes.

Los cuestionarios que sean completados en España se guardarán por un periodo de 5 años en LABPSITEC bajo acceso restringido, al cual solo tienen acceso personas autorizadas. A todos los participantes se les asignará un código alfanumérico para salvaguardar su identidad. Los datos serán almacenados en un dispositivo con contraseña. En Canadá, el Dr. Stéphane Bouchard (director de tesis), Geneviève Robillard (coordinadora de las investigaciones del Laboratorio de Cyberpsicología) y Audree St-Onge (asistente de investigación) podrán tener acceso a dichos datos codificados los cuales serán destruidos después de 5 años.

Revisión Ética

Un comité ético independiente ha revisado los objetivos y características del estudio y ha dado su aprobación favorable. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación (Comité Éthique de la Recherche avec des Êtres Humains) de l'Université du Québec en Outaouais (Canadá, Anexo Y).

Preguntas/Información

Si tienen alguna pregunta con respecto al estudio puede contactar con la investigadora responsable: Pamela Quintana, teléfono: **964 387 643**, o al correo: **quip02@uqo.ca**

Yo, _____
(nombre y apellidos del participante), con DNI _____ he
leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el
estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: _____
(nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: ____sí ____no (marque
lo que proceda).

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante: _____



Fecha: _____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado.

Firma del Investigador: _____

Fecha:

Anexo 13: Instrucciones de inmersión

1- Primera inmersión- práctica (2 minutos)

Instrucciones: Tu amigo te llamó para ver si podías visitar un apartamento antes de que te decidas a comprarlo. Tendrás dos minutos para visitar el apartamento.

Este ejercicio te permitirá familiarizarte con el equipo empleado en realidad virtual y su modo de navegación. Podrás explorar la habitación donde vas a entrar.

2- Segunda inmersión- Experimental (10 minutos)

Instrucciones: “Es temprano por la mañana, te dieron ganas de comer una tortilla de patata, pero te diste cuenta que los huevos que habías comprado en la tienda ayer, están caducados. Deseas volver a la tienda para devolverlos, pero no puedes encontrar el ticket de compra. Decides ir de todos modos a la tienda para tratar de devolver los huevos”.

“Ahora estás a punto de entrar en la tienda donde los compraste. Últimamente, esta tienda ha tenido muchos robos. El empleado se llama Antonio y sospecha de todos los clientes que entran en la tienda, sobre todo de aquellas personas que permanecen mucho tiempo en la tienda”.

“A ti no te gusta que la gente te considere como un ladrón, por eso, decides hablar un poco con Antonio, el empleado, para ganar su confianza. Al entrar en la tienda, debes saludarle y preguntarle cómo está. No le puedes hacer más preguntas. Sin embargo tendrás que responder a las suyas. Cuando Antonio te pregunte cómo puede ayudarte, tendrás que explicarle que compraste unos huevos el día de ayer y que quieres cambiarlos porque están caducados y que desafortunadamente no tienes el ticket de compra. Tu objetivo principal es lograr cambiar los huevos. Para eso, tendrás que hacer todo lo posible para convencer al empleado. Si el empleado acepta cambiar los huevos, tendrás que ir a buscar otros en el pasillo correspondiente. Si el empleado te niega el cambio después de haber tratado de convencerlo, tendrás que salir de la tienda.”

¿Tienes alguna pregunta? Ahora puedes entrar en la tienda.