



**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Efecto de la Modalidad Virtual en el Abandono Psicoterapéutico de Estudiantes
Universitarios Diagnosticados con Trastorno de Ansiedad Social

AUTORA:

Mgtr. Gabriela Adriana Camacho López

DOCENTE:

Mgtr. Paola Carpio León

2024

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, quienes han estado siempre a mi lado, sin importar nada.

DEDICATORIA

A mi mamá. Eres la luz que ilumina todos mis días y me hace saber que todo va a estar bien.

RESUMEN

El trastorno de ansiedad social representa un problema de salud pública para los jóvenes universitarios, debido a su alta prevalencia y graves consecuencias. A pesar de la magnitud del problema, solo un porcentaje muy bajo de individuos con fobia social recibe el apoyo que necesita, ya que muy pocos buscan apoyo profesional y los que lo hacen presentan altas tasas de inasistencia y deserción terapéutica. La modalidad psicoterapéutica virtual puede convertirse en una solución a estas dificultades, debido a que sus características fomentan la adhesión terapéutica y se adaptan a las necesidades de las personas que presentan trastornos de ansiedad social.

Por este motivo, el presente proyecto de investigación tiene el objetivo de estudiar el efecto de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual en el abandono terapéutico. Para esto, se realizará un estudio no experimental descriptivo transversal, con un enfoque cuantitativo, conformado por veinte estudiantes universitarios. La muestra seleccionada será dividida en dos grupos, conformados por diez integrantes cada uno. Un grupo será considerado el grupo experimental y recibirá apoyo psicoterapéutico virtual, mientras que el otro constituirá el grupo de control e iniciará su proceso psicoterapéutico de manera presencial. Los datos obtenidos gracias a la aplicación de instrumentos estandarizados (Fichas de Seguimiento Terapéutico, VPA-30 y CORE-OM) permitirán realizar estadísticamente una comparación entre el porcentaje de deserción terapéutica del grupo experimental y de control, identificar cuáles son las principales causas de un abandono terapéutico prematuro y detectar qué ámbitos de la vida de los consultantes mejoraron tras la implementación de la psicoterapia en línea. Tras finalizar el proyecto, se espera encontrar que la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual resulta efectiva para disminuir la deserción terapéutica en estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social, como se ha observado en estudios similares realizados por Lippke et al. (2021) y Kok et al. (2014).

Palabras clave: Trastorno de ansiedad social, abandono terapéutico, modalidad psicoterapéutica virtual, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Social anxiety disorder represents a public health problem for college students due to its high prevalence and negative consequences. Despite the magnitude of the problem, only a small percentage of individuals with social phobia receive the support they need, since very few seek professional help and those who do often show high rates of non-attendance and therapy dropout. Virtual psychotherapy modalities can potentially address these difficulties, as their characteristics promote therapeutic adherence.

For this reason, the current research project aims to study the effect of virtual psychotherapy modalities on therapy dropout, in order to provide useful information for addressing this issue. To achieve this, a non-experimental descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach, will be conducted involving twenty university students. The selected sample will be divided into two groups, each comprising ten participants. One group will serve as the experimental group and will receive virtual psychotherapeutic support, while the other will act as the control group and begin their psychotherapeutic process in-person. Data collected through standardized instruments (Therapeutic Follow-Up Sheets, Questionnaire on Predictors of Treatment Abandonment and Adherence, and CORE-OM Questionnaire) will allow a statistical comparison of therapeutic dropout rates between the experimental and control groups, the identification of the primary reasons for premature psychotherapy dropout, and the assessment of which aspects of participants' lives have been improved following the implementation of online psychotherapy. After completing the project, it is expected to find that the application of virtual psychotherapeutic modalities is effective in reducing therapeutic dropout among university students diagnosed with social anxiety disorder, as observed in similar studies conducted by Lippke et al. (2021) and Kok et al. (2014).

Keywords: Social anxiety disorder, therapy dropout, virtual psychotherapeutic modality, college students.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
1.1.	Planteamiento del Problema	1
1.2.	Revisión Breve de la Literatura Previa	3
1.3.	Justificación y Relevancia del Tema.....	4
2.	<i>OBJETIVOS</i>	5
2.1.	Objetivo General.....	5
2.2.	Objetivos Específicos.....	5
3.	<i>MARCO TEÓRICO</i>	6
3.1.	Fundamentación Teórica.....	6
3.1.1.	Modelos Explicativos del Trastorno de Ansiedad Social	6
3.2.	Marco Conceptual.....	8
3.2.1.	Trastorno de Ansiedad Social	8
3.2.2.	Abandono Terapéutico.....	10
3.2.3.	Modalidad Psicoterapéutica Virtual.....	13
3.3.	Estado de la Cuestión.....	14
4.	<i>MARCO METODOLÓGICO</i>	16
4.1.	Diseño del Estudio	16
4.2.	Contexto.....	16
4.3.	Participantes y Muestreo.....	17
4.4.	Instrumentos.....	19
4.5.	Procedimiento	21
4.6.	Análisis de Datos	23
4.7.	Planificación de Actividades por Cada Objetivo Específico	24
4.8.	Reflexividad de la Investigadora	26
4.9.	Consideraciones Éticas	27
4.10.	Viabilidad.....	27
5.	<i>RESULTADOS ESPERADOS</i>	28
6.	<i>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</i>	30
6.1.	Nivel de la Intervención.....	30
6.2.	Fundamentación.....	30
6.3.	Descripción de la Propuesta.....	31
6.3.1.	Objetivos de la Intervención	31
6.3.2.	Población Objetivo.....	32

6.3.3.	Actividades y Procedimientos de la Intervención.....	32
6.3.4.	Potenciales Beneficios de la Intervención	34
6.3.5.	Recursos Necesarios para Implementar la Intervención.....	35
6.3.6.	Plan de Evaluación de la Efectividad de la Intervención.....	35
6.4.	Viabilidad de la Intervención.....	36
7.	<i>DISCUSIÓN</i>	36
7.1.	Discusión de las Implicaciones de los Resultados Esperados	36
7.2.	Discusión de las Limitaciones y Fortalezas	38
7.2.1.	Limitaciones y Fortalezas de la Propuesta de Investigación	38
7.2.2.	Limitaciones y Fortalezas de la Propuesta de Intervención.....	39
7.3.	Conclusiones	40
7.4.	Recomendaciones	41
8.	<i>REFERENCIAS</i>	42
9.	<i>ANEXOS</i>	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla de Planificación de Actividades por Objetivo Específico	24
Tabla de Planificación de Actividades de la Propuesta de Intervención	33

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Los trastornos de ansiedad son los trastornos con mayor prevalencia en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2023). En el 2019, 301 millones de personas en el mundo padecían de algún trastorno de ansiedad, cifra que aumentó significativamente tras la crisis sanitaria producida por la pandemia COVID-19 (OMS, 2023). Según estudios realizados por la OMS (2022), solo en el primer año de la pandemia, la prevalencia de los trastornos de ansiedad aumentó en un 25%. En la actualidad, la cifra se ha estabilizado, pero se estima que el porcentaje continúa siendo alarmantemente alto. Se calcula que un 4% de la población mundial presenta un trastorno de ansiedad (OMS, 2022).

Entre los diversos trastornos de ansiedad, se observa que el trastorno de ansiedad social es uno de los que mayor prevalencia presenta, siendo antecedido únicamente por las fobias específicas (Domínguez, Expósito & Torres, 2024). El trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social, se caracteriza por la presencia de un miedo y/o ansiedad intensos y desproporcionados ante situaciones sociales, en las que el individuo pueda quedar expuesto a la evaluación negativa por parte de los demás (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Este miedo excesivo genera la evitación de situaciones de carácter social, lo que tiene una gran repercusión en la vida de las personas que padecen de este trastorno (Zubeidat, Fernández & Sierra, 2006). Los individuos con trastorno de ansiedad social evitan hablar en público, conocer gente nueva, asistir a entrevistas de trabajo, responder preguntas en clases o hablar al solicitar un servicio. Incluso, realizar actividades cotidianas, como comer frente a otras personas o usar un baño público, les genera una intensa ansiedad, debido al temor a ser juzgados, rechazados o humillados (Instituto Nacional de Salud Mental, 2022).

La ansiedad extrema y las conductas evitativas generadas por este trastorno afectan varios ámbitos de la vida de las personas que lo padecen. El aspecto laboral y el académico se ven significativamente perjudicados, debido a su alto requerimiento de interacción social. Se estima que, durante la etapa universitaria, 45.7% de estudiantes padecen de algún tipo de dificultad relacionada a la ansiedad social; mientras que 29.65% presentan altos niveles de ansiedad social (Zha et al., 2023). La fobia social tiene un grave impacto en el bienestar y rendimiento de los estudiantes universitarios. Los estudiantes que padecen de este

trastorno suelen presentar un rendimiento académico muy bajo, debido a su poca participación en actividades académicas. De hecho, un porcentaje significativo de estudiantes universitarios con trastorno de ansiedad social suelen abandonar la universidad prematuramente, debido a la dificultad que implica finalizar sus estudios (Russell & Topham, 2012).

A pesar de la alta prevalencia e impacto negativo del trastorno de ansiedad social, continúa existiendo una evidente falta de detección y tratamiento. Se estima que solo la mitad de casos son reconocidos y solo a un tercio de estos individuos se les ofrece algún tipo de apoyo. A esta problemática se le suma el hecho de que, debido a la naturaleza de su trastorno, muy pocas personas con fobia social buscan apoyo profesional (Domínguez et al., 2024) y los que sí lo hacen, suelen asistir de manera irregular, presentando altos niveles de inasistencia (Krebs et al., 2012). De hecho, casi la mitad de los consultantes suelen solicitar terminar anticipadamente su proceso terapéutico o directamente abandonarlo (Krebs et al., 2012). Según diversos estudios, entre las principales causas del abandono terapéutico se encuentran la severidad de los síntomas (Mersch et al., 1989), la dificultad de interacción y la presencia de conductas evitativas (Wiltink et al., 2015). Las emociones negativas asociadas a las interacciones sociales en nuevos entornos fomentan comportamientos evitativos, los que, a su vez, generan altos porcentajes de inasistencia y abandono terapéutico (Wiltink et al., 2015).

La implementación de la modalidad psicoterapéutica virtual actúa como una posible respuesta a los altos niveles de deserción terapéutica observados en los individuos diagnosticados con trastorno de ansiedad social. Se ha encontrado que proveer a los consultantes de orientación profesional en línea y apoyo accesible, con respecto al tiempo y la ubicación, aumenta los niveles de adherencia al proceso terapéutico y disminuye la tasa de abandono (Andersson, 2009; Christensen et al., 2009; Spek et al., 2007). De igual manera, debido a la naturaleza del trastorno, realizar el proceso terapéutico desde un espacio seguro para el consultante, sin una interacción social directa, puede resultar beneficioso para evitar inasistencias y deserciones (Lippke et al., 2021). Con respecto a la efectividad de la modalidad, se ha encontrado que sus resultados son similares a los de la terapia realizada de forma presencial (Cuijpers et al., 2010). Sin embargo, su eficacia suele ser más elevada durante las fases más agudas de trastornos de ansiedad, depresión y adicción (Kok et al., 2014).

Debido a que casi la mitad de estudiantes universitarios presentan dificultades relacionadas a la ansiedad social durante su vida académica, la misma que tiene un fuerte impacto sobre su bienestar y rendimiento, es prioritario que se estudien estrategias que permitan prevenir e intervenir en esta problemática (Zha et al., 2023; Russell & Topham, 2012). La implementación de la modalidad psicoterapéutica virtual ofrece una solución viable para mejorar la efectividad del trabajo psicoterapéutico y la disminución del abandono terapéutico en estudiantes universitarios con ansiedad social. Por este motivo, la presente investigación busca aportar en el estudio de lo previamente expuesto a partir de la resolución de la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta de Investigación

¿Qué efecto tiene la aplicación de la modalidad de psicoterapia virtual en la deserción psicoterapéutica de estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social?

1.2. Revisión Breve de la Literatura Previa

El trastorno de ansiedad social representa una problemática de salud pública para los estudiantes universitarios, debido a su alta prevalencia y repercusiones significativas (Zha et al., 2023). El desarrollo de estrategias de prevención e intervención es fundamental debido al fuerte impacto que tiene este trastorno en la vida de los estudiantes que lo padecen (Russell & Thopam, 2012; Luan et al., 2022). El trastorno de ansiedad social afecta el bienestar de los universitarios e influye negativamente en su desempeño académico (Russell & Topham, 2012).

A pesar de la necesidad urgente de soluciones eficientes para los problemas de los estudiantes con ansiedad social, persisten numerosas deficiencias en el reconocimiento y tratamiento de este trastorno. Debido a la naturaleza de la fobia social, son muy pocos los individuos que buscan apoyo profesional y los que lo hacen suelen presentar altos niveles de inasistencia y abandono terapéutico (Domínguez et al., 2024). Se estima que casi la mitad de pacientes con trastorno de ansiedad social no se adhieren al tratamiento psicológico y desertan anticipadamente (Krebs et al., 2012).

Investigaciones realizadas con anterioridad indican que el uso de la modalidad psicoterapéutica virtual contribuye en la reducción de las tasas de abandono terapéutico en pacientes diagnosticados con fobia social (Lippke et al., 2021). Llevar a cabo el proceso psicoterapéutico en un entorno percibido como seguro por el consultante, sin la necesidad de una interacción social directa, puede resultar ventajoso para evitar inasistencias y deserciones (Lippke et al., 2021). De hecho, estudios destacan que la efectividad de la modalidad psicoterapéutica virtual suele ser notablemente más alta en personas diagnosticadas con trastornos de ánimo y ansiedad (Kok et al., 2014).

1.3. Justificación y Relevancia del Tema

El trastorno de ansiedad social constituye un problema de salud pública para los jóvenes universitarios, debido a su alta prevalencia y graves consecuencias. Casi la mitad de estudiantes universitarios enfrentan dificultades relacionadas con la fobia social y aproximadamente un 30% presenta niveles muy elevados de ansiedad social. La presencia de este trastorno tiene un impacto significativo en la vida de los estudiantes que lo padecen, afectando tanto su bienestar personal como su rendimiento académico (Zha et al., 2023). Según diversos estudios, las dificultades son tantas, que un importante porcentaje de estudiantes diagnosticados con ansiedad social prefieren abandonar prematuramente sus estudios (Russell & Topham, 2012).

A pesar de la gran incidencia e importantes consecuencias, solo un porcentaje muy bajo de individuos con fobia social recibe el apoyo que necesita. Se estima que únicamente la mitad de casos son identificados, mientras que a solo un tercio se le ofrece algún tipo de apoyo (Domínguez et al., 2024). A la falta de reconocimiento y tratamiento, se le suma el hecho de que muy pocos individuos diagnosticados con trastorno de ansiedad social buscan ayuda profesional y los que lo hacen presentan altas tasas de inasistencia y deserción terapéutica. Se estima que casi la mitad de los consultantes suelen abandonar prematuramente su proceso terapéutico (Krebs et al., 2012).

La incidencia de la fobia social en estudiantes universitarios es una problemática que aún no ha encontrado una respuesta efectiva, por lo que es fundamental optar estrategias que resulten adecuadas y eficientes para esta población.

La modalidad psicoterapéutica virtual puede convertirse en una solución a estas dificultades, debido a que sus características fomentan la adhesión terapéutica y se adaptan a las necesidades particulares de las personas que presentan trastorno de ansiedad social. La accesibilidad y la oportunidad de recibir las sesiones terapéuticas en un espacio seguro, sin una interacción social directa, son factores que convierten a la modalidad virtual en una opción particularmente atractiva para los individuos con fobia social (Christensen et al., 2009; Lippke et al., 2021). De hecho, varias investigaciones han demostrado la eficacia de la psicoterapia en línea en la disminución de la deserción terapéutica (Kok et al., 2014).

A pesar de que se ha estudiado la efectividad de la modalidad psicoterapéutica virtual en la disminución del abandono terapéutico de consultantes diagnosticados con trastorno de ansiedad social, existen muy pocas investigaciones que estudian su efecto específicamente en poblaciones universitarias (Lippke et al., 2021). Tomando en cuenta que la ansiedad social es una problemática que afecta a un porcentaje significativo de estudiantes universitarios (Zha et al., 2023), el presente proyecto de investigación tiene la intención de aportar con información relevante para desarrollar pautas y recomendaciones útiles para disminuir la deserción psicoterapéutica y mejorar la efectividad del trabajo terapéutico con estudiantes universitarios diagnosticados con ansiedad social.

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo General

Determinar el efecto de la aplicación de la modalidad de psicoterapia virtual en el abandono psicoterapéutico de estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social.

2.2.Objetivos Específicos

- Identificar las principales causas de abandono terapéutico en pacientes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social.
- Reconocer los beneficios de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual para los individuos que presentan fobia social.

- Examinar la relación entre la modalidad psicoterapéutica virtual y el abandono terapéutico en pacientes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social.

3. MARCO TEÓRICO

El efecto de la aplicación de la modalidad virtual en la deserción psicoterapéutica de estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social requiere ser analizado desde diferentes perspectivas. A continuación, se describirán las teorías, conceptos e investigaciones más relevantes para comprender esta propuesta.

3.1.Fundamentación Teórica

3.1.1. Modelos Explicativos del Trastorno de Ansiedad Social

Desde una perspectiva cognitivo conductual, existen tres principales modelos explicativos para entender la fobia social. Estos modelos no solo facilitan la comprensión de este trastorno, sino que también ofrecen una guía para el desarrollo de un tratamiento efectivo (Bravo & Blázquez, 2014).

3.1.1.1.Modelo Explicativo de Barlow

El modelo explicativo desarrollado por Barlow (2003) postula que, por razones biológicas evolutivas, los seres humanos son sensibles a la desaprobación social y a la crítica. Sin embargo, no todos los individuos desarrollan un trastorno relacionado a la ansiedad social, debido a que es necesario que una persona sea psicológica y biológicamente vulnerable a la expectativa aprensiva hacia el futuro para que este se desarrolle y manifieste (Barlow & Durand, 2001).

Según este modelo, existen tres posibles motivos por los cuales un individuo puede desarrollar fobia social (Barlow, 2003). En primer lugar, este trastorno puede surgir debido a una vulnerabilidad biológica heredada a la ansiedad o a la predisposición a ser socialmente inhibido. En segundo lugar, la fobia social podría ser activada debido a un ataque de pánico

inesperado generado por tensión y estrés acumulados. El temor a tener nuevamente un ataque de pánico y sus síntomas en la misma situación social o en situaciones similares generaría el desarrollo de un trastorno de ansiedad social. Finalmente, este trastorno podría desencadenarse por un trauma social real que generaría una alarma verdadera, ocasionando una ansiedad condicionada por las mismas situaciones sociales (Barlow, 2003).

3.1.1.2. Modelo Explicativo de Clark

El modelo de Clark postula que, en base a experiencias tempranas, las personas con trastorno de ansiedad social desarrollan una serie de supuestos acerca de sí mismos y su entorno social (Clark, 2001). Sin embargo, estas suposiciones se fundamentan en normas excesivamente altas con respecto a la actuación social, creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinadas acciones y creencias negativas incondicionales acerca de ellos mismos. Estos supuestos fomentan la idea de que las situaciones sociales son peligrosas y amenazantes, generando que señales sociales inofensivas sean interpretadas como signos de evaluación negativa o rechazo (Clark, 2001).

Cuando las personas con trastorno de ansiedad social sienten que están en peligro de ser juzgadas o evaluadas negativamente, enfocan su atención en una auto-observación (Bravo & Blázquez, 2014). No obstante, utilizan información interna influenciada por cogniciones negativas para analizar cómo están siendo percibidas por los demás. Por lo tanto, crean una imagen distorsionada de las posibles impresiones. Al hacer esto, quedan aprisionadas en un sistema cerrado y círculo vicioso, ya que la mayoría de la evidencia que tienen para evaluar una situación social es autogenerada y tergiversada (Clark, 2001).

3.1.1.3. Modelo Explicativo de Rappe y Heimberg

Según el modelo de Rappe y Heimberg (1997), los individuos con este trastorno piensan que los demás son excesivamente críticos y que es probable que los evalúen negativamente. De acuerdo a estos autores, las personas con ansiedad social dan mucha importancia a las valoraciones positivas, por lo que la idea de ser juzgados negativamente genera la activación de una serie de procesos disfuncionales antes, durante y después de la situación social (Rappe & Heimberg, 1997).

Desde esta perspectiva, cuando una persona con trastorno de ansiedad social se encuentra en una situación que requiere interacción con los demás, crea una representación mental de su imagen externa y de su conducta de acuerdo a cómo cree que está siendo percibida por una “audiencia” (Rappe & Heimberg, 1997). Si el individuo considera que su actuación social se encuentra por debajo de los estándares de la “audiencia”, es posible que espere una evaluación negativa por parte de otros. Esta idea origina respuestas ansiosas, tanto fisiológicas como cognitivas y conductuales, las mismas que inciden negativamente en su siguiente representación mental acerca de cómo está siendo percibido, generando un círculo vicioso y autoconfirmado (Bravo & Blázquez, 2014).

3.2. Marco Conceptual

3.2.1. Trastorno de Ansiedad Social

El trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social, es un trastorno mental altamente incapacitante, distinguido por la presencia de una ansiedad abrumante, un miedo intenso y una timidez desmedida en situaciones sociales cotidianas (Anxiety & Depression Association of America, 2023).

La ansiedad es una reacción emocional completamente normal ante eventos que generan estrés. Sin embargo, las personas que presentan un trastorno de ansiedad social experimentan una ansiedad desmesurada, constante e incapacitante en situaciones diarias que otros individuos no percibirían como amenazantes, tales como: Tener una conversación, ordenar comida, hacer una llamada, hablar con desconocidos, participar en clases o durante reuniones, asistir a una fiesta, tener una cita, etc. (ADAA, 2023). Incluso, realizar actividades sencillas, como comer o beber delante de alguien o usar un baño público, puede desencadenar una ansiedad intensa (Instituto Nacional de Salud Mental, 2022).

La ansiedad presente en este trastorno es generada por el profundo temor a verse expuesto frente a desconocidos o ser evaluado negativamente por los demás. Las personas que padecen de fobia social temen ser observados, juzgados y actuar de un modo que sea vergonzoso, por lo que evitan las situaciones sociales temidas o las soportan con un malestar intenso (Bados, 2009).

3.2.1.1. Criterios Diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Social

La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) establece diez criterios para diagnosticar a un individuo con trastorno de ansiedad social. La persona debe cumplir con todos los criterios para ser diagnosticada:

- A. Presencia de un miedo y/o ansiedad intensos frente a una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a la evaluación por parte de otras personas.
- B. La persona presenta un miedo intenso a actuar de determinada manera o, a su vez, de demostrar síntomas de ansiedad que puedan ser evaluados negativamente.
- C. Las situaciones sociales generalmente ocasionan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones sociales se evitan o se enfrentan con un miedo y/o ansiedad intensos.
- E. El miedo y/o la ansiedad son desmesurados en relación a la amenaza real que representa la situación social.
- F. El miedo, la ansiedad y/o la evitación social son constantes y persisten durante seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad y/o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en alguna área importante del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad y/o la evitación no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia.
- I. El miedo, la ansiedad y/o la evitación no son mejor explicados por la presencia de síntomas de otro trastorno mental, como: El trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
- J. Si el paciente presenta otra condición médica, el miedo, la ansiedad y/o la evitación no son ocasionados por esta condición.

3.2.1.2. Efectos del Trastorno de Ansiedad Social

La fobia social interfiere significativamente en la vida de las personas que la padecen, afectando negativamente su bienestar y desempeño (Bados, 2009). Las personas con trastorno de ansiedad social tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, tales como depresión y abuso de sustancias, así como también presentar comportamientos autolíticos y cometer

intentos suicidas. A su vez, el trastorno puede generar cambios perjudiciales en su vida familiar y social. Las personas con fobia social tienen muy pocas o ninguna relación social o romántica (ADAA, 2023). De igual manera, las conductas evitativas generadas por el intenso temor a la interacción social pueden tener un impacto devastador en la economía de las personas con trastorno de ansiedad social, ya que su condición dificulta la finalización de sus estudios, la asistencia a entrevistas laborales, el conseguir empleo y construir relaciones profesionales (ADAA, 2023).

En definitiva, el trastorno de ansiedad social afecta significativamente varios ámbitos de la vida de las personas que lo padecen. El aspecto académico se ve considerablemente perjudicado por su alto requerimiento de interacción social (Zha et al., 2023). Los estudiantes que padecen de este trastorno suelen presentar un rendimiento académico muy bajo, debido a su poca participación en actividades académicas. De hecho, un porcentaje significativo de estudiantes universitarios con trastorno de ansiedad social suelen abandonar la universidad prematuramente, a causa de la dificultad que implica finalizar sus estudios (Russell & Topham, 2012).

3.2.2. Abandono Terapéutico

En el ámbito investigativo, se denomina al abandono terapéutico de diferentes maneras, tales como: Deserción, terminación prematura, no adherencia, etc. (Rondón, Otálora & Salamanca, 2009). Todos estos términos hacen referencia a la no finalización del proceso psicoterapéutico solicitado luego de haber establecido contacto con el proveedor de servicios psicológicos. Esta interrupción se produce durante el proceso terapéutico formal, sin una notificación previa por parte del consultante (Mahoney, 1991).

Existen diversas conceptualizaciones del abandono terapéutico. Para algunos autores, como Gavino y Godoy (1993), se considera deserción terapéutica a la interrupción del tratamiento antes de lograr los objetivos terapéuticos planteados. Por otro lado, otros autores establecen que se produce un abandono terapéutico cuando un consultante decide finalizar unilateralmente su proceso terapéutico requiriendo aún apoyo profesional (Jo & Almaso, 2007). Para otros investigadores, se considera deserción terapéutica incluso no asistir a la primera cita o las citas de seguimiento establecidas una vez finalizado el proceso terapéutico (Chen, 1991).

Sin embargo, la mayoría de estudios, denominan como abandono terapéutico al abandono definitivo del tratamiento psicológico por parte del paciente, sin consultarlo previamente con su terapeuta (Rondón et al., 2009). Para esta propuesta de investigación, esta será la definición que va a ser utilizada.

Según autores como Haynes (1979), el abandono terapéutico generalmente se produce entre la quinta y undécima sesión. Sin embargo, estudios más recientes muestran que los consultantes suelen desertar en la tercera sesión, período claramente insuficiente para lograr un tratamiento efectivo y un cambio significativo (Rondón et al., 2009).

3.2.2.1. Factores Asociados al Abandono Terapéutico

Diversos investigadores han centrado sus esfuerzos en descubrir los principales factores relacionados al abandono terapéutico (Moreno, Rozo & Cantor, 2012). Jo y Almaso (2007), encontraron que la deserción terapéutica está asociada a variables como el diagnóstico psicopatológico, los estresores psicosociales y el tipo de atención que se brinda al consultante. Por otra parte, otros autores, identificaron variables sociodemográficas como la edad, el estado civil, el sexo, el nivel educativo, etc. (Bueno, Córdoba, Escolar & Clavo, 2000).

En definitiva, existe una gran variedad de factores relacionados con el abandono terapéutico de un consultante (Rondón et al., 2009). Para su mejor comprensión, estos pueden ser clasificados en: Factores asociados al consultante y factores asociados al terapeuta.

3.2.2.1.1. Factores asociados al consultante

Un factor determinante en la adherencia psicoterapéutica es la percepción que el consultante tiene acerca de su necesidad de apoyo profesional. Cuando el paciente acude voluntariamente y por iniciativa propia a terapia es menos probable que deserte posteriormente (Mahoney, 1991). Por otra parte, los consultantes suelen asistir a la primera sesión con ciertas expectativas sobre su terapeuta, por lo que el primer encuentro es determinante para que el paciente decida continuar asistiendo a futuras sesiones (Alcázar, 2007). Existen otras percepciones que pueden propiciar un abandono terapéutico prematuro, como las creencias culturales sobre los trastornos mentales y el desconocimiento acerca de la relevancia de los tratamientos psicoterapéuticos (Jo & Almaso, 2007).

En cuanto a los factores asociados al tipo de trastorno, se ha encontrado que ciertas características propias del trastorno, como la presencia de conductas evitativas o el temor a la interacción social, también pueden influenciar en la deserción terapéutica (Freire, 1986). Dentro de los trastornos con mayor probabilidad de abandono terapéutico se encuentran aquellos relacionados con la ansiedad y la personalidad (Rondón et al., 2009). Estudios señalan que la presencia de estos trastornos está asociada a una mayor probabilidad de abandono terapéutico durante las primeras seis semanas de tratamiento (Fernández et al., 2003).

En el caso específico del trastorno de ansiedad social, se ha encontrado que la propia sintomatología del trastorno puede llegar a influenciar en el abandono terapéutico (Salaberría & Echeburúa, 2003). Las conductas evitativas, el temor a la evaluación negativa, la evasión de interacciones sociales y el temor a que otros detecten los síntomas fisiológicos generados por la ansiedad son características propias del trastorno que pueden afectar la adhesión terapéutica (Freire, 1986; Botella et al., 2003; Salaberría et al., 2000). Las sesiones terapéuticas suelen ser percibidas por los consultantes con trastorno de ansiedad social como espacios nuevos, evaluativos e inseguros, al menos en un inicio. Esto, a su vez, puede generar que el paciente asista de manera irregular a terapia o directamente deserte para evitar sentir las emociones negativas asociadas a la situación. Los mismos síntomas que generan las dificultades diarias de los consultantes y la búsqueda de apoyo profesional pueden convertirse en factores que incidan en su adherencia terapéutica (Salaberría & Echeburúa, 2003).

3.2.2.1.2. Factores asociados al terapeuta

La relación entre el consultante y el terapeuta es bidireccional. Factores como la personalidad y la actitud del terapeuta son variables que repercuten en la decisión del consultante de continuar con su proceso terapéutico (García y Rodríguez, 2005). Estudios señalan que cuando el consultante percibe que su terapeuta es inexperto, desconfiable y desagradable siente una insatisfacción lo suficientemente importante como para tomar la decisión de desertar (McNeill, May & Lee, 1987). Además de la formación y el conocimiento que posee el psicoterapeuta, existen otras habilidades propias, independientes a las técnicas empleadas, que promueven la adhesión terapéutica y disminuyen los índices de abandono (Buela et al., 2001). Estas habilidades incluyen a la capacidad de direccionar la terapia, la asertividad, la capacidad de promover la participación del consultante, la competencia de

organizar la información recibida y las capacidades comunicativas para darse a entender (Buela et al., 2001).

3.2.3. Modalidad Psicoterapéutica Virtual

La tecnología se encuentra presente en la mayoría de ámbitos y actividades humanas. La psicología clínica no es la excepción a esta tendencia (Trujillo, 2005). A pesar de que esta modalidad terapéutica se ha venido utilizando desde hace algunos años, alcanzó su mayor popularidad durante la emergencia sanitaria producida por la pandemia global COVID-19 (Rodríguez-Ceberio et al., 2021). Como consecuencia del confinamiento obligatorio, la psicoterapia en línea se popularizó globalmente. Aunque la crisis sanitaria ya ha sido superada, esta modalidad sigue siendo ampliamente empleada por varios profesionales de la salud mental alrededor del mundo (Rodríguez-Ceberio et al., 2021). El incremento en el uso de esta modalidad psicoterapéutica dio lugar a debates relacionados a su eficiencia (Sá & Ferreira, 2008). Sin embargo, diversos estudios han encontrado que su eficacia es similar a la de la terapia realizada de manera presencial, siendo particularmente eficiente durante las fases más agudas de trastornos de ánimo, ansiedad y adicción (Cuijpers et al., 2010; Kok et al., 2014).

No se ha desarrollado aún una definición exacta acerca de lo que se considera una psicoterapia virtual (Melchiori, Sansalone & Borda, 2011). Sin embargo, esta podría ser definida como cualquier tipo de interacción psicoterapéutica profesional que utiliza el internet como medio para realizar la práctica en salud mental (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). La psicoterapia virtual incluye una serie de intervenciones que van desde “aquellas en las que se tiene algún tipo de contacto con el terapeuta hasta algunas en las que el contacto es inexistente, desde aquellas en las que la comunicación es sincrónica o asincrónica, y aquellas que se llevan a cabo de manera paralela a una psicoterapia tradicional cara a cara” (Tate & Zabinski, 2004).

3.2.3.1. Ventajas de la Psicoterapia Virtual

La modalidad de psicoterapia virtual ofrece varias ventajas. En primer lugar, la terapia en línea facilita el acercamiento del tratamiento psicológico a zonas poco pobladas o rurales que no cuentan servicios o profesionales especializados (Suler, 2000; Tate y Zabinski, 2004). En segundo lugar, esta modalidad terapéutica contribuye en la disminución de barreras espaciotemporales que muchas veces actúan como limitantes tanto para el consultante como

para el terapeuta (Schultze, 2006). Finalmente, este medio es especialmente beneficioso para los consultantes a quienes se les dificulta buscar apoyo a través de medios tradicionales. El sentido de anonimato que ofrece la terapia en línea junto con la sensación de refugio e invisibilidad, que generan un sentimiento subjetivo de protección, son elementos que resultan particularmente atractivos para los individuos que evitan la psicoterapia presencial (Tate y Zabinski, 2004; Vallejo y Jordán, 2007).

3.3.Estado de la Cuestión

El trastorno de ansiedad social constituye un problema de salud pública para los estudiantes universitarios, debido a su elevada prevalencia e importantes consecuencias adversas. Se estima que, durante la etapa universitaria, 45.7% de estudiantes padecen de algún tipo de dificultad relacionada a la ansiedad social; mientras que 29.65% presentan altos niveles de ansiedad social (Zha et al., 2023). Otros autores reportan índices incluso más altos, Jefferies & Ungar (2020) señala que un 36% de estudiantes universitarios cumplen con todos los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad social. Según diversos autores, los estudiantes universitarios son más propensos a desarrollar un trastorno de ansiedad social en relación a otros grupos poblacionales, debido a la adquisición de nuevos roles y expectativas (Bella & Omigbodun, 2009). De hecho, varios estudiantes reportan haber desarrollado fobia social al entrar a la universidad, a pesar de no haber presentado antecedentes previos (Nevid, Rathus y Greene, 2007).

El desarrollo de estrategias de prevención e intervención es prioritario debido al alto impacto que tiene este trastorno en la vida de los estudiantes que lo padecen. Los universitarios con fobia social reportan altos niveles de angustia emocional e insatisfacción con respecto a su vida social (Russell & Thopam, 2012; Luan et al., 2022). Algunos señalan incluso la presencia de síntomas psicósomáticos y el desarrollo de condiciones médicas (Luan et al., 2022). El trastorno de ansiedad social no solo afecta el bienestar de los estudiantes, también tiene un gran impacto en su desempeño académico. Debido al alto requerimiento de interacción social que implica estudiar una carrera universitaria, los estudiantes que padecen de este trastorno suelen presentar un rendimiento académico muy bajo. De hecho, un porcentaje importante de

estudiantes universitarios con trastorno de ansiedad social prefieren abandonar sus estudios, debido a la dificultad que implica finalizarlos (Russell & Topham, 2012).

A pesar de la necesidad apremiante de soluciones efectivas para las dificultades de los estudiantes con ansiedad social, continúan existiendo muchas falencias en su reconocimiento y tratamiento. Debido a la naturaleza del trastorno, son muy pocos los estudiantes que buscan apoyo profesional y se estima que solo un tercio de los que buscan ayuda recibe algún tipo de tratamiento. Sin embargo, estos procesos terapéuticos no suelen cumplir con sus propósitos, debido a los altos niveles de inasistencia y abandono terapéutico (Domínguez et al., 2024). Se estima que casi la mitad de los consultantes con trastorno de ansiedad social suelen no adherirse al tratamiento psicológico y desertar prematuramente (Krebs et al., 2012).

Las emociones negativas asociadas a la interacción social y las frecuentes conductas evitativas son consideradas las principales razones por las cuales los consultantes con trastorno de ansiedad social abandonan prematuramente su proceso terapéutico (Wiltink et al., 2015), por lo que es primordial encontrar estrategias que permitan sortear estas dificultades. La aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual constituye una posible respuesta a los altos índices de abandono terapéutico en consultantes con fobia social. Diversos estudios reportan su efectividad en la disminución de la tasa de deserción terapéutica en diferentes poblaciones (Andersson, 2009; Christensen et al., 2009; Spek et al., 2007).

De igual manera, estudios realizados en poblaciones diagnosticadas con ansiedad social señalan también su efectividad (Lippke et al., 2021). Se ha encontrado que, debido a la naturaleza del trastorno, realizar el proceso terapéutico desde un espacio seguro para el consultante, sin una interacción social directa, puede resultar beneficioso para evitar inasistencias y deserciones (Lippke et al., 2021). De hecho, investigaciones señalan que la eficacia de la modalidad psicoterapéutica virtual suele ser más elevada en trastornos de ánimo y ansiedad (Kok et al., 2014).

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Diseño del Estudio

El presente proyecto de investigación busca analizar el efecto de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual en la deserción terapéutica de estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social. Para lograr este objetivo, se aplicará un enfoque cuantitativo, ya que se analizará estadísticamente, a través de instrumentos estandarizados, el número de estudiantes universitarios que tras realizar el estudio se adhirieron al proceso terapéutico y no lo abandonaron.

Con respecto al alcance de la propuesta, esta será un estudio no experimental descriptivo. Existen muy pocas investigaciones que estudian el efecto de la modalidad psicoterapéutica virtual en la deserción terapéutica en poblaciones universitarias. Son aún menos los estudios que examinan este efecto en poblaciones universitarias diagnosticadas con trastorno de ansiedad social (Lippke et al., 2021). Por este motivo, este proyecto busca determinar las propiedades y dimensiones de la problemática, a través de la cuantificación de variables, para preparar el terreno para investigaciones más detalladas y amplias sobre la relación entre estas dos variables en esta población específica.

Finalmente, este proyecto es un estudio transversal, ya que será realizado durante un período determinado de tiempo. Todos los datos necesarios serán recolectados durante un lapso de tiempo establecido, intervalo tras el cual ya no se reunirá más información.

4.2. Contexto

El proyecto será realizado en el Distrito Metropolitano de Quito, Pichincha, Ecuador. Debido a que el proyecto de investigación está enfocado en una población universitaria, este se realizará en una universidad privada de la ciudad, específicamente en la Universidad de las Américas. La Universidad de las Américas (UDLA) es la universidad privada más grande del Ecuador. Esta dispone de cuatro campus en Quito, en los que estudian aproximadamente 16.000 estudiantes, provenientes de diferentes provincias del Ecuador. La universidad cuenta

con 12 facultades y escuelas, con 39 programas de pregrado diurnos, 8 programas de pregrado nocturnos y 1 programa de pregrado semipresencial (Universidad de las Américas, 2020).

Se busca lograr una alianza con el Centro de Psicología Aplicada de esta universidad, ya que este centro es el encargado de ofrecer apoyo psicoterapéutico a todos los estudiantes de la universidad, que presentan algún tipo de dificultad durante su vida académica, a un precio accesible. El Centro de Psicología Aplicada cuenta con diversos psicoterapeutas que ofrecen sus servicios en diferentes modalidades, incluyendo a la modalidad virtual (Universidad de las Américas, 2019). Por lo tanto, la alianza con el centro ofrecería la información necesaria para seleccionar a la muestra más adecuada para el proyecto y los recursos físicos y humanos para realizarlo.

4.3.Participantes y Muestreo

A continuación, se detallarán las características de la muestra junto con los criterios de inclusión y exclusión de los participantes.

Población

El muestreo será no probabilístico por conveniencia, ya que se realizará de manera intencional, debido a que se requiere que la muestra cumpla con ciertas características para participar en el estudio. La muestra constará de veinte estudiantes universitarios, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 24 años. Los estudiantes deberán estar cursando una carrera de pregrado en la Universidad de las Américas. A su vez, es fundamental que los participantes cuenten con un diagnóstico de trastorno de ansiedad social formal y no presenten otros trastornos comórbidos.

Para obtener la muestra necesaria para la investigación, se enviará un correo a todos los estudiantes de pregrado de la Universidad de las Américas, a través de canales oficiales, con toda la información del proyecto. Una vez que las personas interesadas en participar hayan enviado sus solicitudes, mediante el formulario adjuntado en el correo previamente enviado, se revisará que cumplan con todos los criterios de inclusión del estudio. Se descartarán las

solicitudes de los interesados que no cumplan con los requisitos, para posteriormente seleccionar a 20 participantes, 10 hombres y 10 mujeres.

Una vez que se haya obtenido la muestra, se dividirá a los participantes en dos grupos iguales conformados cada uno por diez integrantes. Uno constituirá el grupo experimental y recibirá la terapia de manera virtual, mientras que el otro conformará el grupo de control y atenderá a terapia de forma presencial.

Se seleccionó este tamaño de muestra, ya que se considera que es el adecuado para analizar efectivamente la relación entre las dos variables que se desean estudiar. Investigaciones similares a las del presente proyecto han sido realizadas con un tamaño de muestra semejante y han logrado obtener resultados válidos (Tate y Zabinski, 2004; Vallejo y Jordán, 2007; Moreno et al., 2012), por lo que se considera que replicar el número de participantes resultará útil para alcanzar los objetivos planteados.

Criterios de Inclusión

A continuación, se detallarán los criterios de inclusión de la muestra:

- Ser un estudiante activo de una carrera de pregrado en la Universidad de las Américas.
- Tener entre 18 y 24 años.
- Haber sido diagnosticado con trastorno de ansiedad social.

Criterios de Exclusión

A continuación, se detallarán los criterios de exclusión de la muestra:

- Haber sido diagnosticado con algún otro trastorno mental.
- Estar atendiendo actualmente a terapia psicológica. Cabe recalcar que no es criterio de exclusión que el participante haya recibido apoyo psicoterapéutico profesional con anterioridad. Se requiere únicamente que durante el estudio no realice otro proceso terapéutico paralelamente.

4.4. Instrumentos

Se utilizarán tres instrumentos para alcanzar los objetivos planteados en el proyecto de investigación: Ficha de Seguimiento Terapéutico, Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento y Cuestionario CORE-OM.

Ficha de Seguimiento Terapéutico

Para alcanzar el objetivo principal del estudio, que consiste en analizar el efecto de la modalidad psicoterapéutica virtual en el abandono terapéutico, se requiere mantener un registro exacto de la asistencia de los participantes. Para esto, se utilizará la Ficha de Seguimiento Terapéutico propuesta por el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (2024).

El documento presenta una estructura que permite registrar la fecha de asistencia a la sesión terapéutica, un breve resumen de la intervención, observaciones importantes y un espacio para programar la próxima cita. Mediante este documento se podrá determinar que participantes asistieron a todas las sesiones psicoterapéuticas planeadas, quienes desertaron y en qué sesión lo hicieron. Se puede observar el formato del documento en el anexo A (Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador, 2024).

Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento

El Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento (VPA-30) es un test desarrollado por Sirvent (2009), con el fin de detectar predictores de abandono y adherencia al tratamiento psicoterapéutico. El test cuenta con una escala general que indica el riesgo de abandono y cinco subescalas que analizan factores de vulnerabilidad. El cuestionario está conformado por 30 preguntas, cuyo formato es de escala de Likert (Sirvent et al., 2010). El cuestionario presenta puntajes de consistencia interna y validez muy elevados, teniendo un Alfa de Cronbach de 0,86 (Sirvent, 2009).

Aunque el test fue desarrollado para analizar el riesgo de abandono psicoterapéutico en poblaciones con adicciones, únicamente una de sus cinco subescalas, conformada por seis preguntas, analiza elementos relacionados a la adicción. El resto de las preguntas se enfocan en factores de vulnerabilidad asociados a la motivación, la conciencia del problema, los

sentimientos adversos, el tratamiento y la adherencia (Sirvent et al., 2010). El cuestionario también ha sido aplicado en otros grupos poblacionales, por sus mismos desarrolladores, mostrando ser efectivo para estudiar el riesgo de abandono terapéutico en consultantes con trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y trastornos comórbidos (Arias, Moral y Sirvent, 2017).

Se considera que las características de este cuestionario permitirán alcanzar el objetivo específico del proyecto de identificar las principales causas de abandono psicoterapéutico en pacientes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social, ya que el test reconoce factores de vulnerabilidad a la deserción terapéutica. Con las adaptaciones adecuadas, que incluyen la eliminación de la subescala relacionada a la adicción, se podrá obtener información muy valiosa para el estudio. El hecho de que el cuestionario haya sido desarrollado en base a un grupo poblacional específico no debe ser un impedimento para aplicarlo en otro tipo de muestras, ya que investigaciones previas prueban su efectividad en diferentes contextos (Arias, Moral y Sirvent, 2017). Se puede observar el cuestionario en el anexo B (Sirvent, 2009).

Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), Versión en Español

La versión en español del CORE-OM (Feixas et al., 2012) es un instrumento psicológico diseñado con el propósito de analizar el progreso terapéutico de consultantes con problemas y patologías diversas. El cuestionario consiste en un autoinforme compuesto de 34 preguntas que evalúan el estado del consultante en base a cuatro dimensiones. En primer lugar, el test valora el bienestar subjetivo. En segundo lugar, evalúa problemas y síntomas, teniendo en cuenta factores relacionados a la ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos. En tercer lugar, analiza el funcionamiento general del consultante, a través de preguntas enfocadas en las relaciones sociales y el nivel de funcionamiento cotidiano. Finalmente, el cuestionario evalúa factores de riesgo, mediante indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones y actos de agresiones a terceros. El cuestionario tiene una consistencia interna (0,75 - 0,90) y una estabilidad test - retest (0,87 - 0,91) elevadas, así como también una validez muy alta de 0,94 (Feixas et al., 2012).

El cuestionario será utilizado para obtener la información necesaria para alcanzar el objetivo específico de reconocer los beneficios de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual, ya que permitirá recolectar datos sobre las diferentes dimensiones que se verán afectadas positivamente tras la aplicación de la psicoterapia. Se puede observar el cuestionario en el anexo C (Feixas et al., 2012).

4.5.Procedimiento

El primer paso para realizar el proyecto de investigación es crear una alianza con el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de las Américas. Para lograr este objetivo, se contactará a los coordinadores del lugar y se les presentará la propuesta de investigación, con el fin de que conozcan los detalles del estudio. Cuando la alianza haya sido aprobada, se contactará a los posibles terapeutas que ofrecerán el tratamiento psicoterapéutico a la muestra participante, tanto en modalidad virtual como presencial, y se les explicará el proyecto y su rol en el mismo. Una vez que se haya determinado que terapeutas del centro participaran en el proyecto, se realizará la firma de contratos de confidencialidad por parte de investigadores, coordinadores y terapeutas.

Tras este proceso, se contactará a la población objetiva. Para evitar invadir la privacidad de los posibles participantes y revisar sin su consentimiento sus antecedentes clínicos, se enviará un correo a todos los estudiantes de pregrado de la Universidad de las Américas, a través de canales oficiales, con toda la información del proyecto y los criterios de inclusión y exclusión de los participantes. De esta manera, solo los individuos que deseen participar en el estudio y cumplan con los criterios de inclusión contactarán a los investigadores.

Una vez que las personas interesadas en participar hayan enviado sus solicitudes, a través del formulario adjuntado en el correo previamente enviado, se revisará que cumplan con todos los criterios de inclusión del proyecto. Se descartarán las solicitudes de los interesados que no cumplan con los requisitos o que presenten algún criterio de exclusión, para posteriormente seleccionar a 20 participantes, 10 hombres y 10 mujeres. La muestra seleccionada será dividida nuevamente en dos grupos, conformados por diez integrantes cada uno. Un grupo será considerado el grupo experimental y recibirá apoyo psicoterapéutico

virtual, mientras que el otro constituirá el grupo de control e iniciará su proceso psicoterapéutico de manera presencial. Los participantes elegirán voluntariamente a qué modalidad desean asistir y en base a sus elecciones se conformarán los grupos de estudio. Antes del inicio del estudio, se realizará la firma de consentimientos informados.

Teniendo los dos grupos ya definidos, se iniciará la investigación. El estudio tendrá una duración aproximada de un mes y medio. Cada grupo asistirá a seis sesiones, una cada semana, en su respectiva modalidad. Se solicitará a cada terapeuta que lleve un registro preciso, mediante la Ficha de Seguimiento Terapéutico ofrecida, de la asistencia de los consultantes. Se permitirá que los participantes tengan una inasistencia justificada durante el transcurso del estudio. Si los consultantes faltan más de una vez o durante dos ocasiones consecutivas, se considerará que abandonaron su proceso terapéutico y ya no podrán continuar participando en el proyecto.

Además del registro de asistencia que se realizará semanalmente, antes de la primera sesión, se les solicitará a los participantes que respondan el Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento (Sirvent y 2009) y la versión en español del CORE-OM (Feixas et al., 2012). Tras finalizar las seis sesiones planificadas para la investigación, se pedirá nuevamente a los participantes que completen el CORE-OM. El Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento solo será aplicado al inicio del estudio y la información obtenida únicamente será utilizada si el participante abandona su proceso terapéutico. Es importante recalcar que los pacientes pueden continuar con su proceso terapéutico luego de que la investigación haya finalizado, sin embargo, solo serán utilizados los datos obtenidos durante las primeras seis sesiones, período tras el cual finalizará el estudio.

Una vez que hayan finalizado las seis sesiones psicoterapéuticas planificadas y se hayan recolectado todos los datos necesarios, se procederá a realizar su respectivo análisis.

4.6. Análisis de Datos

El objetivo principal del proyecto de investigación es analizar el efecto de la modalidad psicoterapéutica virtual en el abandono terapéutico de estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social. A su vez, el estudio busca identificar las principales causas de abandono psicoterapéutico en esta población específica, así como también reconocer los principales beneficios de la aplicación de esta modalidad terapéutica. La investigación plantea como hipótesis principal que la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual disminuirá la deserción terapéutica.

Hipótesis: La aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual disminuirá el abandono terapéutico de estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social.

Variable Dependiente: Abandono terapéutico.

Variable Independiente: Aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual.

Para probar esta hipótesis se realizará un estudio con una muestra conformada por 20 estudiantes de pregrado de la Universidad de las Américas, con edades comprendidas entre los 18 y 24 años, diagnosticados con trastorno de ansiedad social. Para analizar el efecto entre las dos variables se utilizarán tres instrumentos: Ficha de Seguimiento Terapéutico, Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento y Cuestionario CORE-OM.

La Ficha de Seguimiento Terapéutico será utilizada para recolectar datos sobre la adhesión y deserción de los participantes, tanto en el grupo experimental como en el grupo de control. El Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento permitirá obtener información acerca de las principales causas de deserción terapéutica en esta población. Finalmente, el Cuestionario CORE-OM ofrecerá datos para analizar los beneficios de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual.

Todos los datos obtenidos mediante la aplicación de estos instrumentos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS. Este análisis bivalente, a través de una prueba t, permitirá realizar una comparación entre el porcentaje de deserción terapéutica del

grupo experimental y de control, identificar estadísticamente cuáles son las principales causas de un abandono terapéutico prematuro y detectar qué ámbitos de la vida de los consultantes mejoraron tras la implementación de la psicoterapia en línea.

Es importante tener en cuenta al momento de realizar el análisis estadístico pertinente, la presencia de variables extrañas que pueden llegar a afectar los resultados obtenidos. El enfoque terapéutico utilizado, la alianza terapéutica, las características personales del terapeuta y consultante, etc. Son factores que pueden llegar a interferir en los resultados de la investigación. Es primordial detallarlos y mencionarlos para que otros investigadores los tengan en cuenta al momento de replicar la investigación.

4.7. Planificación de Actividades por Cada Objetivo Específico

Tabla 1

Tabla de Planificación de Actividades por Objetivo Específico

Objetivo específico	Actividades por objetivo	Inicio	Fin
Actividades pre-objetivos.	A.0.1 Gestión de una alianza con el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de las Américas.	M1	M1
	A.0.2 Contacto con los psicoterapeutas que participaran en el proyecto de investigación.	M1	M1
	A.0.3 Firma de los contratos de confidencialidad con los coordinadores, terapeutas e investigadores.	M1	M1
	A.0.4 Primer contacto con los posibles participantes a través de un correo electrónico enviado por los canales oficiales de la universidad.	M1	M1

	A.0.5 Selección de la muestra que participará en el estudio.	M1	M1
	A.0.6 Entrega del consentimiento informado a los participantes.	M1	M1
O.1. Identificar las principales causas de abandono psicoterapéutico en pacientes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social	A.1.1 Aplicación del cuestionario VPA-30 a todos los participantes, antes del inicio de la primera sesión.	M2	M2
	A.1.2 Revisión del registro de asistencia de los participantes una vez finalizado el proceso terapéutico.	M3	M3
	A.1.3 Identificación de los participantes que abandonaron sus procesos terapéuticos prematuramente.	M3	M3
	A.1.4 Recopilación de datos de los cuestionarios VPA-30 de estos participantes.	M3	M3
	A.1.5 Análisis de datos.	M3	M3
O.2. Reconocer los beneficios de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual para los individuos que presentan fobia social.	A.2.1 Aplicación del cuestionario CORE-OM a todos los participantes antes del inicio de la primera sesión terapéutica.	M2	M2
	A.2.2 Aplicación del cuestionario CORE-OM a todos los participantes que concluyeron su proceso terapéutico en su totalidad.	M3	M3
	A.2.3 Eliminación de los cuestionarios de los participantes que abandonaron prematuramente el proyecto.	M3	M3
	A.2.4 Recopilación de datos iniciales y finales, obtenidos a través del	M3	M3

	CORE-OM, de los participantes que finalizaron el proceso terapéutico.		
	A.2.5 Análisis de datos.	M3	M3
O.3. Examinar la relación entre la modalidad psicoterapéutica virtual y el abandono terapéutico.	A.3.1 Entrega de las fichas de registro de asistencia a los terapeutas que participarán en el proyecto.	M2	M2
	A.3.2 Recolección de las fichas de registro de asistencia una vez finalizado el tratamiento terapéutico de los participantes.	M3	M3
	A.3.3 Recopilación de datos del abandono y adherencia terapéutica de los participantes.	M3	M3
	A.3.4 Análisis de datos.	M3	M3

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; M = Mes

4.8. Reflexividad de la Investigadora

El objetivo principal del proyecto de investigación es analizar el efecto de la modalidad psicoterapéutica virtual en la deserción terapéutica. La investigadora propone como hipótesis que la modalidad psicoterapéutica virtual disminuirá el abandono terapéutico. Sin embargo, el estudio está diseñado para encontrar la relación entre estas dos variables, ya sea positiva o negativa, sin la intervención de sesgos personales. Las variables serán evaluadas a través de instrumentos estandarizados con altos niveles de validez, con el fin de que las creencias personales de la investigadora no generen intersubjetividad. A su vez, se realizará una interlocución con otros investigadores para prevenir sesgos personales al momento de analizar los datos obtenidos.

4.9.Consideraciones Éticas

El proyecto deberá ser aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de las Américas (CEISH-UDLA) antes de ser realizado. Una vez que sea aprobado, todos los datos obtenidos durante el proyecto serán manejados con estricta confidencialidad y utilizados únicamente con fines académicos. Desde el inicio del estudio, los participantes serán tratados con respeto y serán informados de sus derechos, los cuales se detallarán en el consentimiento informado que recibirán. Se puede observar el formato del consentimiento informado, ofrecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2022), en el Anexo D. Finalmente, es importante destacar que los participantes son libres de abandonar el proyecto en cualquier momento que lo deseen sin consecuencia alguna.

El estudio no representa ningún riesgo para los participantes. Al contrario, este ofrece varios beneficios, ya que brindará apoyo psicoterapéutico profesional especializado a los participantes. De igual manera, se considera que el proyecto resultará beneficioso para el ámbito psicológico, debido a que explorará la relación entre dos variables poco estudiadas en una población específica.

Al finalizar el estudio, se socializarán los resultados obtenidos a los participantes, para que puedan comprender como su participación permitió la obtención de información valiosa para el continuo desarrollo de la psicología clínica y la psicoterapia.

4.10.Viabilidad

Se considera que el proyecto es factible, ya que será realizado en un centro terapéutico que ya cuenta con los recursos físicos y humanos para aplicar el proyecto. El Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de las Américas está conformado por terapeutas que ofrecen sus servicios en diferentes modalidades, así que la aplicación del proyecto no representaría un esfuerzo adicional para los profesionales. Por otra parte, los estudiantes de la universidad que requieren apoyo psicológico durante su vida académica son derivados a este lugar, así que de todas maneras iniciarían su proceso terapéutico en el centro. De igual manera, debido a que el estudio no se enfocará en el contenido de las sesiones sino en la asistencia y el resultado final del tratamiento, se considera que los estudiantes no tendrán recelo de participar,

ya que su privacidad no se verá afectada. Finalmente, el estudio tiene un enfoque transversal, diseño que permitirá la recolección de datos en un período corto de tiempo, reduciendo así los costos de su realización.

El único obstáculo que se puede identificar en la implementación del proyecto es que el Centro de Psicología Aplicada no esté dispuesto a aceptar la alianza. Sin embargo, en caso de que esto sucediera se pueden generar alianzas con otros centros terapéuticos de las universidades de la ciudad.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Tras finalizar el proyecto de investigación, se espera encontrar que la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual resulta efectiva para disminuir la deserción terapéutica en estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social. Se cree que el grupo de control tendrá un mayor porcentaje de abandono psicoterapéutico en relación al grupo experimental que realizó su proceso terapéutico en línea.

Aunque no se han realizado estudios que analicen específicamente la efectividad de la psicoterapia virtual en la disminución del abandono terapéutico en poblaciones universitarias diagnosticadas con ansiedad social, existen diversas investigaciones que apuntan a que los resultados obtenidos serán probablemente los esperados. Varios autores resaltan la efectividad de la modalidad psicoterapéutica virtual en la reducción de los índices de deserción terapéutica en diferentes grupos poblacionales (Andersson, 2009; Christensen et al., 2009; Spek et al., 2007). Estudios enfocados concretamente en individuos diagnosticados con ansiedad social también respaldan la efectividad de la modalidad psicoterapéutica virtual (Lippke et al., 2021). Se ha encontrado que, debido a la naturaleza del trastorno, realizar el proceso terapéutico desde un entorno seguro para el paciente, sin la presencia de una interacción social directa, puede resultar ventajoso para eludir inasistencias y deserciones (Lippke et al., 2021; Kok et al., 2014). Debido a que estudios previos han demostrado la efectividad de la modalidad psicoterapéutica virtual en la reducción del abandono psicoterapéutico en individuos con ansiedad social, se considera que estos resultados pueden ser generalizados a una población universitaria.

Con respecto al objetivo específico que plantea identificar las principales causas de abandono psicoterapéutico en pacientes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social, se espera que estas estén determinadas por ciertos factores de vulnerabilidad. En el caso de que alguno de los participantes, ya sea del grupo experimental o del grupo de control, finalice su proceso terapéutico prematuramente, se espera que este abandono esté influenciado por elementos asociados a la conciencia del problema, los sentimientos adversos y la percepción del tratamiento.

Investigaciones enfocadas en la detección de predictores de abandono y adherencia al tratamiento psicoterapéutico, realizadas en diferentes grupos poblacionales, han logrado identificar ciertos elementos que pueden ayudar a determinar si un consultante abandonará su proceso terapéutico (Sirvent, 2009; Sirvent et al., 2010). Estos factores están relacionados a la percepción del consultante sobre el tratamiento, su conciencia sobre el problema y los sentimientos adversos producidos por el trastorno (Sirvent et al., 2010). Ya que estos estudios establecen que estos elementos son predictores de abandono terapéutico en diferentes poblaciones, incluyendo pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, se espera que también ayuden a identificar a los participantes que presentan un riesgo de abandonar su proceso terapéutico en la presente investigación. En consecuencia, se cree que los participantes que presentaron puntajes en el VPA-30 que indicaban un alto riesgo de abandono terapéutico al inicio del proyecto, efectivamente finalizaran prematuramente su proceso terapéutico; demostrando así que la conciencia del problema, los sentimientos adversos y la percepción del tratamiento son factores predictores de deserción terapéutica en estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social.

Por otra parte, en cuanto al objetivo específico que propone reconocer los beneficios de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual para los individuos que presentan fobia social, se espera que tras asistir a las seis sesiones psicoterapéuticas virtuales los participantes del grupo experimental presenten mejoras en su bienestar subjetivo y su funcionamiento cotidiano. Se cree que los puntajes obtenidos a través del cuestionario CORE-OM mostrarán un incremento en el bienestar y funcionamiento de los participantes del grupo experimental tras concluir la investigación y que estos puntajes serán significativamente más elevados en relación a los participantes del grupo de control, quienes recibieron psicoterapia de manera presencial. Investigaciones señalan que la modalidad psicoterapéutica virtual es

particularmente útil para reducir síntomas, mejorar el rendimiento e incrementar el bienestar de los consultantes en las fases más agudas de trastornos de ansiedad y ánimo, por lo que se considera que los resultados esperados de este objetivo son viables (Kok et al., 2014).

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1. Nivel de la Intervención

La presente propuesta tiene un nivel de intervención preventivo, ya que su propósito es promover la búsqueda de tratamiento psicológico para evitar el desarrollo de trastornos relacionados a la ansiedad social en estudiantes universitarios, a través de la implementación de campañas psicoeducativas que informen a los jóvenes sobre el trastorno, sus síntomas y los servicios profesionales disponibles. Mediante la concientización de esta problemática, se espera lograr la búsqueda de atención psicológica temprana, para tratar la sintomatología desde sus primeras etapas y evitar el futuro desarrollo de trastornos de ansiedad social.

6.2. Fundamentación

El trastorno de ansiedad social representa un problema de salud pública para los jóvenes universitarios debido a su alta prevalencia y graves consecuencias. El 45,7% de estudiantes universitarios presentan dificultades relacionadas con la fobia social y aproximadamente un 30% presenta niveles muy elevados de ansiedad social. Este trastorno tiene un gran impacto en la vida de los estudiantes que lo padecen, afectando no solo su bienestar sino también su rendimiento académico (Zha et al., 2023). Según varias investigaciones, las dificultades son tan numerosas, que un importante porcentaje de estudiantes universitarios diagnosticados con ansiedad social prefieren no continuar con sus estudios (Russell & Topham, 2012).

Debido a que aproximadamente la mitad de estudiantes universitarios presentan dificultades relacionadas a la ansiedad social, la misma que tiene un impacto significativo sobre su vida personal y académica, es prioritario desarrollar estrategias que permitan prevenir esta problemática (Zha et al., 2023; Russell & Topham, 2012). Una prevención adecuada, en poblaciones universitarias que comienzan a presentar sintomatología ansiosa, podría evitar el desarrollo de trastornos relacionados a la ansiedad social y contribuir en la disminución de su

prevalencia. De igual manera, la implementación de proyectos de prevención contribuiría en el mejoramiento del rendimiento académico de los estudiantes, el aumento de su bienestar percibido y la disminución de las tasas de deserción académica (Russell & Topham, 2012; Luan et al., 2022).

El presente proyecto de intervención está diseñado con el propósito de prevenir el desarrollo de futuros trastornos de ansiedad social, a través de la concientización de la problemática, mediante campañas psicoeducativas que informen a los estudiantes universitarios de este trastorno de ansiedad e incentiven la búsqueda de atención profesional temprana. De igual manera, por medio de la implementación de campañas educativas, se busca dar a conocer a los estudiantes sobre los servicios de salud mental y facilidades que ofrece la universidad para ayudarlos a resolver sus dificultades. Se espera que la aplicación de estas estrategias de prevención contribuya en la disminución de la prevalencia de trastornos de ansiedad social en la población intervenida.

6.3.Descripción de la Propuesta

6.3.1. Objetivos de la Intervención

Objetivo General

Concientizar a los estudiantes de la Universidad de las Américas sobre la ansiedad social y los servicios de salud disponibles para afrontarla.

Objetivos Específicos

- Informar a los estudiantes universitarios sobre el trastorno de ansiedad social y su sintomatología.
- Incentivar la búsqueda de atención psicológica temprana por parte de los alumnos universitarios.
- Dar a conocer los servicios de apoyo profesional disponibles para los estudiantes.

6.3.2. Población Objetivo

La población objetiva de esta propuesta de intervención preventiva son todos los estudiantes de pregrado de la Universidad de las Américas, sin importar su carrera, género o edad. Según varias investigaciones, los estudiantes universitarios son una de las poblaciones más propensas a desarrollar trastornos de ansiedad social (Bella & Omigbodun, 2009). De hecho, casi la mitad de universitarios reportan haber enfrentado dificultades relacionadas con la fobia social durante su vida académica (Zha et al., 2023), a pesar de no haber presentado antecedentes previamente (Nevid et al., 2007). Por este motivo, esta propuesta de intervención está diseñada para tener un amplio alcance e informar a la mayor cantidad de estudiantes sobre el trastorno de ansiedad social, sus síntomas y los recursos disponibles que tienen para enfrentar estas dificultades.

6.3.3. Actividades y Procedimientos de la Intervención

La presente intervención preventiva está conformada por campañas de psicoeducación que se centrarán en dos temas principales: El trastorno de ansiedad social y los recursos disponibles para afrontarlo. Por una parte, la información ofrecida sobre la fobia social se centrará en su sintomatología, sus consecuencias y estrategias para identificar su aparición. Por otra parte, se busca también dar a conocer a los estudiantes sobre los recursos disponibles que ofrece la universidad para ayudarlos a enfrentar sus dificultades. Se darán a conocer los servicios que ofrece el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de las Américas, sus costos, las modalidades en las que se realizan las psicoterapias y los beneficios de buscar apoyo profesional.

Esta información se socializará de dos maneras, a través de campañas publicitarias realizadas a través de diferentes medios de comunicación y mediante la realización de charlas educativas. Las campañas publicitarias se ejecutarán a través de correos, pancartas y publicaciones de las redes sociales de la universidad. Mediante estos medios, se dará a conocer de manera llamativa y educativa la información necesaria para comprender el problema que implica la ansiedad social en la población universitaria, así como también los recursos disponibles para afrontarla.

Por su parte, las charlas serán impartidas por profesionales expertos en el tema, durante la Semana de Psicología, en las instalaciones de la Universidad de las Américas. Las charlas serán grabadas, así que los estudiantes podrán observarlas de manera diferida en el caso de que no poder asistir. Las charlas consistirán en dos clases magistrales realizadas durante dos días de la Semana de Psicología respectivamente. Una de las clases será impartida por un profesional de la salud mental y se enfocará exclusivamente en el trastorno de ansiedad social, exponiendo sus causas, consecuencias, sintomatología y estrategias de detección temprana. La otra clase será impartida por un representante del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de las Américas y se enfocará en brindar información sobre los servicios que ofrece el establecimiento, sus costos accesibles, sus campañas de apoyo comunitario y las modalidades en las que se realizan las psicoterapias. El propósito de esta clase es dar a conocer a los estudiantes las facilidades que ofrece la universidad para resolver sus dificultades, en caso de que no las hayan conocido con anterioridad.

El objetivo de estas actividades es concientizar a los estudiantes de pregrado de la Universidad de las Américas sobre la ansiedad social y los servicios disponibles para afrontarla, con el fin de incentivar una búsqueda de atención temprana y evitar el desarrollo de futuros trastornos de ansiedad social. A continuación, se detallarán las actividades que se realizarán durante esta propuesta de intervención.

Tabla 2

Tabla de Planificación de Actividades de la Propuesta de Intervención

	Actividades	Inicio	Fin
Campañas Publicitarias	A.1.1 Solicitar permisos a la Universidad de las Américas para publicar, por diferentes medios de comunicación, los elementos publicitarios que conforman la campaña psicoeducativa.	S1	S4
	A.1.2 Creación del material publicitario que va a ser utilizado durante las campañas.	S1	S4

	A.1.3 Creación de un calendario de contenido para distribuir las publicaciones.	S3	S4
	A.1.4 Iniciar la publicación de contenido durante la Semana de Psicología de la Universidad de las Américas.	S5	S5
	A.1.5 Evaluación de la efectividad de la intervención	S6	S6
Charlas educativas	A.2.1 Contactar a los expositores de las clases magistrales.	S1	S2
	A.2.2 Solicitar permisos para poder participar en la Semana de Psicología de la Universidad de las Américas.	S1	S3
	A.2.3 Desarrollar un guion que incluya los elementos principales que deben ser discutidos durante las charlas.	S1	S2
	A.2.4 Entregar el guion con las sugerencias a los expositores.	S2	S3
	A.2.5 Organizar las charlas educativas en los días asignados.	S5	S5
	A.2.6 Evaluación de la efectividad de la intervención	S6	S6

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; S = Semana

6.3.4. Potenciales Beneficios de la Intervención

Se considera que la propuesta de intervención ofrece varios beneficios a los participantes. En primer lugar, aporta con la información necesaria para comprender el trastorno de ansiedad social e identificarlo tempranamente, antes de que los síntomas empeoren

y generen más dificultades. A su vez, las campañas psicoeducativas ayudarán a los estudiantes a buscar apoyo profesional, dando a conocer los servicios que ofrece la universidad a un costo accesible. Las actividades realizadas en esta intervención preventiva permitirán que los estudiantes identifiquen y comprendan los síntomas que pueden llegar a experimentar debido a la ansiedad social e incentivarán la búsqueda de servicios de salud mental en caso de que sean requeridos.

6.3.5. Recursos Necesarios para Implementar la Intervención

La intervención preventiva requiere tanto recursos materiales como humanos para su aplicación. Por una parte, se necesitan materiales para imprimir las pancartas que serán utilizadas durante la campaña publicitaria de psicoeducación. Por otra parte, los recursos humanos son esenciales durante toda la intervención, ya que se precisa de personas que diseñen los elementos publicitarios que se publicarán a través de los diferentes medios de comunicación. Además, se requiere la participación de dos expositores durante las charlas realizadas en la Semana de Psicología de la Universidad de las Américas.

6.3.6. Plan de Evaluación de la Efectividad de la Intervención

Se planea evaluar la efectividad de la intervención mediante dos medios. En primer lugar, se observará el incremento de solicitudes relacionadas a problemas de ansiedad social en el Centro de Psicología Aplicadas de la Universidad de las Américas tras la finalización de la campaña de psicoeducación. Un incremento en la búsqueda de apoyo psicológico por parte de los estudiantes implicaría que la intervención fue exitosa. Sin embargo, se entiende que este aumento puede ser ocasionado por muchos factores ajenos al proyecto, por lo que se utilizará también otro instrumento de medición para analizar la efectividad de la intervención. Se desarrollará un cuestionario en el que se evaluará la comprensión percibida del trastorno de ansiedad social y la intención de búsqueda de apoyo profesional de los estudiantes, a través de cinco preguntas con un diseño de escala de Likert. El cuestionario se enviará por medio de correo electrónico a todos los participantes que se inscribieron en las charlas educativas realizadas. De igual manera, se compartirá el enlace del cuestionario por los mismos medios

de comunicación en los que se realizó la campaña publicitaria, para poder evaluar también este aspecto de la intervención. Se puede observar el cuestionario que será utilizado en el anexo E.

6.4. Viabilidad de la Intervención

Se considera que la aplicación de la presente propuesta de intervención es viable. La Semana de Psicología se realiza todos los años en la Universidad de las Américas y ofrece oportunidades para hablar sobre la salud mental. Teniendo en cuenta que la ansiedad social es un problema que afecta a tantos estudiantes universitarios, es muy factible que la universidad acceda a brindar espacios, durante este período, para hablar del tema. Tanto el Club de Psicología como el Centro de Psicología Aplicada buscan implementar constantemente campañas de concientización sobre la salud mental, explicando la magnitud de la problemática a estos organismos se pueden obtener alianzas que permitan el desarrollo de esta propuesta de intervención preventiva.

7. DISCUSIÓN

7.1. Discusión de las Implicaciones de los Resultados Esperados

A pesar de que hasta la actualidad no se han realizado investigaciones que estudien la eficiencia de la modalidad psicoterapéutica virtual en la reducción del abandono terapéutico en estudiantes universitarios diagnosticados con fobia social, existen varios autores que han analizado su efectividad en otros grupos poblacionales (Andersson, 2009; Christensen et al., 2009; Spek et al., 2007). Investigaciones centradas en pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad social destacan la efectividad de la modalidad psicoterapéutica virtual para tratar esta condición (Lippke et al., 2021). Diversos autores señalan que, debido a la naturaleza de la fobia social, recibir psicoterapia desde un entorno seguro para el paciente, sin una interacción social directa, puede resultar beneficioso para disminuir las inasistencias y evitar deserciones (Lippke et al., 2021; Kok et al., 2014).

Debido a que estudios previos han probado la efectividad de la modalidad psicoterapéutica virtual en la reducción del abandono psicoterapéutico en individuos con ansiedad social, se considera que estos resultados pueden ser generalizados a una población

universitaria. Por lo tanto, se espera que, tras finalizar el proyecto de investigación, se encuentre que la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual resulta efectiva para disminuir la deserción terapéutica en estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social.

Los resultados esperados del proyecto de investigación sobre el efecto de la modalidad psicoterapéutica virtual en el abandono terapéutico de estudiantes universitarios diagnosticados con trastorno de ansiedad social tienen importantes implicaciones tanto para las investigaciones futuras como para la práctica clínica.

Por una parte, el estudio sentaría las bases para investigaciones futuras sobre la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual en poblaciones universitarias e individuos con ansiedad social. Existen muy pocas investigaciones que analicen la efectividad de esta modalidad de psicoterapia en la disminución del abandono terapéutico en poblaciones universitarias. Son incluso más reducidos los estudios que examinan este efecto en poblaciones universitarias diagnosticadas con trastorno de ansiedad social (Lippke et al., 2021). La investigación ofrecería los parámetros necesarios para realizar estudios futuros sobre esta problemática y ampliar la información que se tiene sobre el tema.

Con respecto a la práctica clínica, los datos obtenidos tras la aplicación de la propuesta de intervención permitirían el desarrollo de otras estrategias preventivas, basadas en la psicoeducación, enfocadas en la reducción de los índices de ansiedad social en estudiantes universitarios, a través de la búsqueda de atención temprana. Ya que un gran porcentaje de estudiantes universitarios presentan dificultades relacionadas a la ansiedad social, la misma que tiene implicaciones negativas significativas sobre su bienestar emocional y rendimiento académico, es fundamental desarrollar y aplicar estrategias que permitan prevenir esta cuestión (Zha et al., 2023; Russell & Topham, 2012). Una prevención temprana, en poblaciones universitarias que comienzan a presentar síntomas ansiosos, podría impedir la aparición de trastornos relacionados a la ansiedad social, generar una mejora en su rendimiento, aumentar su bienestar y disminuir las tasas de deserción académica (Russell & Topham, 2012; Luan et al., 2022).

7.2. Discusión de las Limitaciones y Fortalezas

Tanto la propuesta de investigación como la propuesta de intervención tienen limitaciones y fortalezas. A continuación, se detallarán cada una de estas.

7.2.1. Limitaciones y Fortalezas de la Propuesta de Investigación

Fortalezas

- *Relevancia:* La propuesta aborda una problemática importante y relevante. Es prioritario investigar y desarrollar nuevas estrategias de intervención efectivas para solucionar las dificultades de los estudiantes con ansiedad social, ya que casi la mitad de universitarios las enfrentan durante su vida académica (Zha et al., 2023).
- *Innovación:* La propuesta ofrece una perspectiva nueva a esta problemática. Existen muy pocas investigaciones que estudian el efecto de la modalidad psicoterapéutica virtual en la deserción terapéutica en poblaciones universitarias. Son aún menos los estudios que examinan este efecto en poblaciones universitarias diagnosticadas con trastorno de ansiedad social (Lippke et al., 2021).

Limitaciones

- *Variables extrañas:* Existen muchas variables que pueden llegar a interferir en los resultados de la investigación. Elementos como la alianza terapéutica, el enfoque psicoterapéutico utilizado y las características personales del terapeuta pueden afectar los resultados obtenidos.
- *Tamaño de la muestra:* El trastorno de ansiedad social es una condición que afecta a un gran número de estudiantes universitarios (Zha et al., 2023). Se podría emplear una muestra más grande para analizar con mayor precisión la efectividad de la modalidad psicoterapéutica virtual en la disminución del abandono terapéutico en esta población. Sin embargo, debido a la disponibilidad de recursos se tuvo que optar por un tamaño de muestra modesto.

7.2.2. Limitaciones y Fortalezas de la Propuesta de Intervención

Fortalezas

- *Relevancia:* Debido a que un gran porcentaje de estudiantes universitarios experimentan dificultades asociadas con la ansiedad social, la cual tiene un gran impacto en su bienestar y desempeño académico, es crucial desarrollar estrategias para prevenir esta problemática (Zha et al., 2023; Russell & Topham, 2012). Una intervención temprana y efectiva en poblaciones universitarias que muestran signos iniciales de ansiedad podría ayudar a impedir el desarrollo de trastornos relacionados a la ansiedad social y contribuir en la reducción de su prevalencia.
- *Tiempo y recursos:* La intervención será realizada en un período de tiempo relativamente corto, mediante el uso de recursos humanos y materiales accesibles. Esto disminuirá el costo del desarrollo del proyecto y permitirá implementarlo sin mayores dificultades.

Limitaciones

- *Público limitado:* El proyecto de intervención va a ser difundido durante la Semana de Psicología de la Universidad de las Américas. Aunque las charlas y exposiciones están abiertas a todo público, quienes mayoritariamente asisten son profesionales y estudiantes de psicología. Esto puede llegar a limitar el alcance de la intervención.
- *Efectividad de la intervención:* La campaña psicoeducativa, realizada a través de diferentes medios de comunicación, tiene un amplio alcance y difusión. Sin embargo, es difícil determinar si realmente llegó a la población objetiva, ya que no es posible establecer si la información fue internalizada y comprendida en su totalidad. Los estudiantes pueden participar en la campaña sin que esta genere algún tipo de cambio positivo en sus conductas.
- *Evaluación de la propuesta:* Como método de evaluación de la efectividad de la intervención preventiva, se propone observar el incremento de solicitudes relacionadas a problemas de ansiedad social en el Centro de Psicología Aplicadas de la Universidad de las Américas. Sin embargo, este

aumento puede ser ocasionado por diversos factores ajenos al proyecto, sobre los cuales no se tiene control.

7.3.Conclusiones

El trastorno de ansiedad social representa un grave problema para los estudiantes universitarios, debido a su elevada prevalencia e importantes consecuencias. Casi el 50% de universitarios presentan dificultades relacionadas a la fobia social, la misma que afecta notablemente varios ámbitos de su vida, perjudicando su rendimiento académico y disminuyendo su bienestar. Las dificultades suelen ser tan grandes, que un porcentaje significativo de estudiantes universitarios diagnosticados con ansiedad social prefiere finalizar prematuramente sus estudios (Zha et al., 2023; Russell & Topham, 2012).

A pesar de su alta prevalencia e importantes repercusiones, siguen existiendo falencias en la detección y tratamiento del trastorno de ansiedad social. A esta situación se suma el hecho de que muy pocas personas con fobia social buscan apoyo profesional (Domínguez et al., 2024) y las que sí lo hacen suelen asistir de manera irregular, presentando altos niveles de inasistencia y deserción terapéutica (Krebs et al., 2012).

La implementación de la modalidad psicoterapéutica virtual representa una solución a los altos índices de deserción terapéutica observados en los individuos diagnosticados con trastorno de ansiedad social. Investigaciones señalan que proveer a los consultantes de orientación profesional en línea aumenta los niveles de adherencia al proceso terapéutico y disminuye la tasa de abandono (Andersson, 2009; Christensen et al., 2009; Spek et al., 2007). Realizar el proceso terapéutico desde un espacio percibido como seguro por el consultante, sin una interacción social directa, puede resultar beneficioso para evitar inasistencias y deserciones según diversas investigaciones (Lippke et al., 2021; Christensen et al., 2009; Spek et al., 2007).

En definitiva, es prioritaria la investigación, desarrollo e implementación de estrategias de prevención e intervención de esta problemática. Por una parte, una prevención temprana podría evitar el desarrollo de futuros trastornos de ansiedad social y contribuir en la disminución de su prevalencia. Mientras que una intervención correcta podría aumentar el

bienestar y rendimiento de los estudiantes, así como también disminuir la tasa de deserciones terapéuticas y académicas.

7.4.Recomendaciones

Con respecto a la propuesta de investigación, se recomienda ciertas modificaciones en la muestra seleccionada. Se aconseja el uso de una muestra más grande, para la obtención de resultados más precisos sobre el efecto de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica virtual en la disminución del abandono terapéutico en poblaciones universitarias. Se sugiere, también, tener en cuenta la presencia de procesos terapéuticos previos, para ampliar el conocimiento sobre los factores que pueden llegar a influenciar en la deserción psicoterapéutica. De igual manera, se recomienda el desarrollo de instrumentos de evaluación de los factores asociados a la deserción psicoterapéutica en poblaciones universitarias y poblaciones diagnosticadas con fobia social, ya que hasta la actualidad no existen instrumentos que evalúen exclusivamente a estos individuos.

En cuanto a la propuesta de intervención, se recomienda la implementación del proyecto durante un mayor período de tiempo. Debido a los recursos de los investigadores, esta propuesta fue planificada para durar un lapso corto de tiempo, sin embargo, se considera que la prolongación de las campañas psicoeducativas resultaría beneficiosa para generar un cambio en los participantes. A su vez, se sugiere la implementación de una evaluación más detallada de la efectividad de la intervención. La aplicación de otros instrumentos de evaluación ayudaría a identificar de mejor manera las fortalezas y limitaciones de la propuesta.

8. REFERENCIAS

- Alcázar, R. (2007) Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), pp. 55-62. ISSN-e: 0185-3325.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behavior therapy. *Behav. Res. Ther.*, 47, 175-180. DOI: 10.1016/j.brat.2009.01.010.
- Anxiety & Depression Association of America. (2023). *Trastorno de Ansiedad Social*. Anxiety & Depression Association of America.
<https://adaa.org/sites/default/files/ADAA%20Trastorno%20%20de%20Ansiedad%20Social.pdf>.
- Arias, A., Moral, M. & Sirvent, C. (2017). Bidependencia, percepción del riesgo de abandono y adherencia al tratamiento en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencia*, 43(1), 29-47. ISSN: 0213-7615.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [Quinta Edición]. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados, A. (2009). *Fobia Social*. Universidad de Barcelona.
- Barlow, D. (2003). The nature and development of anxiety and its disorders: Triple vulnerability theory. *Eye on Psychology Clinical*, 7(2), 14-20.
- Barlow, D. & Durand, V. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral*. Thomson.
- Bella, T. & Omigbodun, O. (2009). Social phobia in Nigerian University students: Prevalence, correlates and co-morbidity. *Social Psychiatry*, 44(6), 458-463.
 DOI: 10.1007/s00127-008-0457-3.
- Botella, C., Baños, R. & Perpiñá, C. (2003). *Fobia Social*. Paidós.

- Bravo, M. & Blázquez. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-127. DOI:10.35830/urp.v11i24.82.
- Buela, G., Sierra, J., López, M., & Rodríguez, I. (2001) “Habilidades Terapéuticas y del Terapeuta”. *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Biblioteca Nueva.
- Bueno, A., Córdoba, A., Escolar, A. & Calvo, C. (2000). Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental del Distrito de Jerez de la Frontera. *Psiquiatría Pública*, 12(2), 139-149.
https://www.researchgate.net/publication/321937641_Variables_asociadas_al_abandono_del_tratamiento_o_la_terapia_en_el_equipo_de_salud_mental_del_Distrito_de_Jerez_de_la_Frontera.
- Chen, A. (1991). Noncompliance in comunitary psychiatry, a review of clinical interventions. *Hospital comunitary psychiatry*, 42, 282-287. DOI: 10.1176/ps.42.3.282.
- Christensen, H., Griffiths, K. & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet interventions for anxiety and depression: Systematic review. *J. Med. Internet Res*, 11. 1-12.
DOI: 10.2196/jmir.1194.
- Clark, D. (2001). “A cognitive perspective of social phobia”. *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. John Wiley & Sons.
- Cuijpers, P., Donker, T., Van Straten, A., Li, J. & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol. Med. J. Res. Psychiatry Allied Sci*, 40(12), 1943-1957. DOI: 10.1017/S0033291710000772.
- Domínguez, J., Expósito, V. & Torres, E. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 6(2). 1-4.
DOI: 10.1016/j.appr.2024.100194.

- Feixas, G. et al. (2012). La Versión Española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. DOI: 10.33898/rdp.v23i89.641.
- Fernández, J., López, J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., & Zarzuela, A. (2003). Trastornos de personalidad y abandono terapéutico en pacientes adictos: Resultados en una comunidad terapéutica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4(2), 271-283. ISSN-e: 1697-2600.
- Freire, B. (1986). Interrupción prematura en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 16, 22-42.
- García, A. & Rodríguez, J. (2005). Factores de personalidad en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 29- 36. DOI: 10.4321/S0211-57352005000400003.
- Gavino, A. & Godoy, A. (1993). Motivos del abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(66), 511-536. ISSN-e: 2173-6855.
- Haynes R. (1979). *Compliance in health care*. John Hopkins University Press.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2022). *Trastorno de ansiedad social: Más allá de la simple timidez*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez.pdf>.
- Jefferies, P. & Ungar, M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PloS One*, 15(9). DOI: 10.1371/journal.pone.0239133.
- Jo, T. & Almaso, S. (2007) *Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica*. Ministerio de Salud Pública de Venezuela. https://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm.

- Kok, G., Bockting, C., Burger, H., Smit, F. & Ripper, H. (2014). Mobile Cognitive Therapy: Adherence and acceptability of an intervention in remitted recurrently depressed patients. *Internet interventions*, 1, 65-73. DOI: 10.1016/j.invent.2014.05.002.
- Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P. & Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psykhé*, 21(2), 133-147. DOI:10.7764/psykhe.21.2.550.
- Lippke, S., Gao, L., Kelle, F., Becker, P. & Dahmen, A. (2021). Adherence with online therapy vs face-to-face therapy and with online therapy vs care as usual: Secondary analysis of two randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research*, 23(11), 1-18. DOI: 10.2196/31274.
- Luan, Y., Zhan-Ling, G., Mi, L., Ying, L., Lan, B. & Tong L. (2022). The Experience Among College Students with Social Anxiety Disorder in Social Situations: *A Qualitative Study*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 1729-1736. DOI:10.2147/NDT.S371402.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy* [Primera Edición]. Basic Book.
- McNeill, B., May, R. & Lee V. (1987). "Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminations". *Journal of Counseling Psychology*, 34, 86-89. DOI: 10.1037/0022-0167.34.1.86.
- Melchiori, J., Sansalone, P. & Borda, T. (2011). *Psicoterapias online: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece Internet para la psicoterapia*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Mersch, P., Emmelkamp, P., Bogels, S. & Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behav Res Ther.*, 27, 421-434. DOI: 10.1016/0005-7967(89)90013-2.

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2024). *Fichas del manual de procesos: Gestión de apoyo familiar y custodia familiar*. Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador. <https://www.inclusion.gob.ec/fichas-del-manual-de-procesos-gestion-de-apoyo-familiar-y-custodia-familiar/>.

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2024). *Fichas del manual de procesos: Gestión de apoyo familiar y custodia familiar*. Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador. <https://www.inclusion.gob.ec/fichas-del-manual-de-procesos-gestion-de-apoyo-familiar-y-custodia-familiar/>.

Moreno, J., Rozo, M. & Cantor, M. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia*, 6(2), 23-34. ISSN-e: 1900-2384.

Nevid, J., Rathus, S. & Greene, B. (2007). *Psychology abnormal* [Fifth edition]. Erlangga.

Organización Mundial de la Salud. (2023, Septiembre 27). *Trastornos de ansiedad*.

Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>.

Organización Mundial de la Salud. (2022, Marzo 2). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*.

Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>.

Rappe, R. & Heimberg, R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther.*, 35(8), 56-741. DOI: 10.1016/s0005-7967(97)00022-3.

Rochlen, A., Zack, J. & Speyer, C. (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283. DOI:10.1002/jclp.10263.

- Rodríguez-Ceberio, M., Agostinelli, J., Daverio, R., Benedict, G., Cocola, F., Jones, G., Calligaro, C. & Díaz-Videla, M. (2021). Psicoterapia online en tiempos de COVID-19: Adaptación, beneficios y dificultades. *Archivos de Medicina*, 21(2), 548-555. DOI: 10.30554/archmed.21.2.4046.2021.
- Rondón, A., Otálora, I. & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147. ISSN-e: 2011-2084.
- Russell, G. & Topham, P. (2012). The impact of social anxiety on students' learning and well-being in higher education. *Journal of Mental Health*, 21(4), 375-385. DOI: 10.3109/09638237.2012.694505.
- Sá, R. & Ferreira, M. (2008). Atitudes sobre a Aprovação da Psicoterapia Online na perspectivada teoria da ação racional. *Interam J Psychol*, 42(2), 317-324. ISSN-e: 0034-9690.
- Salaberría, K., Borda, M., Amor, P. & Echeburúa, E. (2000). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: Una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 27-45. DOI: 10.5944/rppc.vol.5.num.1.2000.3886.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (2003). Dificultades clínicas y fracaso terapéuticos en el tratamiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 679-696. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/14.Salaberria_11-3oa.pdf.
- Schultze, N. (2006). Success Factors in Internet-based Psychological Counseling. *CyberPsychology & Behavior*, 9(5), 623-626. DOI: 10.1089/cpb.2006.9.623.
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Revista Norte de Salud Mental*, 7(33), 51-58. ISSN-e: 1578-4940.

- Sirvent, C., Moral, M., Blanco, P., Rivas, C., Linares, M. & Quintana, L. (2010, Febrero-Marzo). *Predicción del Abandono (Vs. Éxito) Terapéutico en Adicciones* [Conferencia]. Onceavo Congreso Virtual de Psiquiatría.
https://www.researchgate.net/publication/242683106_PREDICCION_DEL_ABANDONO_VS_EXITO_TERAPEUTICO_EN_ADICCIONES_PRESENTACION_DEL_CUESTIONARIO_VPA30_c_SIRVENT_2_009_DE_VARIABLEES_PREDICTORAS_DE_ABANDONO_Y_ADHERENCIA_AL_TRATAMIENTO_EN_ADICCIONES_PREDICT_TH.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychol. Med*, 37, 319-328. DOI:10.1017/S0033291706008944.
- Suler, J. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 151-159. DOI: 10.1089/109493100315996.
- Tate, D. & Zabinski, M. (2004). Computer and Internet Applications for Psychological Treatment: Update for Clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 209-220. DOI: 10.1002/jclp.10247.
- Trujillo, A. (2005). Nuevas tecnologías y psicología: Una perspectiva actual. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 321-335. ISSN-e: 0213-3334.
- Universidad de las Américas. (2020). *Información sobre la Universidad de las Américas*. Universidad de las Américas. <https://www.udla.edu.ec/internacional/estudiantes-internacionales/conoce-universidad-de-las-americas/>
- Universidad de las Américas. (2019). *Centro de Atención Psicológica: Procedimiento para establecer y dar seguimiento a las diferentes actividades que realiza el Centro de Atención Psicológica de la UDLA para la comunidad*. Universidad de las Américas. https://www.udla.edu.ec/wp-content/uploads/2019/07/8.-P_Centro-de-atenci%C3%B3n-psicol%C3%B3gica.v1.pdf

- Vallejo, M. & Jordán, C. (2007). Psicoterapia a través de Internet. *Boletín de Psicología*, *91*, 27-42. ISSN-e: 0212-81.
- Wiltink, J., Hoyer, J., Beutel, M., Ruckes, C., Herpertz, S. & Joraschky, P. (2015). Do patient characteristics predict outcome of psychodynamic psychotherapy for social anxiety disorder?. *PLoS ONE*, *11*(1), 1-17. DOI: 10.1371/journal.pone.0147165.
- Zha, Y., Tang, Q., Jin, X., Cai, X., Gong, W., Shao, Y & Weng, X. (2023). Development of social anxiety cognition scale for college students: Basing on Hofmann's model of social anxiety disorder. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1-11. DOI:10.3389/fpsyg.2023.1080099.
- Zubeidat, I., Fernández, A. & Sierra, J. (2006). Ansiedad y fobia social: Revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, *24*(1), 71-86. ISSN-e: 0716-6184.

9. ANEXOS

Anexo A. Ficha de Seguimiento Terapéutico

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



FICHA DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

ÁREA DE ACOMPAÑAMIENTO / SUB-ÁREA (PGF):	
--	--

PARTICIPANTES:			
FECHA	SINTESIS DE LA INTERVENCIÓN	OBSERVACIONES	PRÓXIMA CITA
RESPONSABLE TÉCNICO:			CONSULTANTE:

PARTICIPANTES:			
FECHA	SINTESIS DE LA INTERVENCIÓN	OBSERVACIONES	PRÓXIMA CITA
RESPONSABLE TÉCNICO:			CONSULTANTE:

Anexo B. Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento

VPA-30¹

Lea atentamente cada pregunta y marque la respuesta que mejor le describa ES MUY IMPORTANTE QUE CONTESTE CON ABSOLUTA SINCERIDAD SIN DEJAR NINGUNA RESPUESTA EN BLANCO.

1. Me agobia la rutina.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

2. Respecto a la vitalidad, ¿Cómo te sientes?

- Me siento con vitalidad.
- Me siento más vital que desvitalizado/a.
- No me siento ni vital ni desvitalizado/a.
- Me siento más desvitalizado/a que vital.
- Me siento desvitalizado/a.

3. Dejaría el tratamiento porque el equipo que me atiende no sea apropiado para lo que necesito.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

4. ¿Cómo está su ánimo?

- Me siento deprimido/a.
- Me siento más deprimido/a que optimista.
- No me siento ni deprimido/a ni optimista.
- Me siento más optimista que deprimido/a.
- Me siento optimista.

5. Sinceramente, pienso estar en tratamiento el tiempo que yo me marque, aunque el equipo opine otra cosa.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

¹ Sirvent, C. (2009)

6. Este tratamiento parece adecuado para mí.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

7. Mi estancia en el centro es necesaria.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

8. Respecto a las ganas de hacer las cosas, ¿Cómo te sientes?

- Me siento motivado/a, con ganas de hacer cosas.
- Me siento más bien motivado/a que desmotivado/a.
- No me siento ni motivado/a ni desmotivado/a.
- Me siento más bien desmotivado/a que motivado/a.
- Me siento desmotivado/a, sin ganas de hacer cosas.

9. Sinceramente, mi atención está más fuera que dentro del tratamiento.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

10. Tengo el sentimiento o sensación de estar atrapado/a en algo y no poder escapar.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

11. ¿Cómo recibes la presión del tratamiento?

- La presión del tratamiento no me afecta.
- La presión del tratamiento me afecta algunas veces, pero lo llevo bien.
- La presión del tratamiento me afecta a veces.
- La presión del tratamiento no me provoca bastante sufrimiento.
- La presión del tratamiento no me provoca intenso sufrimiento.

12. Este tratamiento me satura de cosas, me carga.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

13. Dejaría el tratamiento porque las terapias no me parezcan adecuadas para mí.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

14. ¿Sientes ilusión?

- Me siento ilusionado/a.
- Me siento más ilusionado/a que desilusionado/a.
- No me siento ni ilusionado/a ni desilusionado/a.
- Me siento más desilusionado/a que ilusionado/a.
- Me siento desilusionado/a.

15. Me agobio con lo que me dicen los compañeros/as de tratamiento.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

16. Siento ansiedad, intranquilidad anterior.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

17. Sinceramente, confías o desconfías de este tratamiento.

- Confío en el tratamiento.
- Siento más confianza que desconfianza de este tratamiento.
- Siento tanta confianza como desconfianza del tratamiento.
- Siento más desconfianza que confianza del tratamiento.
- Desconfío de este tratamiento.

18. ¿Cuánta motivación tengo para recuperarme?

- Me siento muy motivado/a para recuperarme.
- Me siento más bien motivado/a para recuperarme.
- No me siento ni motivado/a ni desmotivado/a para recuperarme.
- Me siento más bien desmotivado/a para recuperarme.
- Me siento absolutamente desmotivado/a para recuperarme.

19. Dejaría el tratamiento por encontrarme en condiciones de seguir yo solo.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

20. Me siento motivado/a para seguir el tratamiento.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

21. Me resulta difícil llevar a cabo este tratamiento.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

22. Me siento malhumorado/a, disgustado/a.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

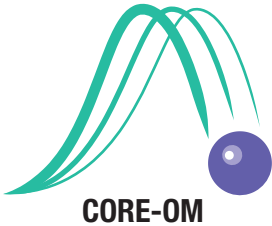
23. Por favor di el número aproximado de tratamientos que hayas abandonado hasta la fecha.

- 0 o 1 tratamiento abandonado.
- 2 tratamientos abandonados.
- 3 tratamientos abandonados.
- 4 tratamientos abandonados.
- 5 o más tratamientos abandonados.

24. Cabe la posibilidad de que abandone el tratamiento a corto plazo por decisión propia.

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

Anexo C. Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), Versión en Español



Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

A A A A M M D D

Edad

Hombre

Mujer

Fase actual
S Selección
R Derivación
A Evaluación
F Primera sesión de terapia
P Pre-terapia
D Durante terapia
L Última sesión de terapia
X Seguimiento 1
Y Seguimiento 2

Fase

Episodio de terapia

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.
Después marque la casilla que mejor lo refleje.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	
1 Me he sentido muy solo y aislado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo mismo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violento físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Por favor continúe en la página siguiente

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiado por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperado o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticado por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Puntuaciones medias <small>(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

Anexo D. Formato de Consentimiento Informado



Agencia Nacional de Regulación,
Control y Vigilancia Sanitaria

MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENSAYOS CLÍNICOS.

- 1.- El presente documento es un modelo que puede guiar a los investigadores al realizar su formato de consentimiento informado, los elementos detallados en este modelo deben constar obligatoriamente en el formato utilizado para consentimiento informado.
- 2.- Este documento contiene la información general para el sujeto que participará en la investigación y el certificado de consentimiento informado.
- 3.- Se debe utilizar lenguaje sencillo para llenar la información necesaria en el consentimiento informado.

INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Nombre del protocolo, versión y fecha:
Código del protocolo:
Nombre de investigador principal:
Nombre del patrocinador:
Centro de investigación:

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

1. INTRODUCCION:

Incluye un texto de invitación a participar en el estudio, indica la empresa a cargo del estudio y el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) que evalúa el estudio.

2. JUSTIFICACION Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

Detalla en términos claros y sencillos la importancia de la investigación; en general no se debe usar términos técnico-médicos y si se los usa, se debe explicar éstos al participante.

3. DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION

Detalla criterios que se usaron para selección y exclusión de los participantes, la cantidad de sujetos en investigación a nivel mundial, número de personas que participarán a nivel nacional, las medidas de protección del sujeto de investigación, las condiciones en la que se desarrollará el estudio y el tiempo que se prevé la participación del sujeto en la misma.

4. PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLO

Explica paso a paso los procedimientos exactos, las pruebas, todos los medicamentos a utilizar, visitas, seguimientos, fotografías, muestras, etc., que se realicen en el estudio y la duración de cada uno de los procedimientos.



República
del Ecuador

Agencia Nacional de Regulación,
Control y Vigilancia Sanitaria

5. INFORMACION SOBRE EL PRODUCTO A INVESTIGARSE DEL ENSAYO

Incluye toda la información pertinente del medicamento en general, producto biológico o producto natural procesado de uso medicinal oficial o demostrado a estudiarse, fase del ensayo, indicaciones, si está aprobado o no en otros países, si está aprobado o no en el Ecuador, comparaciones con tratamientos alternativos, mecanismo de acción, experiencia anterior con el medicamento en general, producto biológico o producto natural procesado de uso medicinal oficial o demostrado. Efectos secundarios, duración de los mismos y riesgos conocidos y la posibilidad de que se produzcan eventos adversos y reacciones adversas desconocidas.

6. TRATAMIENTO

Describe el tratamiento en uso y las alternativas terapéuticas existentes en la actualidad para la patología en estudio. También describe los tratamientos alternativos. Tipo de intervención, riesgos y molestias. La información que recibirá en relación a las pruebas y exámenes que se realicen.

Se informará también respecto al suministro del producto en investigación, una vez finalizada la participación del sujeto en el estudio, particularmente en los casos cuando la interrupción del tratamiento ponga en peligro la seguridad de la persona y/o sea indispensable la continuidad del tratamiento.

7. CONFIDENCIALIDAD

Explica al paciente cómo el equipo de investigación mantendrá la confidencialidad de la información incluida en el estudio, incluso en casos de publicación. Señalar el tiempo de almacenamiento de los datos, el lugar y responsable de la confidencialidad.

8. PARTICIPACION VOLUNTARIA

Explica claramente que las personas invitadas a participar pueden elegir, libre y voluntariamente, participar o no en la investigación, que puede abandonar el estudio en cualquier momento, especificando que lo único que debe hacer es informar esta decisión al médico del estudio, especifica además que su retiro del estudio no le ocasionará ninguna penalidad ni la pérdida de ninguno de los beneficios a los cuales la persona que otorga el consentimiento, o su representado, cuando corresponda sea acreedor y que, en caso de retirarse del estudio, no sufrirá ningún perjuicio en relación con la atención médica o su participación en investigaciones futuras. No obstante, es importante que informe cualquier problema que pueda ocurrir durante su participación en el estudio. Además, especifica que el médico o el patrocinador del estudio pueden cancelar la participación de un sujeto en investigación en cualquier momento, con o sin su consentimiento o el de su representante legal, cuando corresponda, si necesita medicación adicional, si no cumple el plan del estudio, si experimenta un trastorno relacionado con el estudio. Aclara que si el sujeto decide cancelar su participación, seguirá con los procedimientos de terminación del estudio u otro procedimiento que el médico del estudio considere necesario para su propia seguridad.



República
del Ecuador

Agencia Nacional de Regulación,
Control y Vigilancia Sanitaria

9. NUEVOS DESCUBRIMIENTOS

Señala que el patrocinador tiene la obligación de informar de nueva información relacionada al medicamento o al tratamiento, aunque ésta ocasione que el sujeto en investigación decida retirarse del estudio.

10. RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR

Describe detalladamente las obligaciones del investigador durante todos los procesos del estudio.

11. PREGUNTAS Y CONTACTOS RELATIVOS A LA INVESTIGACION

Se especifica que el sujeto en investigación puede formular libremente preguntas acerca de este formulario de consentimiento informado o del estudio clínico, ahora o en cualquier momento durante el mismo. Señala que si el sujeto que otorga el consentimiento o su representado, en el caso que corresponda, experimenta alguna reacción adversa o si desea formular preguntas acerca de la investigación, una lesión relacionada con la investigación o la compensación, puede comunicarse con el

Dr. _____ al número telefónico (Investigador principal)

Contacto de Comité de Ética de Investigación que aprobó el estudio: nombre y teléfono.

12. RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE

Describe detalladamente las obligaciones de la persona que acepta participar en el estudio

13. SUSPENSIÓN DE LA PARTICIPACION EN EL ENSAYO

Indica cuándo el investigador puede suspender la participación de un sujeto en el estudio.

14. CONSIDERACIONES FINANCIERAS

Describe detalladamente los casos excepcionales de investigación clínica, en los que se realizarán pagos a voluntarios sanos adultos. Los costos de fármacos, exámenes diagnósticos, transporte, alimentación, hospedaje etc. que asumirá el patrocinador, tratamientos médicos por lesiones, seguros o indemnización en caso de lesiones permanentes o muerte como efecto de la investigación. En lo correspondiente a seguros o indemnización deberá constar el número de póliza, nombre del proveedor y dato de contacto correspondiente.



República
del Ecuador

Agencia Nacional de Regulación,
Control y Vigilancia Sanitaria

PARTE II. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he leído este formulario de consentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado. Mis preguntas han sido respondidas. Consiento voluntariamente participar en este estudio.

No estoy participando en otro proyecto de investigación en este momento, ni lo he hecho en los seis meses previos, a la firma de este consentimiento informado.

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

_____/_____/_____
Firma del sujeto de investigación Fecha

Cédula de ciudadanía

Nombre del sujeto de investigación

_____/_____/_____
Firma de la persona que explicó el contenido del consentimiento Fecha

Nombre de la persona que explicó el consentimiento

Investigador

He dado lectura y he aclarado las dudas generadas por el participante del documento de consentimiento informado. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libre y voluntariamente.

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

_____/_____/_____
Firma del Investigador Fecha

Cédula de ciudadanía

Anexo E. Cuestionario de Evaluación de la Efectividad de la Intervención

Evaluación de la Efectividad de la Intervención

Lea detalladamente cada pregunta y marque la respuesta que considere más acertada.

1. **Considero que la campaña psicoeducativa brindó información útil para comprender el trastorno de ansiedad social y sus síntomas.**
 - Muy de acuerdo.
 - De acuerdo.
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 - En desacuerdo.
 - Muy en desacuerdo.

2. **Considero que la campaña psicoeducativa ofreció estrategias de identificación de síntomas relacionados a la ansiedad social.**
 - Muy de acuerdo.
 - De acuerdo.
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 - En desacuerdo.
 - Muy en desacuerdo.

3. **Conocía los servicios de salud mental que ofrece la Universidad de las Américas y el Centro de Psicología Aplicada antes de asistir a la campaña psicoeducativa.**
 - Sí.
 - No.

4. **Considero que la campaña psicoeducativa informó adecuadamente sobre los servicios de apoyo psicológico que ofrece la universidad, sus costos, modalidades y beneficios.**
 - Muy de acuerdo.
 - De acuerdo.
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 - En desacuerdo.
 - Muy en desacuerdo.

5. **Tras la campaña psicoeducativa estoy más dispuesto a solicitar servicios de salud mental para resolver mis dificultades.**
 - Muy de acuerdo.
 - De acuerdo.
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 - En desacuerdo.
 - Muy en desacuerdo.