

Efectos sobre la calidad de vida de un programa de psicoeducación y grupo de apoyo *on-line* en pacientes con fobia social en paralelo con psicoterapia individualizada

Effect of an on-line psychoeducative program and supportive group in addition to an individual psychotherapy on the quality of life of patients with social phobia

María Sonsoles Moñivas Sánchez. Enfermera Interna Residente de Salud Mental. EU Enfermería de la CAM. Promoción 2004-2005.

Correspondencia:

María Sonsoles Moñivas Sánchez
C/San Rufo, nº 1, 4º, Izq.
28011 Madrid
maria.monivas@gmail.com

RESUMEN

La fobia social es una entidad infradiagnosticada y muy incapacitante, que deteriora la calidad de vida del individuo que la sufre. Las nuevas tecnologías de la información están suponiendo una revolución en el apoyo de los recursos terapéuticos y de educación para la salud, también en el ámbito de la salud mental. Por ello nos planteamos explorar la utilidad de una intervención psicoeducativa grupal con soporte telemático "on line" en la mejora de la calidad de vida en pacientes con fobia social.

Metodología: Ensayo clínico controlado, aleatorizado y ciego en adultos diagnosticados de fobia social capaces de seguir una actividad formativa y participar activamente en foros de discusión a través de Internet. Tanto el grupo control como el experimental realizarán psicoterapia cognitiva-conductual individualizada según el protocolo terapéutico del CSM. El grupo experimental además recibirá una intervención psicoeducativa grupal "on line". La eficacia del tratamiento se valorará con la escala LSAS y el cuestionario SF-36 con 3 mediciones, tras la 1ª, 10ª y 20ª sesión. Se hará un análisis descriptivo de las características de la muestra en ambos grupos y de las puntuaciones obtenidas en la escala de sintomatología y calidad de vida. Asimismo se hará una comparación de medias en las puntuaciones obtenidas por ambos grupos en las diferentes mediciones y un análisis intragrupo de la covarianza de dichas puntuaciones.

Palabras clave: Internet, fobia social, ansiedad, enfermera especialista en salud mental, calidad de vida, grupo de apoyo.

ABSTRACT

Social phobia is an infradiagnosed health problem that affects to the quality of life. The new communication technologies have become a revolutionary resource for the treatment and health education of patients, even in mental health. We propose to explore the usefulness of an on line group psychoeducative intervention to improve the quality of life in patients suffering social phobia.

Methodology: Randomized and blind clinical trial in patients diagnosed of social phobia who are able to follow a training program and participate in groups through the Internet. Both the control and experimental group will follow an individual psychotherapy according to the mental health centre therapeutic policy. Additionally the experimental group will undergo an on-line psychoeducative intervention. Treatment efficacy will be checked using LSAS scale and SF-36 questionnaire, performing 3 measurements after session 1, 10 and 20. A descriptive analysis of the characteristics sample will be performed. Additionally, a mean comparison of both the symptomatology scale and the quality of life questionnaire scores will be done.

Key words: Internet, social phobia, anxiety, mental nurse, quality of life, supportive group.

JUSTIFICACIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La Ansiedad Social o fobia social es, en nuestros días, una entidad poco conocida e infradiagnosticada pero muy incapacitante para el individuo que la sufre porque limita la posibilidad de crecimiento personal; deteriorando la educación, las salidas laborales y las relaciones sociales. [1, 2, 3, 4]

La fobia social consiste en un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por los demás y experimenta el temor a hacer algo o comportarse de una manera

que puede resultarle humillante o embarazosa. Actualmente se tiende a hablar de trastorno de ansiedad social, entendiéndose que la conducta fóbica sería resultado de los mecanismos de evitación de la situación social. [2, 5]

Existen dos subtipos de fobia social según los criterios del DSM-IV, considerando fobia específica cuando se refiere a miedo a uno o dos estímulos muy específicos (comer, beber en público, escribir delante de otros, etc.) en los que no hay interacción; y fobia generalizada cuando se presenta ante la gran mayoría de situaciones sociales, tanto de interacción como de actuación [2]. Generalmente este tipo de trastorno se da en personas jóvenes y del sexo femenino [6].

Sareen y Stein (2000) destacan a la fobia social como el trastorno de ansiedad más frecuente, describiéndose en distintos estudios datos de prevalencia que oscilan entre el 2,3% y el 14% de la población con edad entre 15 y 54 años, aunque los datos eran variables en función del rigor de los criterios diagnósticos y según se tuviera en cuenta o no la evitación, intensidad e interferencia [7, 8].

Recientemente (2002) se han presentado los datos del Estudio europeo de la epidemiología de los trastornos mentales (ESEMeD) que, con criterios uniformes de valoración, ha concretando la prevalencia observada entre el 2% y el 4% [9,10]. Asimismo, aproximadamente un 54% de las personas con fobia social presentan el subtipo asociado a temores para hablar en público y el 46% presenta la forma generalizada [6, 11]

Además de ser una entidad infradiagnosticada, pues a menudo son difíciles de distinguir sus límites con las características propias de la personalidad del individuo (caso de timidez, por ejemplo) [8], ocurre también que pasa fácilmente desapercibida, siendo en muchos casos el motivo de la consulta un trastorno comórbido, habitualmente la depresión, que contribuye a una mayor discapacidad social. La incidencia de esta comorbilidad a lo largo de la vida puede llegar al 70-80% de los sujetos [5].

Numerosos estudios hablan de la disminución en la calidad de vida en pacientes con fobia social. [3, 4, 11, 12] El cuestionario con el que habitualmente se hace esta medición es el Medical Outcomes Study Short-Form RAND 36-Item Healthy Survey, también conocido como el cuestionario de calidad de vida SF-36, validado para la población española. Con 36 ítems evalúa 8 dimensiones: Función Física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud mental. Los 5 últimos ítems hacen referencia al componente mental, especialmente indicados para evaluar la calidad de vida en fobia social.

El SF-36 se puntúa de forma que una puntuación mayor indica un mejor estado de salud. Así pues, 0 es el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud medido. Este cuestionario puede ser auto-administrado o administrado por el encuestador, mediante entrevista personal o telefónica. Está recomendado para ser utilizado tanto en población general como en pacientes con una edad mínima de 14 años [13].

Para evaluar la gravedad del cuadro clínico ya diagnosticado, se utilizan las escalas de intensidad/gravedad, también denominadas escalas de síntomas. En general, estas escalas son más sencillas que las entrevistas de ayuda diagnóstica, por lo que se requieren menor tiempo para su administración. Además algunas de ellas no requieren una persona que las administre, sino que es el propio paciente quien las cumplimenta.

La más utilizada universalmente es la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS, por sus siglas en inglés). Inicialmente desarrollada en EE.UU. en 1987, perfeccionada en 1992 y adaptada y validada en castellano por un grupo de profesionales españoles en 1999. Tiene una adecuada reproducibilidad (coeficientes de relación intraclase entre 0,63 y 0,88), así como consistencia interna (coeficiente 0,72). Además, este instrumento se muestra sensible al cambio terapéutico.

La escala consta de un total de 24 situaciones sociales que se evalúan desde una doble vertiente; presencia de temor o ansiedad en dichas situaciones y grado de evitación de las mismas. Además, las situaciones sociales evaluadas se subdividen en interacciones sociales (p.e., conocer a extraños, ser el centro de atención, organizar una fiesta, etc.) y ejecución de tareas (participar en pequeños grupos, hablar por teléfono en público, trabajar mientras le están observando, etc.). Se trata, entonces, de dos escalas tipo Likert de cuatro grados, que miden la intensidad del síntoma desde 0 = ninguna ansiedad, a 3 = ansiedad extrema; y el grado de evitación, desde el 0 = nunca, a 3 = usualmente.

Por lo tanto, con la LSAS obtenemos una puntuación global, puntuación en dos subescalas, ansiedad social y ansiedad de ejecución, y puntuación en dos síntomas, ansiedad y evitación.

En función de la puntuación total se categoriza la intensidad del cuadro clínico de ansiedad en: leve (no patológica), hasta 51, moderada, de 52 a 81 y grave, más de 82. [7, 14, 15]

En el terreno de la intervención psicoterapéutica hay una enorme cantidad de estudios que muestran la eficacia de las estrategias cognitivo-conductuales para la reducción de las manifestaciones fóbicas, pero todavía desconocemos con exactitud los mecanismos por medio de los cuales se produce la mejora terapéutica. [16,17]. Este desconocimiento nos exige prudencia a la hora de valorar los tratamientos. La mayoría de los trabajos rigurosos publicados en revistas científicas aportan niveles adecuados de eficacia, sea con la aplicación «exclusiva» de técnicas de exposición (para la fobia social específica) o sea con la aplicación de algún tipo de exposición asistida con técnicas cognitivas (para el subtipo generalizado) [17]. Pero estamos lejos de disponer de tratamientos que garanticen el éxito en el mayor número de personas, sea cual sea el objeto fóbico o su nivel de perturbación. Acercarnos al 80% de pacientes que cambian positivamente es alentador, pero lo es más

si trabajamos pensando también en el 20% que no lo hace. Que el tratamiento sea más satisfactorio y convincente ayudará a la adherencia, y posiblemente ayudará a que la exposición cumpla de forma más contundente su papel terapéutico. [16]

Haciendo una revisión de los nuevos elementos en psicoterapia, el ordenador aparece como el recurso tecnológico más empleado, siendo los trastornos de ansiedad los que han recibido más atención mediante las nuevas tecnologías. La realidad virtual e Internet son dos de las herramientas informáticas más usadas a partir de 1995 dentro del ámbito de la salud en general, siendo su eficacia elevada y comparable a la de los tratamientos más tradicionales [18]. Otros estudios compararon el efecto de las intervenciones tradicionales en el ámbito de la salud mental, frente a las realizadas a través de Internet, concluyendo que hay una mejora en relación a las variables estudiadas, mejorando el conocimiento y el comportamiento de los pacientes [19]. Existe por tanto evidencia de que la terapia computarizada es tan eficaz como el tratamiento tradicional en muchas áreas, y que debido a su creciente disponibilidad, puede aumentar el acceso de los pacientes y reducir el coste derivado de su atención [20].

Muchos estudios concluyen que las personas con fobia social se refugian en Internet para poder relacionarse [21,22]. Kraut et Al (1998, 2002) afirman que la expansión globalizada de Internet ha favorecido los vínculos sociales que en un principio se creían habían sido dañados por la red, llegando a integrarse en sus vidas sin interferir en su vida real. [23]

En la propuesta de un taller psicopedagógico para personas con ansiedad realizada desde finales de 1996 hasta mediados del año 2000 en el Centro de Salud Mental de Uribe Costa en Getxo - Bizkaia, se hacía referencia al eventual beneficio de desarrollar ese mismo taller con el complemento de una página de Internet que permitiese la consulta de otras personas, familiares de pacientes y de los propios participantes, ampliándose el apoyo gracias a otros recursos específicos del medio ("Chat", grupos de autoayuda a través de foros, correo electrónico, etc.). [24]

La evaluación de programas de autoayuda en distintas enfermedades refiere una repercusión favorable en el estado psíquico y la calidad de vida de los pacientes, pudiendo estar especialmente justificados cuando hay circunstancias asociadas a una mayor prevalencia de trastornos mentales. [25, 26, 27, 28]

Los estudios sobre los grupos de autoayuda a través de Internet concluyen que aunque presentan las características de un grupo grande, una lista de discusión en Internet mantiene la ilusión de ser un grupo pequeño y actúa con frecuencia como tal. Es decir, que la terapia de grupo sería algo diferente a la de un grupo verdadero, pero que podría ser útil. [29]

Enfermería tiene un papel muy importante en la evaluación de la calidad de las páginas Web que contienen información sobre salud, porque no todos los sitios ofrecen información fiable, actualizada y completa [30], existiendo múltiples antecedentes de creación, con estos recursos evaluados, de una nueva herramienta para hacer intervenciones en aquella población de difícil acceso, como pueden ser las personas con fobia social. [31, 32, 33, 34].

Aunque la comunicación cara a cara es importante, hay varios factores que pueden reducir su eficacia, incluyendo falta de tiempo, la naturaleza unidireccional de la interacción del profesional-paciente, la habilidad del profesional individual, y la información que se filtra por los factores culturales y emocionales, además de la interferencia que se crea por la propia sintomatología de las personas con fobia social [35]; siendo fuentes excelentes de material suplementario de información los sitios de Internet creados a tal efecto [36,37]

Profundizando en esta línea de investigación, con el objetivo de conocer la utilidad de las nuevas tecnologías en la mejora de la calidad de vida de las personas con fobia social, planteamos una intervención psicoeducativa grupal "on line", orientada a mejorar la información sobre la enfermedad y sus pautas de tratamiento, así como las redes de apoyo de estos pacientes mediante la habilitación de un foro de discusión electrónico. Esta intervención será coordinada por una enfermera especialista en salud mental en combinación con un equipo multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Ed. Meditor, 1992
2. DSM - IV. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" 4ª edición. Masson S.A. Barcelona. 1995.
3. Hambrick JP, Turk CL, Heimberg RG, Schneier FR, Liebowitz MR. The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety* 2003 (18): 46-50.
4. Wittchen H, Fuetsch M, Sonntag H, Muller N, Liebowitz M.. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: findings from a controlled study. *European Psychiatry* 1999(14):118-131.
5. Cornellà i Canals J, Llusent i Guillamet A. Fobia social: una entidad infradiagnosticada que merece una especial atención. [en línea][fecha de acceso 31 de marzo de 2005] URL disponible en: www.spao.org/docs/descargas/fobiasocial.doc
6. Kasper S. Social phobia: the nature of the disorder. *Journal of Affective Disorders*. 1998;50 Supl 1. S3-S9.

M. Sonsoles Moñivas

7. Madueño Caro AJ, Ortega galán M, Benítez Rodríguez E, Alcaraz Vera E, Forja Pajares F. Síntomas relacionados con fobia social en personal sanitario. *Medifam* 2002; 12: 319-325
8. Lamberg L, Social phobia—not just another name for shyness. *JAMA* 1998 ; 26 ; 280 (8):685-6.
9. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys *JAMA*. 2004;291: 2581-2590.
10. De Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA et. al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD/MEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;1(2):55-67.
11. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry* Oct 2000;157, 10; 1606
12. Mendlowicz MV, Stein MB, M.D. Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders *American Journal of Psychiatry* 2000;157:669-682
13. Badia X, Salamero M, Alonso J. La Medición de la Salud. Guía de escalas de medición en español. Cuestionario de Salud SF-36. A: Edimac. Barcelona 1999: 155-162
14. Bobes J, Basarán MT, Bousoño M, García-Portilla MP ,Sainz PA. Trastorno de ansiedad social: actualización clínica y Terapéutica. *Salud mental: Atención Primaria*. 2003; 6; 1-8
15. Bobes J y cols. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz *Med Clin* 1999;112(14):530-538
16. Capafons Bonet JI. Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas *Psicothema* 2001; 13(3):447-452
17. Sánchez Meca J, Rosa Alcázar AI. Olivares Rodríguez J. El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de psicología* 2004; 20(1): 55-68
18. Bornas Agusti X, Rodrigo T, Barceló F, Toledo M. Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud International* 2002; 2 (3): 533-541
19. Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *J Med Internet Res* 2004;6(4):e40
20. Proudfoot JG. Computer-based treatment for anxiety and depression: is it feasible? Is it effective? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2004; 28(3): 227-363
21. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35: 741-756
22. Gross EF, Juvonen J, Gable SL. Internet use and well-being in adolescence. *Journal of Social Issues* 2002;58:75-90.
23. Erwin BA, Turk CL, Heimberg RG, Fresco DM, Hantula DA. The Internet: home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders* 2004; 18(5):629-646
24. Martínez Azumendi O. Taller psicopedagógico para crisis de ansiedad y agarofobia *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2001;78:127-137.
25. García Sánchez C, Martínez García C, Alfaro Aroca M, Martínez García F, Huedo Medrano F, López-Torres Hidalgo J. Educación para la salud: repercusión de un programa de autoayuda en el estado psíquico de mujeres perimenopáusicas *Aten Primaria* 1998 sep 22(4):215-219
26. Smita S, Peat J, Mazurski E, Wang H, Sindhusake D, Bruce C et al. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *Br Med J* 2001; 322: 1-5.
27. Miguélez Beaumont MC. Fibromialgia, la gran incomprendida. Génesis de un grupo de autoayuda en un centro de salud *Trab Soc y Salud* 2004; 47:547-555
28. Houston TK, Cooper LA, Ford DE. Internet Support Groups for Depression: A 1-Year Prospective Cohort Study *Am J Psychiatry* 2002;159:2062-2068,
29. Weinberg H. Group process and group phenomena on the Internet. *Int J Group Psychother*. 2001;51(3):361-78.
30. Oermann MH. Using health web sites for patient education *Journal of WOCN* 2003; 30 (4)
31. Farrell SP, Mahone IH, Guilbaud P. " Web technology for persons with serious mental illness" *Archives of Psychiatric Nursing* 2004; 18(4):121-125
32. Rosen J, Mittal V, Mulsant BH, Degenholtz H, Castle N, Fox D. Educating the Families of Nursing Home Residents: A Pilot Study Using a Computer-based System *Journal of the American Medical Directors Association* 2003; 4(3):128-134
33. Puig González L, Barranco Peña F, Carrera Vidal M, Rosell Nebreda O, Sáez Pastor V. Consulta virtual de Educación para la Salud en adolescentes. *Metas de Enfermería*. 2003; 6(9): 62-65
34. Belcher JV, Holdcraft C. Web-Based Information for Depression: Helpful or Hazardous? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2001;7:61-6.
35. Dent T. Part I. Patient education. *Dis Mon* 2000;46 :785-797
36. Salo D, Perez C, Lavery R, Malankar A, Borenstein M, Bernstein S. Patient education and the internet: do patients want us to provide them with medical web sites to learn more about their medical problems? *Journal of Emergency Medicine* 2004;26(3):293-300
37. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of intervention to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36:1138-1161

OBJETIVO

Conocer la utilidad de una intervención psicoeducativa grupal con soporte telemático "on line" en la mejora de la calidad de vida y la disminución de la sintomatología en pacientes con fobia social.

HIPOTESIS

El grupo experimental, con la información y la interacción con otros pacientes facilitada a través de la Web, disminuirá la sintomatología fóbica, y en consecuencia mejorará su calidad de vida al menos un 10% respecto al grupo control.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño: Ensayo clínico controlado, aleatorizado y ciego

Periodo de estudio: 3 años

Ámbito de estudio: Un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

Población de estudio: Pacientes con nuevo diagnóstico de fobia social según criterios DSM-IV y que den su consentimiento informado para la participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Haber sido diagnosticado de fobia social según criterios DSM-IV en el plazo máximo de un mes previo a la inclusión en el estudio.
- Ser mayor de 18 años y menor de 65 años.
- Tener disponibilidad de un ordenador con posibilidad de acceso a Internet en su domicilio.
- Tener habilidades para el manejo de herramientas informáticas e Internet, (capacidad del paciente para seguir una actividad formativa y participar activamente en foros de discusión a través de Internet)

Criterios de exclusión:

- Comorbilidad psiquiátrica en fase aguda que interfiera en el tratamiento de la fobia social
- Pacientes en lo que sea previsible el abandono de forma prematura del programa psicoeducativo.

Muestra: Dada la ausencia de investigaciones sobre el efecto de una intervención psicoterapéutica "on line" sobre la calidad de vida en pacientes con fobia social en los que poder basar la estimación de tamaño muestral, planteamos la necesidad de llevar a cabo un estudio piloto con 10 pacientes en los que se realice una medición de la calidad de vida por el cuestionario SF-36 una semana después de haber finalizado las sesiones de la psicoterapia individual (tratamiento estándar). Con la puntuación media y la desviación estándar obtenida en la calidad de vida de este grupo, y para una mejoría estimada en el 10% en el grupo experimental respecto al grupo control, se procederá al cálculo del tamaño muestral para una comparación de dos medias independientes, considerando un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80 % y un porcentaje de pérdidas de seguimiento del 20 %. Se prevé un periodo de reclutamiento de la muestra se prolongará un año.

Variables de estudio y definición operativa:

- Datos de filiación: nombre y apellidos, nº de historia clínica, teléfono de contacto y correo electrónico.
- Edad
- Sexo
- Apoyo familiar. (SI/NO)
- Pareja estable (SI/NO)
- Situación laboral. (trabajo estable, trabajo esporádico, baja laboral, desempleo, jubilado)
- Hábitos tóxicos (SI/NO, tipo)
- Historia de sintomatología asociada a fobia social previa al diagnóstico (años)
- Historia previa de búsqueda de información y/o apoyo a través de recursos "on line"
- Calidad de vida (cuestionario SF-36)
- Sintomatología de la fobia social (escala LSAS)

Trabajo de campo: La selección de los sujetos del estudio se hará de forma accidental, coincidiendo con el diagnóstico de fobia social realizado por los terapeutas del centro de salud mental (CSM), los cuales proporcionarán la información sobre proyecto de investigación y comprobarán los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez firmado el consentimiento informado se procederá a la asignación del paciente al grupo experimental o control, mediante un listado de números aleatorios.

Posteriormente se recogerá la información correspondiente a las variables de estudio. (Anexo I)

Intervención: El grupo experimental realizará 20 sesiones quincenales de psicoterapia cognitiva-conductual individual en el CSM, con una duración aproximada de 45 minutos por sesión (intervención estándar) (Anexo II). Asimismo, y de forma paralela se incorporará a un programa psicoeducativo grupal "on line" (Anexo III), que se iniciará con una primera consulta con la enfermera especialista en salud mental responsable de administrar la página Web, de acceso restringido, en la que se ofrecerá el acceso a los contenidos de dicha intervención:

- 1- Información (educación sobre la fobia social, relajación, habilidades sociales y ocio)
- 2- Grupo de apoyo "on line" (Foro de discusión/Chat)

Los sujetos del grupo experimental accederán 2 veces por semana, con un mínimo de media hora y un máximo de 2 horas de conexión por sesión, a esta página Web. La comunicación con la enfermera administradora del programa, de forma grupal o individualizada, estará asegurada a través del foro, chat y el correo electrónico, dentro de un horario previamente establecido.

La enfermera se coordinará con los terapeutas responsables de la psicoterapia individualizada para conocer las pautas de tratamiento y evolución de cada paciente. De esta forma podrá orientar y guiar a los pacientes sobre los contenidos de la intervención "on line" de los que podría obtener un mayor beneficio.

El grupo control asistirá exclusivamente a las 20 sesiones quincenales de psicoterapia cognitiva-conductual individual en el CSM. (Anexo II)

Mediciones: En la primera sesión de la psicoterapia individualizada se hará entrega a los pacientes, tanto del grupo experimental como control, de una copia de la escala de sintomatología LSAS y del cuestionario calidad de vida SF-36, así como de las instrucciones de auto-cumplimentación para ambas. En este momento se hará la primera medición de ambos parámetros (QL-1 y S-1). La segunda medición se realizará tras la 10ª sesión (QL-10 y S-10). Finalmente se hará una tercera medición (QL-20 y S-20) tras la última sesión. Para evitar el sesgo inducido por la presencia del terapeuta, se proporcionará los sobres con franqueo en destino para que se envíen directamente a la enfermera encargada de centralizar la recogida de los datos.

Análisis de datos: Serán excluidos del análisis de datos aquellos pacientes que no acudan al menos a un 80% de las 20 sesiones de psicoterapia individualizada y aquellos sujetos del grupo experimental que no alcancen el 80% del tiempo recomendado de conexión al programa psicoeducativo grupal "on line" (registro automático).

Se procederá al análisis descriptivo de las características de la muestra en ambos grupos y, mediante gráficos tipo *box plot*, de las puntuaciones obtenidas en las mediciones QL-1, QL-10 y QL-20 y S-1, S-10 y S-20. Se presentará la puntuación media y el correspondiente intervalo de confianza calculado para un nivel de confianza del 95%.

Con el objeto de comprobar la homogeneidad de ambos grupos al inicio del estudio se procederá a una comparación de medias para el valor QL-1 Y S-1 obtenido en ambos grupos.

Para analizar el efecto de la intervención sobre la calidad de vida y la sintomatología se procederá a la comparación de medias de las puntuaciones obtenidas en ambos grupos en los 3 momentos de medición. Asimismo se analizará la covarianza de las puntuaciones de ambos parámetros a lo largo de la intervención. Finalmente se analizará la dinámica de pérdidas de seguimiento de los sujetos incluidos en el estudio.

PLAN DE TRABAJO

1. Desarrollo de la Web y diseño final de los contenidos	3 meses
2. Reclutamiento e intervención	22 meses
3. Tabulación y análisis de datos	5 meses
4. Redacción del informe y comunicación de resultados	6 meses

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

- Intercambio de información o permeabilidad de la intervención entre grupo experimental y control.
- Acceso a otras paginas Web y/o foros en relación con la fobia social por parte de ambos grupos.
- Eventuales diferencias en ambos grupos respecto al nivel cultural y socioeconómico
- Influencia de otros factores de confusión como los distintos tratamientos farmacológicos o la pertenencia a asociaciones y/o foros de discusión a través de Internet.
- Falta de colaboración y derivación de pacientes que cumplan los criterios de inclusión.
- La dinámica de reclutamiento condiciona que los primeros pacientes reclutados para el grupo experimental se beneficien en menor medida del foro de autoayuda *on line*, en tanto que el número de sujetos participantes será menor que fases mas avanzadas del estudio.

UTILIDAD PRÁCTICA

Si se demuestra la hipótesis de nuestro estudio, se podrían incrementar significativamente los recursos terapéuticos ofertados a los pacientes con fobia social, pudiendo beneficiarse del acceso a información y de un grupo de apoyo guiado *on line* para seguimiento. Asimismo podría mejorarse la detección precoz de casos.

RECURSOS

Materiales

Disponibles:

Espacios físicos: despachos y consultas.

Solicitados:

Ordenador y software informático	4000 E
Diseño, hosting y mantenimiento de la Web	6000 E
Conexión a Internet banda ancha en la consulta de enfermería y para los pacientes que no la tengan en su domicilio (hasta 50).	12500 E
Divulgación de los resultados de investigación	3000 E
TOTAL	25500 E

Anexo III

Intervención psicoeducativa grupal "on line"

Contenidos de la página Web (posibilidad de que algunos contenidos estén en audio)

- Inicio: Título y sección de identificación (cada paciente del grupo experimental tiene su nombre de usuario y clave para poder acceder, es decir, el acceso es restringido)
- Información sobre la naturaleza de la ansiedad en general y de la fobia social en particular: explicación de los mecanismos y procesos básicos, relaciones entre pensamiento, emoción y acción. Definición de síntomas, Frecuencia de aparición. Causas. Riesgos asociados (consumo de tóxicos). Tratamientos farmacológicos. Tratamientos psicoterapéuticos. Asociaciones de autoayuda. Recursos en Internet. Autoevaluación de conocimientos.
- Información sobre habilidades sociales.
 - Explicación sobre ¿qué son las habilidades sociales y porqué vamos a entrenarlas?
 - Resumen de los componentes de las habilidades sociales con ejercicio practico ,
 - Lista de distorsiones cognitivas con ejemplos,
 - Lista de pensamientos racionales con ejemplos,
 - Hoja de ayuda a las exposiciones graduales a situaciones ansiógenas, con reducción de las conductas defensivas y de seguridad.
 - Estrategias adicionales de exposición en situaciones sociales
 - Planificación de las actividades de ocio
 - Control de las recaídas
- Información sobre técnicas de respiración y relajación("entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson" y "entrenamiento autógeno de Schultz"),
- Foro de discusión y encuentro
- Chat
- Lista de miembros
- Contacto
- Ocio y tiempo libre (sugerencias optativas definidas por la administradora y los propios usuarios)
- Contador-registro para cada usuario de las entradas, salidas y tiempo de conexión. (visibles sólo a nivel del administrador)