

## INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de las personas a lo largo de su vida experimentan o han experimentado algún temor que cuando sucede de manera intensa y altera la vida normal de quien padece tal estado, se dice que sufre de una fobia. En psicopatología se conoce como un temor irracional e incontrolable por un individuo frente a una situación, objetos o personas determinadas. Cuando se enfrenta a ella, la persona que padece la fobia experimenta temor y una repugnancia insuperables, motivo por el cual su comportamiento sufre grandes modificaciones.

Las fobias tienen varias características dentro de las que se encuentra la crisis de angustia, que, según el DSM IV (1995), es una aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de ciertas características fisiológicas, las cuales se analizarán más adelante.

Otra característica, es que las fobias provienen de las neurosis consideradas como necesidades insatisfechas y conflictos emocionales de tal intensidad que llegan a provocar ansiedad caracterizada por variaciones de la personalidad.

Freud en su artículo Obsesiones y Fobias (En: González, 1967) dice: También entre la fobia se pueden diferenciar dos grupos en función de la naturaleza del objeto temido: A) Fobias comunes, denominado más adelante por otros autores y en el presente trabajo como fobias específicas. B) fobias eventuales como la Agorafobia y Fobia Social.

Es necesario citar dos puntos incluidos en las referencias anteriores:

- *No todas las fobias son histéricas*, entiéndase por esta palabra que es una forma de neurosis caracterizada por reprimir o prohibir una actitud deseada. También existen fobias obsesivas o de otros tipos.
- *La Agorafobia y la Fobia social forman un subgrupo independiente.*

Como se puede observar, las fobias están divididas en tres: Fobia específica, agorafobia y fobia social. En la primera aparecen todos los temores a objetos, al medio ambiente, los que causan daño corporal, de tipo situacional, entre otros. La agorafobia, es el temor a situaciones en las que el individuo se ve expuesto a multitudes o masas de personas. Y por último la fobia social, que es el temor a ser criticado y/o evaluado por otras personas.

Según un artículo que aparece en la página de Internet [psiquiatría.com](http://psiquiatría.com) dice: ...cuando existe fobia social, se puede desencadenar el alcoholismo, por la ansiedad que genera dicha situación.

## JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los fóbicos sociales, para poder evitar o evadir los síntomas y sentirse más tranquilos consumen bebidas embriagantes, al grado de volverse alcohólicos para poder afrontar situaciones en las que la ansiedad no les permite interactuar o desempeñarse adecuadamente... el alcoholismo es dos veces más frecuente en fóbicos sociales que en alguna otra patología ([psiquiatría.com](http://psiquiatría.com)).

Es importante el estudio de la fobia social pues la información es escasa por lo tanto existe poca difusión y mucha gente desconoce dicho término, también para poder comprobarse es aún más difícil por la falta de interés con respecto a las investigaciones, este es el motivo por el cual se decidió realizar dicha investigación para propagar el término de fobia social.

Basado en este apartado que aparece en la parte de arriba, en la página de Internet, surge la incógnita ¿Si existe fobia social se desarrolla el alcoholismo?

## OBJETIVO GENERAL

- Detectar si la fobia social desencadena el alcoholismo.

## OBJETIVOS PARTICULARES

- Observar si de verdad la fobia social desencadena el alcoholismo con una incidencia en la adolescencia, esto según el

DSM IV.

- Detectar si el alcoholismo es generado en algunos casos por la fobia social.

## MARCO TEÓRICO

El término *fobia* proviene del griego *Phobos* (Temor), un demonio griego que recorría los Campos Elíseos con su hermano *Demos* (Terror) y su padre Ares, dios guerrero.

Hay que aclarar que una fobia no es un sinónimo de terror, tampoco de pánico, miedo o angustia. La diferencia con el miedo (conciencia de un peligro real) y el terror (temor real que no tiene una manera organizada de responder) es que la fobia provoca una incapacidad determinada en quien la padece, además de ser un miedo sin base real, exagerado y desmesurado.

La descripción de miedos irracionales se encuentra desde los papiros egipcios y en el *Hábeas Hippocraticum*, en los que se hacen referencias a éstos temores, aunque al parecer el primero en introducir dicho término fue Celso, al designar a personas o animales con Hidrofobia. Sin embargo, Morel en 1866 presentó lo que es conocido como Neurosis Fóbica y Obsesiva, ambas bajo el nombre de Delirio Emotivo.

Más adelante, las fobias fueron determinadas como temores muy específicos a objetos, personas y situaciones; no muestran demostraciones graves de la realidad y no dan indicios de daño estructural u orgánico, tampoco vienen solos, normal y comúnmente vienen acompañados de un sinnúmero de problemas.

Marks (1956), destacó 4 características que permiten definir un temor concreto como fobia:

- Es desproporcionado a la situación que lo crea.
- No puede ser explicado o razonado.
- Se encuentra fuera del control voluntario.
- Conduce a la evitación de la situación temida.

Las fobias no son más que temores irracionales a ciertas actitudes, personas, objetos o situaciones, donde los individuos no pueden comprender el por qué de dicha situación, es así como los autores lo han definido y la forma en que es más fácil de comprenderlo.

En la actualidad, las fobias son conocidas sin los términos griegos (por ejemplo, Aracnofobia o miedo a las arañas) y se han logrado clasificar en:

- **Agorafobia.** Es el temor que se genera a los lugares abiertos, a las masas de personas o multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar, temor a salir del hogar, entrar a almacenes y tiendas, viajar solo en aviones, trenes o autobuses; a todas estas reacciones se tienen como

respuestas preocupaciones hipocondríacas la cual es cuando los individuos se crean o inventan enfermedades o supuesto daño físico o emocional, aunque es importante aclarar que no todos los hipocondríacos son fóbicos sociales, ni tampoco de aquí se desprende dicha enfermedad, tan solo es una característica de la agorafobia; al igual que los síntomas depresivos o de tristeza extrema, conductas histeroides o de molestia extrema o abuso de benzodiacepinas o fármacos que puedan tranquilizar al agorafóbico.

- **Fobias específicas.** Es cuando un individuo se angustia de manera inapropiada ante un objeto o situación particular, conducta reconocida como temor excesivo e irracional, pero al hacer contacto con la situación, persona u objeto existe la posibilidad de perder el control y/o desmayarse. Según el DSM IV (op. cit.) este tipo de fobia está clasificado en:

- *Fobia de tipo animal.* Que es el temor a animales o insectos, la cual suele iniciarse en la infancia.
- *Fobia de tipo ambiental.* Hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o aguas. También suele iniciarse en la infancia.
- *Fobia de tipo sangre–inyecciones–daño.* Es cuando el miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, a recibir inyecciones u algunas otras intervenciones médicas de carácter invasivo, tiene una incidencia familiar.
- *Fobia de tipo situacional.* Aquí se hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados. Su inicio tiene una distribución bimodal con una mayor incidencia en la segunda infancia y otro a la mitad de la tercera década de la vida.
- *Otros tipos de fobia.* El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de alguna enfermedad, fobia a los precipicios o espacios en los cuales no hay paredes u otros medios para sujetarse, por ejemplo un barandal en una escalera.

- **Fobia social.** Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación o crítica de los demás. A su vez se puede dividir en dos: *Específica*, la cual consiste en la fobia a situaciones, es decir, puede sentirse incapacitado para comer en público, pero no para hablar delante de los demás, caminar por las calles, etcétera. Y la *Generalizada*, que es la fobia a todo tipo de situaciones sociales, por ejemplo: hablar en público, caminar en la calle, trabajar mientras se es observado, lugares concurridos, etcétera. Cabe aclarar que la evitación a dichas situaciones no se debe al uso de sustancias médicas ni a la presencia de tartamudez o enfermedades como el Parkinson.

Como se ve, la Agorafobia y la Fobia Social tienen mucho en similitud y generalmente se confunden, pero en la agorafobia el temor es a lugares abiertos y a multitudes, y en la fobia social es un temor a actuar en público con una actitud un tanto paranoica.

En muchas ocasiones, las fobias se asocian con crisis de angustia, aunque en algunos trastornos fóbicos, el sujeto está libre de angustia la mayor parte del tiempo; pero en ambos casos cuando el sujeto se encuentra en la situación que le genera fobia existen cambios corporales como los explica el DSM IV (op. cit.), de los cuales se pueden sentir uno o varios de ellos, y estos son:

- Taquicardia, que es sacudida del corazón o elevación de la presión cardíaca.
- Sudoración.
- Temblor o sacudida corporal.
- Sensación de desmayo.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas, deseos de vomitar o molestias abdominales.

- Sensación de irrealidad o de estar separado de uno mismo.
- Temor a perder el control o volverse loco.
- Miedo de morir.
- Sensación de hormigueo o entumecimiento (parestias).
- Escalofríos o sofocaciones.

Es importante aclarar que las personas que sufren de fobias, en su mayoría mujeres, tienen un grado de inteligencia normal o superior a la normal, por lo tanto no son originadas por un problema mental como la psicosis, retraso mental o algún otro trastorno mental.

Ya definido el área de estudio y sus formas de manifestarse, es de suma importancia conocer el origen de dicha fobia, para lo cual se mencionan algunas explicaciones teóricas.

## **ORIGEN DE LAS FOBIAS**

El psicoanálisis dice que el origen de las fobias está en el miedo de satisfacer un instinto, temor que se fija en algo exterior que lo sustituye, pues, según Thiested (1986) en la base de la fobia siempre está el complejo de Edipo; este complejo no es más que el enamoramiento del infante hacia su madre, este complejo no solo es en varones, también se presenta en niñas, pero en este caso ellas se enamoran de los padres; por lo tanto los fóbicos no han logrado resolver de manera satisfactoria éste complejo, que implica la primera situación dolorosa del niño y para evitarlo se genera la fobia. Es importante destacar que no solo está basado en el complejo edípico, sino también con la angustia de castración, el cual inicia cuando la niña observa a un varón desnudo y de forma inconsciente cree que está mutilada, generando de ésta forma una fobia por el desplazamiento, dando a entender que las fobias son un sustituto de alguna otro motivo que origina temor. Las descripciones fóbicas Freudianas presentan un conflicto clásico, el amor y el odio dirigido hacia la misma persona que puede ser el padre o la madre, sosteniendo que el Ello del niño maneja el conflicto por medio de la represión de sus impulsos ambivalentes e incestuosos y por el mecanismo del desplazamiento, el cual consiste en el caso de las fobias, ese odio y amor generado lo transforma el niño o la niña en la fobia.

Por su parte, el conductismo enfoca el origen de las fobias en el aprendizaje de eventos que sucedieron muy probablemente en la infancia, el cual fue bochornoso, causó temor o fue muy impactante y al final se asocia con algún hecho futuro. Por ejemplo, un individuo que de pequeño fue picado por una araña tiene cierta posibilidad de crear una fobia de adulto a éste tipo de animales. Como se recordará, las fobias de tipo animal, ambiental, algunas de tipo situacional y otras de tipo sangre–inyecciones–daños son iniciadas a temprana edad y si se crece con ese temor, las posibilidades de que se vuelvan fobia son mayores.

## **FOBIA SOCIAL Y ALCOHOLISMO**

El término fobia social fue introducido por Janet en 1903 (En: Vallejo, 1995), y ésta goza de atención creciente a juzgar por el aumento de publicaciones y por su relación con otros trastornos psiquiátricos (depresión, trastorno por angustia, etc.), y es caracterizada por un temor a beber, comer o hablar en público, escribir en presencia de otros, mantener entrevistas, pedir información a desconocidos, utilizar lavabos públicos o ruborizarse, entre otras actitudes que tengan que ver con estar presente en público o alguien ajeno al entorno familiar. Este miedo no se debe a los efectos fisiológicos directos o a una enfermedad directa y no pueden explicarse de mejor manera por la presencia de otro trastorno mental, como ya anteriormente se dijo, si existe otro trastorno como la tartamudez, la enfermedad de Parkinson, etcétera, el comportamiento no se limitará por su impacto social.

Existen ciertas situaciones que van a provocar temor al fóbico social, es importante enumerarlas para poder detectar cuando existe fobia social específica o fobia social generalizada, y estas son:

- Hablar en público.

- Actuar ante una audiencia.
- Escribir o hablar ante una persona.
- Usar servicios públicos (bar, cine, baños públicos, etcétera).
- Entrar a lugares donde hay gente sentada.
- Mirar a los ojos del otro (sobre todo del sexo opuesto).
- Ser centro de atención.
- Participar en reuniones
- Iniciar o mantener una conversación
- Proponer o acudir a citas.
- Hablar con personas de autoridad.
- Asistir a fiestas.
- Hablar por teléfono.
- Conocer gente nueva.
- Hablar con extraños.
- Dar o defender las propias opiniones.
- Expresar desacuerdo
- Hacer una reclamación.
- Hacer o aceptar cumplidos.

Síntomas físicos más frecuentes en personas que padecen fobia social:

- Rubor – Sonrojamiento.
- Tensión muscular.
- Sudoración.
- Boca seca.
- Palpitaciones – Taquicardia.
- Sensación de la opresión de la cabeza.
- Dolores de cabeza intensos.
- Molestias gastrointestinales (vacío en el estómago, diarrea).
- Temblores (manos y voz).
- Escalofríos.
- Urgencia urinaria.

Síntomas cognoscitivos, pensamientos que presenta la persona que padece fobia social; el núcleo central de la fobia social es el temor a la evaluación negativa, la persona piensa que está siendo juzgado o criticado por los demás.

Creencias:

- No saber comportarse de un modo adecuado o competente.
- Ser visto como ansioso, débil, loco o estúpido.
- Temor a manifestar síntomas de ansiedad.

Pensamientos negativos:

- voy a hacer el ridículo
- quedaré bloqueado y no sabré que decir
- seguro que no les interesa mi opinión
- se dará cuenta de lo nervioso que estoy
- creerán que soy un tonto, se estarán riendo de mí

Reacciones conductuales, comportamientos que presentan las personas que padecen fobia social:

- Evitación – Escape: de las situaciones temidas; la persona deje de realizar las situaciones a las que tiene miedo. En un principio ahorrará el sufrimiento ansioso, pero inevitablemente a los pocos minutos se agravará el componente cognitivo del trastorno.
- Conductas protectoras para atenuar la ansiedad: ante el miedo al rubor, el dejarse la barba; el maquillaje en exceso, utilizar grandes gafas solares, o un cabello largo y dirigido hacia el rostro; ante el miedo a temblar colocar las manos en los bolsillos o detrás; en las reuniones se abstendrá de realizar preguntas, beber sin hablar, o sí habla lo hará sin levantar la mirada.

Por su parte, el DSM IV (op. cit.) dice que la exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación, aunque el individuo reconozca que este temor es excesivo e irracional.

Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar significativo.

Por lo general, este tipo de fobia comienza entre los 17 y 30 años, aunque puede haber antecedentes infantiles de timidez o inhibición social y el primer episodio ocurre en algún lugar público sin razón aparente de forma que puede surgir bruscamente después de haber experimentado una situación humillante o estresante.

Aunque este trastorno frecuentemente se confunde con timidez no son lo mismo. Las personas tímidas pueden sentirse muy incómodas cuando están con otras personas, pero no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no necesariamente evita circunstancias que las haga sentirse cohibidas. En cambio, las personas con una fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas, pero en situaciones especiales, como dar un discurso, pueden experimentar intensa ansiedad; pues la fobia social ya es una patología y una actitud paranoica al interpretar las intenciones de los demás como maliciosas.

En estadísticas, la tasa de fobia social es muy similar en ambos sexos (Marks, 1977), en su mayoría hereditaria. Suele estar acompañada de depresión y se ha observado que la mayoría de ellos, para poder evitar o evadir los síntomas y sentirse más tranquilos consumen bebidas embriagantes, al grado de volverse alcohólicos para poder afrontar situaciones en las que la ansiedad no les permite interactuar o desempeñarse adecuadamente. Es aquí donde aparecen de nuevo las estadísticas que demuestran que el alcoholismo es dos veces más frecuente en fóbicos sociales que en alguna otra patología (psiquiatría.com).

De acuerdo a Page (1993), supone que lo que lleva a una persona al alcoholismo es la existencia predominante de ansiedad, que es generada por la fobia social ya existente. Como menciona Freud en su teoría, puede suceder que en la etapa oral, basado en el placer que provoca el reflejo de succión; no haya sido completamente satisfecha, y al no haber resolución (recuérdese lo mencionado en el Complejo de Edipo), el individuo queda fijado en una modalidad oral como chupar los dedos, llevar objetos a la boca, fumar o consumir alcohol. Dependiendo de cómo haya sido la privación del pecho materno. Al existir los datos como: una falta de resolución de la etapa oral, complejo edípico no resuelto, antecedentes de timidez, existe una gran probabilidad de un alcohólico creado por fobia social.

Pero ¿cuándo se debe considerar que una persona es alcohólica? O ¿Cómo poder realizar un buen diagnóstico de ésta enfermedad?

Dentro del programa AA (Alcohólicos Anónimos), se manejan test para poder evaluar si un individuo es o no alcohólico, basado en preguntas cerradas que tienen como respuestas SI o NO (anexo A).

Un modo de enfocar éste problema consiste en examinar los factores influyentes en los contactos iniciales con

las bebidas alcohólicas. Se han identificado ocho influencias principales en las etapas de la bebida:

- *Factores étnicos y culturales.* Dependiendo de las costumbres que tenga cada sociedad con respecto al alcohol.
- *Relación con los padres.* Aquí se podría contar con la conducta aprendida o imitación y el ejemplo de los padres.
- *Presiones de los compañeros.* Por imitación, para no ser diferente a los demás o para encajar en un grupo de personas, el individuo, que en su mayoría son adolescentes comienzan a beber.
- *Factores sociales y personales.* Está determinada por sub-factores como el sexo, la edad, lugar de residencia si es urbana o rural, ingresos y educación.
- *Factores biológicos.* Después del primer trago, en la persona común y corriente disminuye la ansiedad. Al consumir más alcohol, la acción depresiva de éste afecta las funciones cerebrales. Su estado de ánimo se vuelve marcadamente inestable y su percepción sensorial queda muy deteriorada.
- *Factores de aprendizaje.* Se piensa que el individuo por ser alcohólico es aislado de una sociedad, pero según estudios realizados por Nathan y colaboradores, dicen que los alcohólicos no están aislados socialmente; dicho estudio sirvió para demostrar que la bebida ayuda a algunas personas a hacerle frente a los problemas cotidianos. La inadaptación del alcoholismo puede considerarse como una consecuencia de los principios generales del aprendizaje, provocada por el reforzamiento (la aceptación de los compañeros que tienen un gran aprecio hacia la bebida), el modelamiento (ver que otros resuelven sus problemas bebiendo) y por otros mecanismos de aprendizaje.
- *Factores cognitivos.* El bebedor aprende a esperar los efectos positivos de la bebida, a pesar de que la cualidad predominante de la experiencia es negativa.
- *Factores psicodinámicos.* Se piensa que los alcohólicos como grupo se caracteriza por una serie de atributos, entre los que encuentra la necesidad de defenderse contra fuertes sentimientos de ansiedad, depresión y dependencia. Con base a estudios realizados por Jones (1968) se establecieron cinco categorías:
  - Bebedor problema. Bebe grandes cantidades de alcohol, casi siempre hasta perderse.
  - Bebedor de cantidades considerables. El sujeto cree que bebe más de la cuenta.
  - Bebedor moderado. Conocido también como bebedor social, el cual bebe solo en reuniones.
  - Bebedor. Este bebe por lo menos una o dos copas por semana
  - Abstemio. No consume alcohol.

Como se observa en el punto numero tres, es donde entra la fobia social, pues los sujetos beben para calmar su angustia, aunque también puede incluir otros síntomas que provocan el deterioro laboral, social u otras áreas importantes para el individuo.

Es importante hablar de cómo trabaja el programa de AA. Está basado en lo que se conoce como Programa de recuperación, el cual consta de doce pasos a seguir y éstos son la médula de dicho programa, pues se basan en la experiencia de la prueba y el error de los primeros miembros de AA. Describen la actitud y actividades que éstos creyeron importantes para ayudarlos en su sobriedad. Dentro de la fraternidad está subdividido en grupos denominados como: Plan de las 24 horas, Cuarto y Quinto paso y AA ayuda mutua. El primero es tan solo una frase que se emplea para descubrir el enfoque básico de AA al problema de permanecer sin beber 24 horas, pues el AA reconoce que el mayor problema es permanecer sin beber ahora, las 24 horas actuales es el único período que se tiene para poder hacer algo acerca de lo referente a la bebida.

El Cuarto y Quinto paso se refieren a que dentro de sus doce pasos el Cuarto dice Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos. Pos su parte el Quinto paso dice: Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos Este es más específico y cuesta trabajo, según experiencias de quienes han estado ahí, pues se basa en la escritura de la vida del alcohólico, en la cual tiene que escribir todo el daño que ha hecho y el que ha recibido por culpa del alcohol.

Y, finalmente, AA ayuda mutua que es lo mismo que Plan 24 horas, con la diferencia de que aquí ya se

trabajan las sesiones a puerta abierta.

Ya se mencionó anteriormente que el fóbico social comienza a beber cuando se da cuenta que al consumir alcohol puede enfrentar de una manera más clara su temor lo cual lo lleva a un estado de menos ansiedad para poder enfrentar aquellas situaciones temidas.

## GRUPO DE TRABAJO

- Se trabajará con un grupo de bachillerato de cuarto semestre con un total de 45 alumnos, en el cual las edades oscilan entre los 16 y 21 años aproximadamente.
- Se les aplicará primero un test que mida alcoholismo, muy similar al elaborado por AA (anexo A).
- Ya detectado el alcoholismo, se aplicará el test para medir la fobia social, tan solo en el caso de los alcohólicos (anexo B).

## EVALUACIÓN

Para la evaluación es necesario basarse en un test del tipo de opciones múltiples como el que ha elaborado AA (anexo A) para poder detectar alcoholismo, consta de quince preguntas para contestar SI y NO, están elaboradas de forma tajante, por lo tanto va a ser necesario modificar tanto el estilo como las preguntas para evitar que los entrevistados se sientan agredidos o se molesten por contestar un test que mida alcoholismo, también para evitar programar al individuo sobre lo que va a contestar y así lograr una mejor veracidad en sus respuestas. La evaluación será la misma, tan solo se eliminará una pregunta para evitar lo antes mencionado pues dicho test está elaborado para aquellas personas que van a solicitar ayuda en la institución antes mencionada, es otro motivo por el cual se vio la necesidad de cambiar el test.

Dependiendo de la pregunta, sí el sujeto contesta más de cuatro reactivos evaluados con un punto se podrá considerar alcohólico. El cuestionario aparece en la parte de abajo y la explicación de como se va a evaluar.

- ¿Prefieres beber a estudiar o trabajar?
- ¿Bebes para perder la timidez en las fiestas?
- ¿Tus compañeros te dicen que tomas mucho?
- ¿Haz tomado para escapar del estudio o de algún problema familiar?
- ¿Te molesta cuando alguien dice que bebes mucho?
- ¿Tienes necesidad de beber antes de invitar a un(a) joven o para acudir a una cita?
- ¿Te has metido en problemas económicos por el alcohol?
- ¿Has perdido amigos desde que empezaste a beber?
- ¿A la mayoría de tus amigos les gusta beber?
- ¿Bebes igual o más que tus amigos?
- ¿Tus amigos te obligan a beber?
- ¿A causa del alcohol has estado en la cárcel o en el hospital?
- ¿Te molesta oír pláticas o leer información sobre alcoholismo?
- ¿Consideras tener problemas con tu manera de beber?

Para la evaluación, es necesario dividir las preguntas, las reactivos 1, 3, 5, 8, 10, 12 y 13 están consideradas como bebedor problema (BP. Las preguntas 2, 4, 6 y 7 están en la categoría de bebedores de cantidades considerables (BCC. Las interrogantes 9 y 11 son de bebedores moderados o sociales (BM. La pregunta número 14 es un comodín pues si se tienen mas de cuatro puntos se sumará en cualquiera de las categorías (BP, BCC, BM) que tenga mas aciertos tomándolo como un punto extra si esta contestada en forma negativa (NO).

También se tiene un test que mide la fobia social, de igual manera consta de 14 reactivos y se contesta de forma SI y NO (anexo A), estas no es necesaria realizar un cambio pues mucha gente desconoce dicho

término porque es un hecho que las personas tan solo están familiarizadas con lo que es la fobia específica, aparte, otro factor es que se aplicará a sujetos de cuarto semestre de bachillerato, la evaluación es sencilla, pues se aplica al alcohólico y si responde más de cuatro ítem afirmativos ya es considerado como fóbico social. En la parte de abajo viene la prueba y para evaluarla es igual de sencilla que la del alcoholismo. Cada respuesta afirmativa vale un punto y si se tiene mas de 4 ítem afirmativas ya es considerado fóbico social; es necesario mencionar que las preguntas 5, 9 y 10, por la forma como están elaboradas, los puntos se toman en consideración en su forma negativa, pues se colocaron como trampas.

- Ante una situación de inminente contacto social experimento: sudor, temblores, palpitaciones, rubor, sed, deseos deirme.
- Invento excusas para no concurrir a reuniones sociales y familiares
- Me cuesta mirar a las personas a los ojos y ser auténticos en mis expresiones.
- Me cuesta hablar por teléfono con una persona desconocida, aunque sea, por ejemplo: para consultar por un servicio, y pido que alguien lo haga por mí.
- Si no bebo o fumo no puedo afrontar una reunión social.
- Me siento nervioso e inseguro ante una persona que me atrae sexualmente
- Me es casi imposible asistir a reuniones bailables, cantar o contar chistes en publico, etc.
- Frente a otras personas temo hacer el ridículo o parecer un tonto y me sonrojo a la menor broma.
- No soy capaz de iniciar una conversación por mi mismo, y si alguien la inicia me cuesta mantenerla.
- No hablo con personas que no conozco bien.
- Ante invitaciones para salir o concurrir a fiestas y agasajos prefiero quedarme en casa invento varas excusas.
- Me resulta difícil decirle a alguien palabras como "Te quiero", "Gracias", "Estoy agradecido por lo que hiciste por mí".
- Me resulta muy difícil reclamarle a alguien desconocido por ejemplo: por un vuelto mal dado, un lugar que me corresponde, etc.
- En reuniones de trabajo donde debo asistir obligadamente, no participo, no opino, me ubico en los últimos lugares y acepto lo que otros decidan, aunque no este de acuerdo.

## CONCLUSIONES

Se acaba de observar que la hipótesis realizada al principio del trabajo, según lo marcan las encuestas aplicadas (anexo B) y las estadísticas (anexo C), es verídica pues si existe alcoholismo sí se desarrolla la fobia social, dicha palabra se puede entender, según el DSM IV como un temor persistente por una o diferentes situaciones sociales en las que el individuo se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, a la posible evaluación o crítica de los demás; a su vez, como se recordará, se puede dividir en dos: la específica, que consiste en la fobia a situaciones particulares; y la generalizada, la cual es la fobia a todo tipo de situaciones sociales. Pero por los motivos presentados en la justificación, como la falta de información y la misma ignorancia de que el termino de fobia social es una patología, las personas encuestadas no estaban conscientes del problema que están sufriendo, esto a pesar de que la mayoría son alcohólicos y al negar dicha enfermedad no buscan la ayuda requerida.

Por otro lado, como dice Vallejo en su artículo que aparece en el libro Introducción a la psicopatología y psiquiatría, aclara que las personas que sufren de fobias, en su mayoría mujeres, tienen una tendencia superior a sufrir de fobia, esto se comprueba en las estadísticas (Anexo C) pues en las pruebas aplicadas hay una mayoría de mujeres alcohólicas (53%), y de estas el 67% son alcohólicas problema, y de estas el 56% son fóbicas sociales. Aunque según Marks (1977), en estadística, la tasa de fobia social es muy similar en ambos sexos, y para evadir los síntomas y sentirse más tranquilos consumen alcohol en grandes cantidades, al grado de volverse alcohólicos para que de alguna u otra forma puedan afrontar situaciones en las que la ansiedad no les permite interactuar o desempeñarse adecuadamente.

Aquí se comprobó con las encuestas aplicadas y las gráficas realizadas que el alcoholismo ... es más frecuente

en fóbicos sociales que en alguna otra patología o enfermedad mental (psiquiatría.com).

Es importante aclarar que a la hora de aplicar las encuestas a los sujetos se les aplicó de forma individual y se comprobó lo que Gelder (1997) dice, pues ... las personas con una fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente a gusto con otras personas, pero en situaciones especiales, como dar un discurso, pueden experimentar ansiedad. La mayoría confió y conversó al contestar el test.

Otro dato importante es que la mayoría de mujeres obtuvo puntuaciones bajas (5 a 7) en la encuesta de fobia social y en los hombres las calificaciones oscilaron en las segundas puntuaciones (8 a 10).

Como se mencionó, el fóbico social por lo general comienza a beber al darse cuenta que al consumir alcohol puede reafirmar la confianza en sí mismo, al igual le resulta menos complicado el poder enfrentar su temor y poder llevar a cabo la disminución de su estado de ansiedad para poder enfrentar aquellas situaciones temidas.

Se puede concluir con la hipótesis afirmativa pues en las encuestas aplicadas (Anexo B) todos los que salieron con puntuaciones altas en alcoholismo fueron fóbicos sociales. Por parte del marco teórico, es igual de comprobable, pues la gran parte de la teoría fue comprobada. Sin embargo lo único que si es necesario sugerir es que exista una mayor difusión del termino Fobia Social, pues mucha gente desconoce dicho termino y ese error puede llevar a más gente a tener problemas graves de alcoholismo, y con ello todo lo que conlleva (accidentes, maltrato, etcétera..

Sin embargo, la psicología propone algunas alternativas dentro de la teoría Cognitivo–Conductual para poder brindar el alivio de la fobia social presentando un tratamiento completo.

## **TRATAMIENTO**

Con frecuencia las personas que padecen fobia social intentan relajarse y darse ánimo con bebidas alcohólicas para facilitarse el afrontamiento de las situaciones temidas.

El tratamiento convencional utilizando solamente *ansiolíticos* o antidepresivos producen rápido alivio sintomático, pero se ha comprobado que al suspender su administración son altamente frecuentes las recaídas.

Esto se evita acompañando la medicación con un tratamiento psicológico de tipo Cognitivo–Conductual, que deberá prolongarse durante algún tiempo luego de suspendida la misma.

La terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Se basa en la teoría de que los afectos de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de procesar la información y dar un significado a los hechos. Dicho de otra forma, es lo que se piensa acerca del mundo, de los demás y de los mismos sujetos, condiciona los estados de ánimo y la conducta.

Las personas que sufren este tipo de trastornos decodifican la información que reciben en términos de peligroso–no peligroso. La terapia Cognitiva busca flexibilizar y ampliar el abanico de significados posibles. El paciente junto al terapeuta, a través de las sesiones y de las tareas que realiza en su casa, se entrena en detectar sus pensamientos y en reconocer su estilo propio de atribución de significados, para reemplazar o modificar aquellos que no resultan útiles para una mejor calidad de vida.

Esto se complementa con una terapia Conductual donde, a través de la realización de prácticas, ejercicios y exposiciones, la persona pone a prueba y ejercita los nuevos estímulos del pensamiento adquiridos a través del trabajo psicoterapéutico. La combinación de ambas terapias permite a la persona que sufre estos trastornos conocer y cambiar su estilo del pensamiento, lo que lleva a un cambio en el comportamiento, para lograr así, una mejora significativa en la calidad de vida.

La forma en como se trabaja es a través de la *desensibilización encubierta*, la cual se basa en hacer que el sujeto imagine la situación que le causa fobia, la cual es a través de pasos para no generar fobia. Se tiene el caso de un sujeto que presenta fobia social. Lo primero que se realizará es la relajación seguido de la fantasía en la que, por ejemplo, se pondrá al sujeto en una ventana para observar uno o dos individuos fuera de ella y de manera lenta se ira poniendo más personas hasta que pueda salir de esa ventana, en su imaginación, llena de gente.

Existe también lo que se conoce como *autoayuda* que se basa en enfrentar de manera lenta y por propia convicción la fobia social.

Lo primero que se debe realizar es identificar claramente cual es la fobia que se quiere evitar. Ya identificada, se trabaja desglosándose por metas, una de estas puede ser ir a algún lugar o realizar alguna actividad que ahora atemoriza al sujeto. Cabe recordar que no es necesario enfrentar la fobia de forma inmediata, por eso es necesario desglosarla en partes fáciles y manejables lo más específica que sea posible.

Es necesario realizar una lista de las metas que se pretenden alcanzar y acomodarlas en orden de dificultad y enumerarlas. A la más sencilla se le dará el número 1, pues es la primera con la que se va a trabajar, a la siguiente se le dará el número 2 y así sucesivamente hasta numerar todas las metas. Es muy importante que cada etapa o meta sea muy específica, de ser necesario, hay que dividirlas en sub–metas, y al alcanzarlas hay que dar pie a la siguiente meta. Esto se conoce desde el punto de vista cognitivo – conductual como *desensibilización sistemática*.

## RESUMEN

Existen tres divisiones de la fobia, *agorafobia*, *fobia específica* o *simple* y la *fobia social*, de esta última es el presente trabajo, en el cual se define como el temor al actuar o al estar enfrente de personas. Este tipo de patología es parte de una neurosis, en la cual se piensa que el alcoholismo es una forma de poder desahogar las tensiones de la angustia de enfrentarse a las personas.

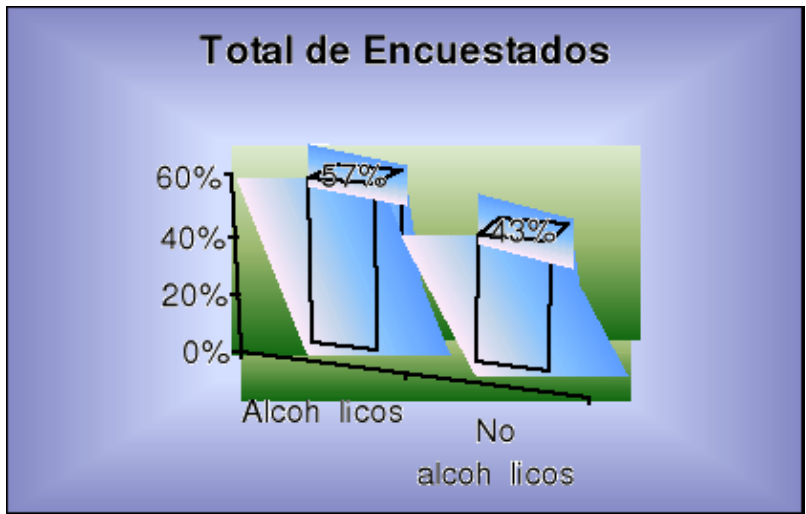
Para poder detectar el alcoholismo AA realizó un cuestionario de forma que teniendo un determinado número de respuestas afirmativas se considera alcohólico (Anexo A), según Jones (1968) clasificó a los alcohólicos en:

- Bebedor problema. Bebe grandes cantidades de alcohol, casi siempre hasta perderse.
- Bebedor de cantidades considerables. El sujeto cree que bebe más de la cuenta.
- Bebedor moderado. Conocido también como bebedor social, el cual bebe solo en reuniones.
- Bebedor. Este bebe por lo menos una o dos copas por semana
- Abstemio. No consume alcohol.

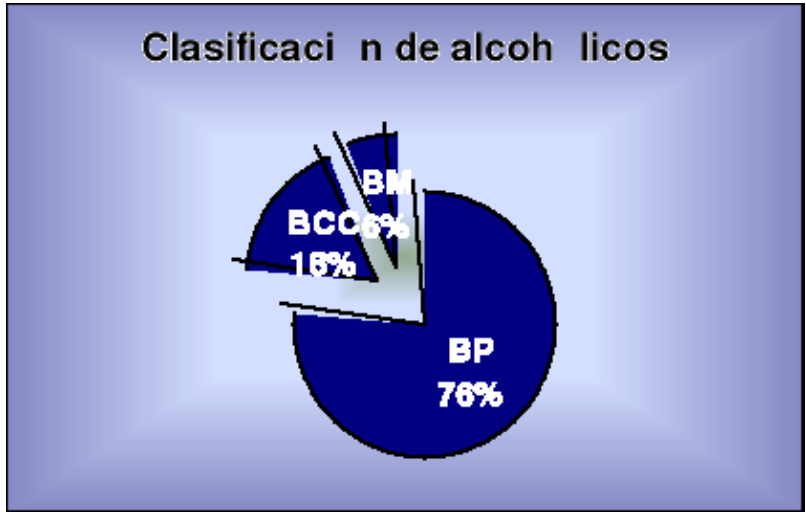
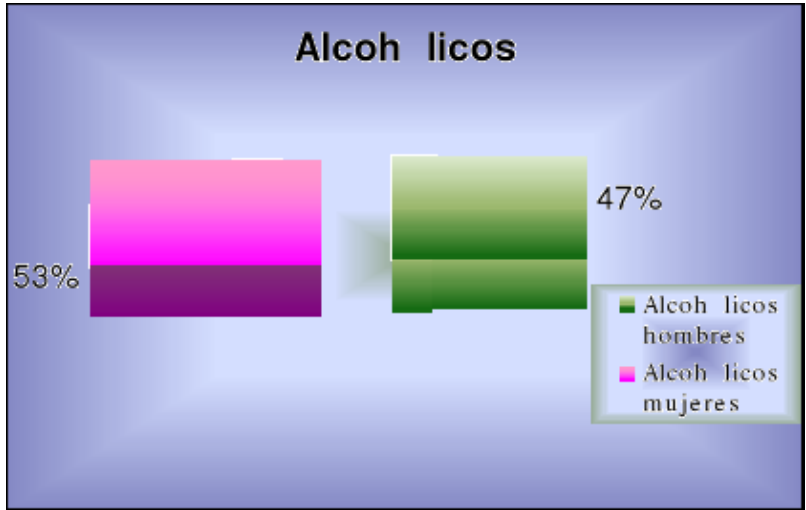
Dentro de las teorías, la psicoanalítica dice que la fobia es generada por un desplazamiento de odio hacia los padres por no conseguir una resolución del complejo edípico. Por su parte la teoría cognitiva–conductual dice que las fobias son generadas por una experiencia del pasado en la cual existió miedo, angustia y/o alguna otra forma de manifestación con respecto a la ansiedad.

Para poder encontrar una solución, dicha teoría maneja la desensibilización sistemática basada en técnicas de fantasía dirigida que se va trabajando, como su nombre dice, de forma paulatina para ir evitando que el sujeto entre en estado de estrés.

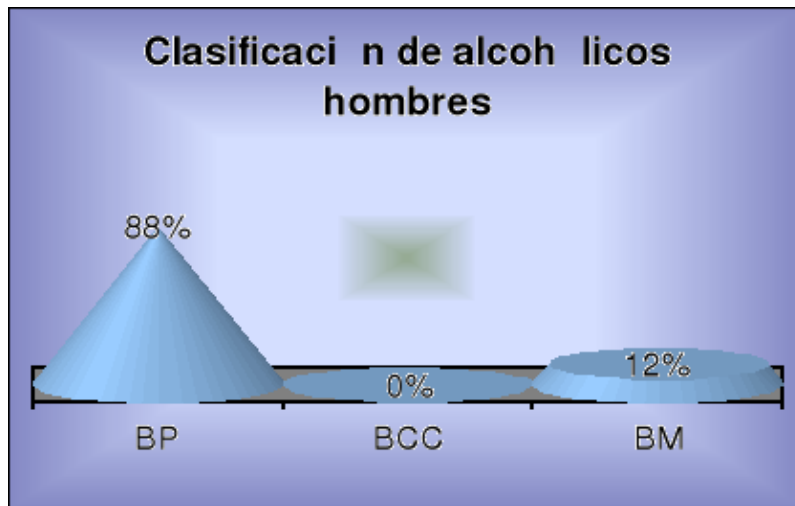
También existe la autoayuda, la cual se maneja de forma similar a la terapia conductual, con la diferencia de que se maneja a través de metas y sub–metas.



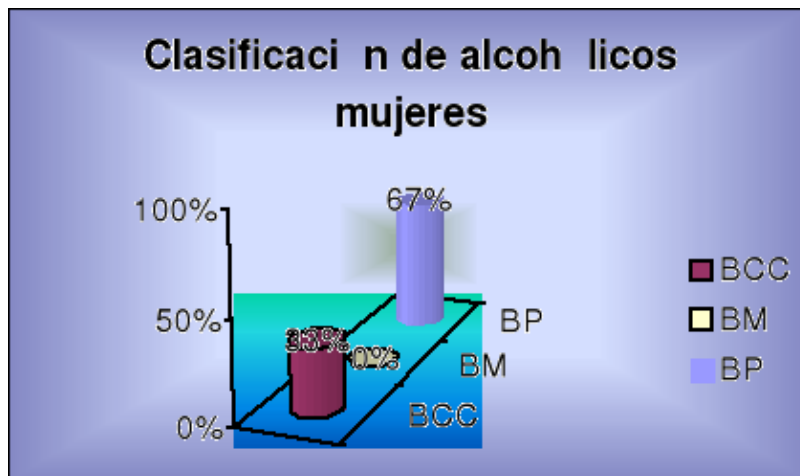
Como se puede apreciar en las gráfica número 1 del total de la población de 30 encuestas aplicadas el 57% de ellos tuvo una marca positiva en la encuesta de alcoholismo; y de este total el 47% correspondía a varones y el 53% a mujeres (gráfica número 2. En esta ocasión no se comprobó lo que se dice o se conoce como que la mayoría de hombres son alcohólicos, por el contrario, la mayoría de alcohólicos fueron mujeres.



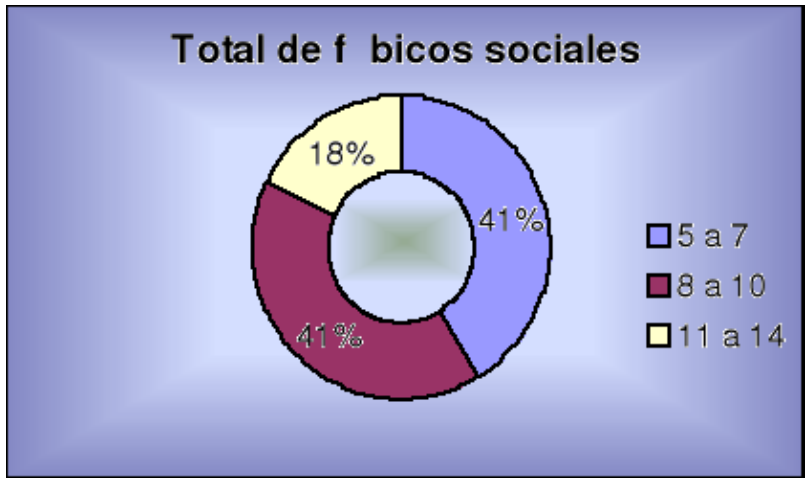
En esta gráfica se pueden apreciar que el 76% de la población son Bebedores Problema (BP), el 18% son Bebedores de Cantidades Considerables (BCC) y el 6% restante son Bebedores Moderados. Dicha gráfica fue sacada del número total de alcohólicos, o sea del 57% de la población general.



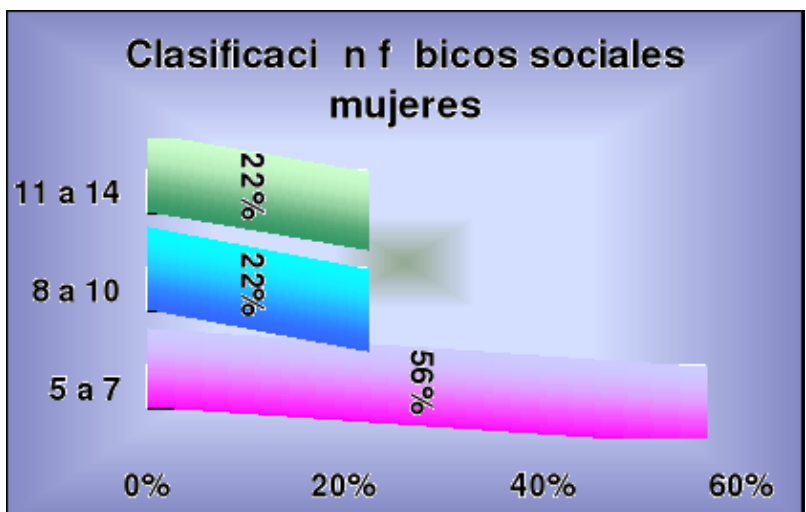
En esta gráfica se puede apreciar como el 88% de los varones alcohólicos encuestados son bebedores problema, no existe ningún bebedor de cantidades considerables y tan solo el 12% son bebedores moderados. De igual manera ocurre con la clasificación del alcoholismo en mujeres, solo que en ésta los bebedores problema son el 67%, los bebedores de cantidades considerables el 33% y no hay bebedores moderados, por lo tanto ocupan el 0% (gráfica número 5).



En la gráfica siguiente, la número 6, y subsiguientes (7 y 8), se puede apreciar como se dividieron las puntuaciones en intervalos de 3 espacios para poder facilitar la comprensión de la misma, acomodándolos de 5 a 7, de 8 a 10 y de 11 a 14 puntos de la evaluación del test de fobia social, como se puede observar, ya no existen más puntuaciones, y para poder manejar intervalos enteros, en el último aparecen 4 elementos. En éste gráfico, los porcentajes son los mismos 41% y 41% para los intervalos de 8 a 10 y de 11 a 14, tan solo el primer intervalo, que es de 5 a 7, maneja índices del 18%.



En ambas gráficas se pueden apreciar la clasificación de los fóbicos sociales en ambos sexos y si se realiza un cuadro comparativo se tiene como resultado que los varones sufren más de fobia social que las mujeres pues el segundo intervalo que es de 8 a 10 resulta con un 63% y en las mujeres el intervalo más alto es de 5 a 7 la cual tiene un promedio de 56%, teniendo la gráfica 8 un porcentaje similar en los intervalos 8 a 10 y 11 a 14. Por su parte los varones en la gráfica 7 en el intervalo 5 a 7 obtienen un porcentaje del 25% y en el intervalo 11 a 14 se tiene el porcentaje de 12%.



15

27