

TERAPIA COGNITIVA Y EXPOSICIÓN MIXTA EN UN CASO DE FOBIA SOCIAL

José Pedro Espada¹

María José Quiles²

Francisco Xavier Méndez¹

¹ Universidad de Murcia

² Universidad Nacional de Educación a Distancia. Centro Asociado de Elche.

RESUMEN

La fobia social se caracteriza por la presencia de miedo intenso y duradero ante situaciones sociales en las que el paciente se expone a la observación o el escrutinio de otras personas y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle humillante o embarazosa. Es el segundo trastorno de ansiedad más observado en la clínica, con tasas de prevalencia que varían entre el 3 y el 13%. En este artículo se presenta el caso clínico de un sujeto de 23 años diagnosticado de fobia social. La intervención, que se prolongó durante 13 semanas, consistió en un tratamiento multicomponente que combinaba la

* Este trabajo ha sido realizado con la financiación del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, mediante una beca FPU concedida al primer autor.

Los autores agradecen al Dr. Luis Joaquín García-López sus valiosas aportaciones al original.

Correspondencia: Jose Pedro Espada Sánchez. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología- Edificio Luis Vives. Campus Universitario de Espinardo. Apartado 4021. 30800 Murcia-España. Tfno: 968 36 77 22. E-mail: jpespada@um.es.

exposición en vivo y en imaginación, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales y adiestramiento en distracción. Los resultados del tratamiento en el post-test y a los doce meses de seguimiento indicaron que la intervención había sido eficaz para la disminución de la ansiedad-estado y de las cogniciones negativas. El paciente había reducido de forma muy relevante sus conductas de evitación social, situándose la medida post-test por debajo del punto de corte propuesto para discriminar entre la población sana de la afectada de ansiedad social. Por último, se discuten las ventajas del uso combinado de estrategias cognitivas y conductuales, así como su idoneidad según las características de cada paciente.

Palabras clave: *FOBIA SOCIAL, TRATAMIENTO PSICOLÓGICO MULTICOMPONENTE, TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL*

SUMMARY

Social phobia is characterized by the presence of an intense and prolonged fear during sociable situations in which the patient is exposed to observation or the scrutiny of other people and he/she experiences the fear of doing something or of behaving in such a way as to result in humiliation or awkwardness. It is the second most observed anxiety disorder in the clinic, with a prevalence that vary between 3 and 13 %. This article presents the clinical case of a 23 year old patient diagnosed with social phobia. The intervention, which was prolonged for a period of 13 weeks, consisted in a multiple component treatment which combined the live exposure along with imagination, cognitive restructuring, self instructions, training in relaxation, training in social skills and instructions in distractions. The results from the treatment in the posttest and the 12 months of follow-up indicate that the intervention has been efficient in minimizing the state of anxiety and the negatives cognitions. The patient had reduced his evasive social behavior in a very relevant way, this situated the post exam test beneath the point of break proposed in the discrimination between the healthy population and those affected by social anxiety. Lastly, we discuss the advantages of the combined use of cognitive and behavioral strategies, including their capacities based on the characteristics of each patient.

Key words: *SOCIAL PHOBIA, PSYCHOLOGICAL MULTIPLE COMPONENT TREATMENT, COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY*

1. INTRODUCCIÓN

La fobia social se incluye en el grupo de los trastornos por ansiedad en el DSM-IV (APA, 1994) o trastornos neuróticos en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). Se caracteriza por la presencia de miedo intenso y duradero ante situaciones sociales en las que el paciente se expone a la observación o el escrutinio de otras personas y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle humillante o embarazosa. A pesar de tratarse de un trastorno muy incapacitante, no ha recibido la atención necesaria, y durante unos cuantos años ha sido uno de los cuadros clínicos menos comprendido e investigado (Judd, 1994; Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985). Prueba de ello es que su reconocimiento como entidad diagnóstica no se produjo hasta 1980, cuando se incluyó en el DSM-III (APA, 1980), aunque ya había sido descrita por primera vez en un trabajo de Marks en 1970. Esta deficiencia empieza a remediarse en los últimos años, en los que han aparecido numerosas investigaciones controladas sobre los problemas clínicos y la eficacia comparativa de los diferentes tratamientos (Salaberría, Borda, Báez y Echeburúa, 1996).

Los estudios epidemiológicos sugieren que la fobia social es más frecuente en las mujeres, aunque en la población clínica los porcentajes entre ambos sexos se igualan, o bien se constata que incide más frecuentemente en varones (APA, 1994). Es el segundo trastorno de ansiedad más observado en la clínica, tras la agorafobia, lo que supone el 25% del total de fobias (Echeburúa, 1993a). Las tasas de prevalencia varían del 3% al 13% en la población general (APA, 1994). Sin embargo, este valor puede ser menor del real, ya que la fobia social presenta una alta comorbilidad con otros trastornos del eje I (Brewerton, Lydiard, Ballenger y Herzog, 1993; Bulik, Beidel, Duchmann y Weltzin, 1991; Disalver, Qamar y Del Medico, 1992; Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992), especialmente con problemas de ansiedad (Echeburúa y Salaberría, 1996), y del eje II (Herbert, Hope y Bellack, 1992; Turner, Beidel y Townsley, 1992). Así, las tasas de prevalencia pueden estar obstaculizadas por otros trastornos concomitantes que constituyen el diagnóstico principal. Las complicaciones más frecuentes son el absentismo laboral y el abuso de drogas y/o ansiolíticos (Schneier

et al., 1992) que llegan a ser la expresión de una fobia social no diagnosticada. Por ejemplo, la dependencia del alcohol está presente en el 20% de los fóbicos sociales (Amies, Gelder y Shaw, 1983) y alrededor del 50% de los pacientes recurren al consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento ante las situaciones temidas (Agras, 1989).

Otro obstáculo asociado a las dificultades para establecer las tasas de prevalencia reales sería la delimitación del umbral para el diagnóstico de fobia social. La ansiedad social tiene una alta prevalencia en la población general (Stein, Walker y Ford, 1994) debido a la naturaleza universal de estos temores (por ejemplo, hablar en público) lo que complica el diagnóstico de fobia social en la práctica clínica. Este factor determina la dificultad para determinar en qué medida cabe asignar a un paciente con síntomas de ansiedad social el diagnóstico de fobia social (Moreno, 1998). El criterio de gravedad clínica del sistema DSM no es lo suficientemente explícito, lo que puede redundar, ante todo, en una distorsión de los estudios epidemiológicos (Hazen y Stein, 1995). Por tanto, la cuestión no es tanto si la persona tiene ansiedad social, sino cuánta ansiedad experimenta, cuánto dura el episodio de ansiedad, con qué frecuencia vuelve a ocurrir dicha ansiedad, qué grado de conducta de evitación desadaptativa provoca esa ansiedad y cómo evalúa la ansiedad el individuo que la padece (Caballo, Andrés y Bas, 1997).

La fobia social suele aparecer en la adolescencia o al inicio de la vida adulta, a veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social. Su aparición puede ser repentina, siguiendo bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o de forma lenta e insidiosa. El curso del trastorno acostumbra a ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. Cuando se acude en busca de tratamiento, suele ser entre 6 y 20 años después de iniciado el problema; aunque en muchas ocasiones no se busca ayuda debido a la creencia de que se trata de timidez, un rasgo de personalidad inmodificable (APA, 1994; Marks, 1991; Echeburúa, 1993b).

Las personas con fobia social pueden presentar temor ante un amplio rango de situaciones sociales, generalmente orientadas a la

realización de actividades o conductas sujetas a la observación de otras personas, y a situaciones que requieren la interacción social. En la tabla 1 aparecen algunas de esas situaciones.

Tabla 1.- Situaciones sociales más temidas por los sujetos con fobia social. (A partir de Caballo *et al.*, 1997)

- Iniciar y mantener conversaciones
- Citarse con alguien
- Asistir a una fiesta
- Comportarse asertivamente
- Telefonar (especialmente a personas a quienes no se conoce muy bien)
- Hablar con personas con autoridad
- Devolver un producto a la tienda donde lo ha comprado
- Mantener contacto ocular con gente que no conoce
- Hacer y recibir cumplidos
- Asistir a reuniones, congresos
- Hablar en público
- Actuar ante otras personas
- Ser el centro de atención
- Comer/beber en público
- Escribir/trabajar mientras le están observando
- Utilizar los urinarios públicos

La situación más comúnmente temida sería hablar ante un grupo pequeño (Pollard y Henderson, 1988; Schneier *et al.*, 1992). La mayoría de las personas temen más de una situación, el 90% de

los pacientes temen al menos dos situaciones y más del 50% temen al menos tres situaciones sociales (Turner, Beidel y Larkin, 1986).

Ante las situaciones temidas, la respuesta conductual más habitual es la conducta de evitación y/o escape. A nivel fisiológico, los síntomas más frecuentes son los temblores, la sudoración, la taquicardia y el rubor (Echeburúa, 1993b). Los factores cognitivos que pueden estar implicados en el mantenimiento o agravamiento de la fobia social son, entre otros, una sobrestimación de los aspectos negativos de su conducta, una excesiva conciencia de sí mismo, un temor a la evaluación negativa, unos patrones excesivamente elevados para la evaluación de una actuación y una percepción de falta de control sobre su propia conducta (Caballo, 1995).

La fobia social puede ser tratada hoy día con eficacia por medio de intervenciones cognitivo-conductuales. Las principales modalidades de tratamiento investigadas para la fobia social han sido las técnicas *conductuales* (que incluyen la relajación muscular, la exposición, la desensibilización sistemática y el entrenamiento en habilidades sociales), *cognitivas* (reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones) y *tratamientos multicomponentes cognitivos-conductuales* que combinan fundamentalmente reestructuración cognitiva y exposición y/o habilidades sociales (Mersch, Emmelkamp, Bögels y van der Sleen, 1989).

Los primeros estudios se centraron en el entrenamiento en habilidades sociales, al basarse en el supuesto de que la ansiedad del paciente se relacionaba con un déficit verbal y no verbal (Wlazlo, Schroeder-Hartwing, Hand, Kaiser y Münchan, 1990). Sin embargo, actualmente se considera que la exposición a las situaciones temidas resulta el componente fundamental de la reducción del miedo. La adición de la terapia cognitiva (sobre todo técnicas de reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones) ha sido más reciente, y se basa en la observación de que en la fobia social la reacción de miedo parece más mediada cognitivamente que en el caso de otros trastornos de ansiedad (Beck y Emery, 1985; Butler, 1989; Heimberg y Barlow, 1988). Sin embargo, no queda claro si la utilización de la reestructuración cognitiva supone un aumento de la eficacia del tratamiento (Heimberg y Juster, 1995; Salaberría y Echeburúa, 1995). Las revisiones cuantitativas realizadas al respecto

no llegan a conclusiones definitivas. Así, Taylor (1996) concluyó que la combinación de exposición y reestructuración cognitiva mejoraban al resto de tratamientos, mientras los meta-análisis realizados por Feske y Chambless (1995) y Moreno, Méndez y Sánchez (2000) obtuvieron como resultado que las técnicas de exposición son igualmente efectivas aplicadas de modo exclusivo o en combinación con técnicas de reestructuración cognitiva.

En este trabajo se presenta el proceso de evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de un paciente diagnosticado de fobia social generalizada que se desarrolla de forma brusca tras una experiencia negativa y que interfiere de forma importante en su adaptación social.

2. MÉTODO

2.1. Sujeto

Datos personales y familiares

Miguel, de 23 años de edad, es un joven soltero con residencia en una pequeña población costera. Vive con sus padres de 49 y 50 años y con una hermana tres años menor que él. Su nivel de estudios es de COU. Trabaja como carpintero desde hace dos años y medio en el taller propiedad de su tío y de su padre. Su jornada laboral es de ocho horas, por la mañana y por la tarde. Dice gustarle su trabajo, al que quisiera seguir dedicándose en un futuro. Su novia, con la que sale desde hace tres años, estudia en la universidad y es un año menor que él. Entre sus aficiones destaca el tenis, deporte que suele practicar una vez a la semana.

El motivo que trae a consulta a Miguel es la alta ansiedad que padece cuando tiene que interactuar con otras personas.

Historia del problema

El problema se originó tres años atrás, cuando el paciente estaba matriculado en el primer curso de una carrera universitaria. Al poco tiempo de empezar el semestre, el personal del Banco de Sangre de la zona, que desarrollaba una campaña para promocionar donaciones de sangre, acudió a su clase para dar una charla sobre

este tema. A mitad de la conferencia, Miguel comenzó a sentirse mareado, según piensa, debido a su aprensión por la sangre. Siguió encontrándose cada vez peor, hasta que finalmente perdió el conocimiento. Según le han contado, varios compañeros le ayudaron a incorporarse, y los médicos que estaban dando la charla tuvieron que prestarle los primeros auxilios allí mismo. A los pocos minutos recobró el conocimiento, descubriendo que toda su clase estaba fijándose en él, por lo que se sintió muy avergonzado.

Después de ese suceso, empezó a ponerse muy nervioso antes de ir a clase, y procuraba sentarse muy cerca de alguna puerta, con el camino libre para poder salir rápidamente en el caso de encontrarse mal. Comenzó a faltar a las clases. Según cuenta, la situación se le hizo insostenible, perdió toda la motivación por continuar estudiando, y abandonó la carrera antes de que acabara el curso. Desde entonces se ha dedicado a trabajar en el negocio familiar.

Cuando acudió a consulta se ponía muy nervioso al hablar con otras personas, ya que empieza a pensar que va a marearse y que los demás lo van a notar raro. Se siente especialmente mal cuando el encuentro es inesperado, o en lugares grandes, donde no puede controlar dónde está la salida. La última vez que se encontró mal había sido hacía tres días, cuando tuvo que hablar con la dependiente de una tienda. En otros contextos también le sucedía, independientemente del lugar (a veces por la calle) o de las personas con las que se encuentra (le ocurría con desconocidos, amigos y familiares), aunque en su trabajo le había pasado pocas veces, sobre todo cuando había gente observándole trabajar. El paciente se mostraba muy preocupado por su situación, que había visto agravarse paulatinamente y cronificarse a lo largo del tiempo. Pensaba que nunca sería capaz de casarse, al no soportar la idea de estar ante la vista de todos con riesgo de desmayarse y ser objeto de los comentarios.

2.2. Procedimiento

Se aplicó un diseño A-B de replicación intrasujeto. La intervención se realizó mediante sesiones de terapia de 50 minutos de duración, con una periodicidad semanal.

2.2.1. Evaluación

La evaluación del caso tuvo lugar durante las dos primeras sesiones. Para realizarla se emplearon técnicas como la entrevista semiestructurada, la autoobservación, y diversos autoinformes.

- *Entrevista autobiográfica* (Adaptada de Gavino, 1997)

Se mantuvieron entrevistas semiestructuradas a lo largo de todo el proceso terapéutico. En la primera sesión, administramos una adaptación de la entrevista autobiográfica de Gavino (1997). La información obtenida a partir de ella nos indica que el estado de salud general del paciente ha sido siempre normal, no habiendo sufrido problemas de salud de significación. No presentaba antecedentes de cefaleas, de hecho la primera vez que sufría un desmayo fue durante el episodio que desencadenó el problema actual. La semana posterior al suceso, acudió a su médico para una revisión y no se encontró ningún problema físico. Presenta un consumo de alcohol de fin de semana, moderado, y diario de tabaco (3-4 cigarrillos). Su dieta parece equilibrada, y manifiesta el deseo de adelgazar algunos kilos. Describe sus relaciones familiares como satisfactorias, a pesar de trabajar con su padre “casi nunca discuten por temas de trabajo”, y asume bien su papel de ayudante en el trabajo. Su rendimiento en el colegio y en el instituto había sido siempre satisfactorio, siendo un estudiante medio. Ésta era la primera vez que acudía a una consulta psicológica o psiquiátrica.

- *Autorregistro*

El objetivo de emplear autorregistros era conocer las variables antecedentes y consecuentes de la conducta – problema, y contar con una descripción precisa de las respuestas del sujeto en las situaciones temidas. También sirvió para establecer la línea base y mantener un seguimiento de la evolución del paciente, en cuanto a la frecuencia de la conducta problema (número de episodios ocurridos semanalmente) y a la intensidad (grado de malestar evaluado por el sujeto).

Se siguió un modelo en que se registraba el momento de ocurrencia del episodio (día y hora), una descripción de la situación, de los pensamientos, sentimientos y conducta motora del individuo. El paciente debía anotar también el grado del malestar

Día y hora	Situación (Qué pasó)	Qué pensé	Que sentí	Qué hice	Grado de malestar (0-10)	Duración (minutos)
Lunes, 20 h	Fuimos a un bar a ver el fútbol	Que me iba a marear Que me iba a quedar bloqueado	Inseguridad Rigidez Nerviosismo Inestabilidad	Aguanté como pude hasta que terminó el fútbol.	8	30
Martes, 20, 30 h	Fuimos al videoclub a alquilar una película	Que me iba a marear Que me iba a quedar bloqueado Que se iban a dar cuenta	Rigidez Inseguridad Inestabilidad.	Aguanté hasta que terminamos	7	10
Miércoles, 22, 30 h	En casa de mis suegros, hablando en el comedor	Que me iba a desmayar Que me iba a dar un infarto	Falta de respiración Calor Nerviosismo Taquicardia	Irme de allí tan pronto como pude.	9	10
Jueves, 12, 30 h	Estaba en una oficina pequeña con cuatro personas	Que me iba a marear Que me iba a quedar bloqueado	Inseguridad Nerviosismo	Nada	8	15
Jueves, 20 h	Hablando con un amigo	Que me iba a marear Que me iban pasar algo Que me iban a notar algo raro	Nerviosismo Inseguridad Torpeza	Intentar estar mejor	7	30
Jueves, 20, 30h	En una tienda comprando ropa	Que me iba a quedar bloqueado Que me iba a pasar algo Que la dependienta me estaba mirando	Inseguridad Rigidez Torpeza	Aguantar e intentar estar mejor	7	10
Viernes, 19 h	Estaba en la cola del Hipermercado	Que me iba a marear Que me iba a pasar algo y no me podrían ayudar	Rigidez Inseguridad Mareo Calor	Pagué y me fui rápidamente de allí.	7	5

Figura 1.- Ejemplo de autorregistro cumplimentado por el paciente

subjetivo que había experimentado en cada situación, valorándolo en una escala de 0 a 10, y la duración del episodio en minutos (véase la figura 1).

- *Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1997)

En el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, el paciente obtuvo las siguientes puntuaciones:

Ansiedad – Estado: puntuación directa: 26; centil 70

Ansiedad – Rasgo: puntuación directa: 43; centil 97

Analizando los resultados en las dos subescalas de la prueba, se puede interpretar que el paciente estaba predispuesto a experimentar respuestas de ansiedad ante situaciones estresantes, mostrando tendencia a percibir las situaciones como amenazantes (ansiedad rasgo). Además, tenía un nivel de ansiedad elevado en el momento de realizar la evaluación (ansiedad estado).

- *Escala de evitación y ansiedad social (SAD)* (Watson y Friend, 1969)

Esta escala, que ha sido validada recientemente para la población española (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001), se ha mostrado muy sensible al cambio terapéutico en el tratamiento de la fobia social. El paciente obtuvo una puntuación directa de 25, sobre un total posible de 28. El punto de corte propuesto para discriminar entre la población sana de la población aquejada de ansiedad social es de 18-20 (Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo y Becker, 1990), lo cual indica un elevado grado de ansiedad social por parte del paciente.

- *Cuestionario de autoverbalizaciones ansiosas (ASSQ)* (Kendall y Hollon, 1989)

La puntuación directa obtenida por Miguel en esta prueba fue de 107. El rango de puntuaciones abarca desde 32 a 160. El análisis realizado por los autores del cuestionario refiere unas medias de 91,42 para sujetos altos en ansiedad y de 56,43 para los no ansiosos. La puntuación del paciente, por tanto, se encuentra por encima de la media, lo que indica un elevado grado de ansiedad con componente cognitivo, detectado a partir de sus propias verbalizaciones. Alguno de los ítems evaluados con la máxima puntuación por el paciente mostraban ansiedad ante la evaluación “¿Qué pensara la

gente de mí?", o inseguridad por su autoeficacia, con afirmaciones del tipo: "¿Podré hacerlo?", "¿Lo lograré?" o "¿Qué me sucederá?".

- *Inventario de ansiedad de Beck (BAI)* (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988)

El BAI evalúa principalmente los aspectos físicos relacionados con la ansiedad y facilita la discriminación entre ansiedad y depresión. La puntuación directa que obtuvo el paciente en esta prueba fue de 31, siendo el intervalo de puntuaciones posibles de 0 a 63. Los ítems en los que puntuaba más alto indicaban síntomas como temblor de piernas, "miedo a que suceda lo peor", palpitaciones, sensación de inestabilidad e inseguridad física, y rubor facial.

- *Inventario de Beck para la depresión (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1991)

Se consideró conveniente evaluar el grado de sintomatología depresiva que presentaba el paciente, para discriminar si se encontraba por encima de la media. La prueba de Beck tiene un rango de 0 a 63, obteniendo el paciente una puntuación de 11, lo que indicaría la existencia de depresión leve (Vázquez y Sanz, 1991).

2.2.2. Diagnóstico

Tras integrar la información recabada durante la fase de evaluación, se observó que el paciente cumplía los criterios para el diagnóstico de fobia social (300.23, Eje I del DSM-IV) (APA, 1994), ya que se daban las siguientes condiciones:

- Temor acusado y persistente por las situaciones sociales, temiéndolo actuar de un modo que sea humillante o embarazoso.
- Respuesta de inmediata ansiedad tras la exposición a situaciones sociales temidas, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional.
- El individuo reconoce que ese temor es excesivo o irracional.
- Se evitan las situaciones sociales, o se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa y el malestar interfieren con su rutina normal, sus relaciones laborales y sociales, y producen un malestar clínicamente significativo.

En este caso, podemos hablar de fobia social del subtipo generalizado, ya que los temores del paciente se daban en la mayoría de las situaciones sociales, independientemente del lugar (domicilio familiar, casa de su novia, taller, calle, restaurantes, etc.), del grado de cercanía con el interlocutor (clientes, amigos, familiares, desconocidos, etc.), del sexo, o del número de personas con las que interactuara.

Dado que la comorbilidad con otros trastornos de evitación social es significativa, se valoró como diagnóstico diferencial el trastorno de pánico con agorafobia, considerando además que el desencadenante del trastorno había sido un desmayo del sujeto. Sin embargo, aquel episodio no se puede calificar de ataque de pánico, ya que según informaba el paciente, no se dieron entonces síntomas de ansiedad. Por otro lado, las respuestas de evitación posteriores, no se corresponden con las típicas de la agorafobia, ya que la aparición de respuestas de ansiedad era independiente de que el sujeto se encontrara sólo o acompañado, siendo éste un rasgo decisivo para el diagnóstico de agorafobia.

Era evidente que el trastorno interfería de forma significativa en la vida del paciente, hasta el punto de que éste había abandonado sus estudios debido a la ansiedad que le producía la asistencia a clase. En esos momentos, sus relaciones sociales se veían muy condicionadas, habiéndose deteriorado notablemente su relación con las personas de su entorno más próximo.

a. Conductas problema

- Alta ansiedad en situaciones de interacción social, generalizada a personas conocidas, desconocidas e incluso familiares, así como a interacciones con una sola persona o en grupo.
- Pensamientos anticipatorios de un desmayo, de carácter incontrolado, especialmente durante la interacción con desconocidos, sintiéndose muy inestable e incapaz de seguir la conversación con normalidad. Piensa que los demás le notan raro. Esta conducta a veces se generaliza a amigos que se encuentra inesperadamente, familiares, etc.

- Elevada ansiedad en lugares estrechos, donde no hay una fácil salida, o donde no puede ser rápidamente asistido en caso de un desmayo. En dichas situaciones, realiza conductas de escape, intentando salir cuanto antes del sitio.

b. Análisis funcional

El paciente había asociado por condicionamiento clásico el desmayo sufrido en clase con situaciones de interacción social, de modo que la presencia de otras personas estaba asociada al malestar físico. De este modo, los demás individuos actuaban como estímulos condicionados de la respuesta de ansiedad del paciente. Pensamos que este aprendizaje tuvo su importancia en la adquisición de la conducta problema, si bien en la actualidad tenía mayor peso el aprendizaje por condicionamiento operante, ya que las conductas de evitación y escape ante situaciones generadoras de ansiedad actuaban como potentes reforzadores negativos, por lo que cada vez aumentaba la probabilidad de que el paciente las desarrollara en lugar de afrontar las situaciones temidas. La respuesta cognitiva de anticipación e interpretación de síntomas somáticos tenía igualmente un peso notable, ya que las respuestas de ansiedad social eran interpretadas como anuncio de un desmayo, con lo que a su vez aumentaba más la ansiedad, produciéndose finalmente la conducta de escape. En la figura 2 hemos descrito gráficamente el análisis funcional del caso y las variables implicadas. Enmarcadas con línea discontinua se encuentran aquellas variables que tuvieron influencia en la adquisición de la conducta problema.

Variables estímulo:

- Pensamientos anticipatorios, del tipo “me están mirando”, “me voy a marear”, “voy a quedarme bloqueado”, “se van a dar cuenta de que no estoy normal”, etc.
- Situaciones de interacción social.
- Lugares grandes y concurridos.

Variables organismo:

- Excesiva auto - observación de las sensaciones físicas.
- Experiencia previa de sufrir un desmayo (aprendizaje por condicionamiento clásico).

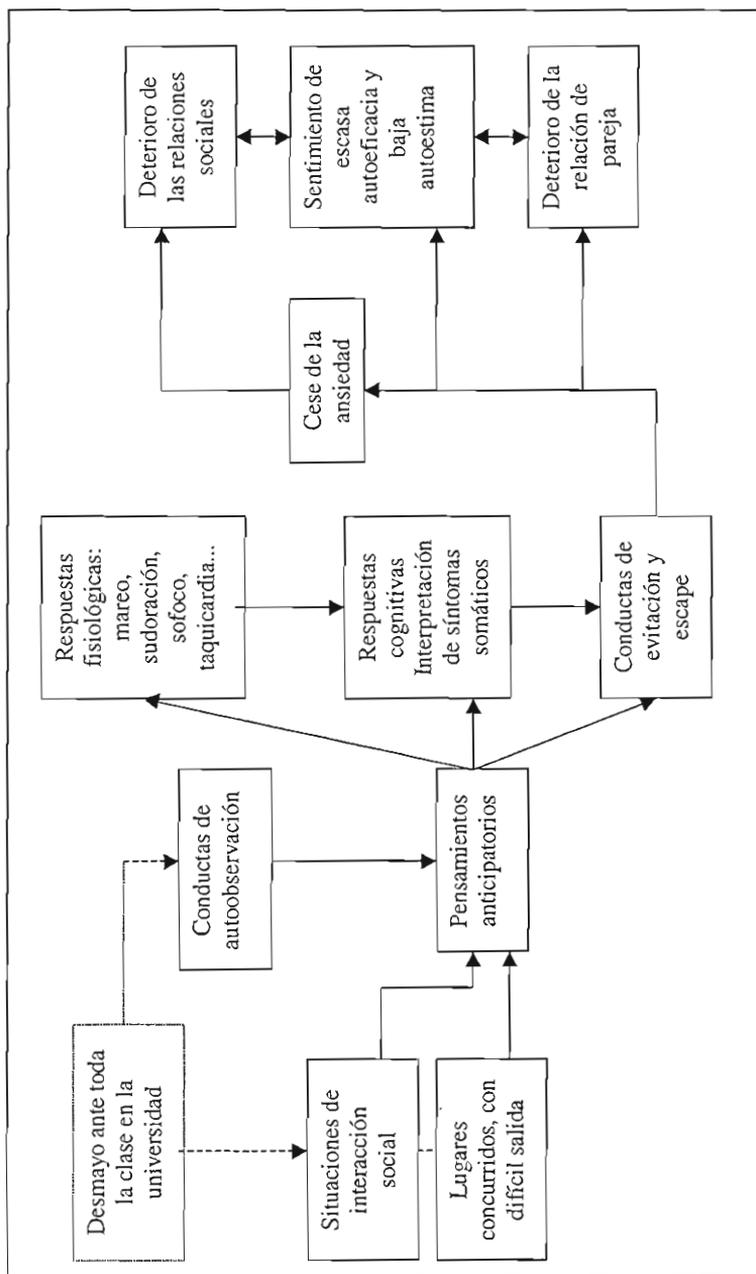


Figura 2.- Esquema del análisis funcional del caso

Respuesta:

- Fisiológica: mareo, taquicardia, sudoración, torpeza motora, sofoco.
- Aumento de los pensamientos negativos.
- Motora: conductas de evitación y escape.

Consecuencias:

- Cese de la ansiedad.
- Sentimientos de escasa autoeficacia y baja autoestima.
- Deterioro de las relaciones sociales.
- Disminución en las actividades gratificantes.
- Deterioro de la relación de pareja.

Igualmente, se empleó la reestructuración cognitiva para revisar con el paciente su interpretación acerca de los desmayos, y cómo magnificaba sus consecuencias.

2.2.3. Tratamiento

a. Objetivos terapéuticos

- Disminuir el nivel general de ansiedad del paciente.
- Ayudar al paciente a valorar las situaciones sociales como menos amenazantes.
- Reducir las conductas de autoobservación de síntomas de malestar físico.
- Entrenar al paciente en el manejo de la ansiedad en situaciones de interacción social.
- Reducir y eliminar el temor del paciente a tener desmayos.
- Capacitar al paciente para mantener relaciones sociales satisfactorias.

b. Fases y componentes del tratamiento

1) Reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.

Las primeras sesiones del tratamiento se dedicaron casi enteramente a exponer al sujeto el análisis funcional de las conductas problema y las hipótesis elaboradas sobre el caso, discutiendo terapeuta y paciente sobre el papel que cada variable había des-

Cuadro 1.- Diálogos pertenecientes a la fase de reestructuración cognitiva**Ejemplo 1**

- Terapeuta:* - Uno de los pensamientos que te vienen a la cabeza cuando estás hablando con alguien es que vas a desmayarte de un momento a otro. ¿Cuál dirías que es el riesgo de volver a tener un desmayo?: ¿alto, medio, bajo...? Intenta decírmelo en términos de porcentaje.
- Paciente:* - En esos momentos me siento muy inestable y pienso que es muy alto, quizá del 95%.
- Terapeuta:* - ¿Y qué piensas ahora, cuál es la probabilidad de desmayarte?
- Paciente:* - Quizá sea alta, pero no tanto... digamos un 75%.
- Terapeuta:* - Dime una cosa: en toda tu vida, ¿cuántas veces te has desmayado?
- Paciente:* - Una vez solamente.
- Terapeuta:* - Tampoco durante estos tres años, después de aquel desmayo, ¿verdad?
- Paciente:* - No, tampoco.
- Terapeuta:* - ¿Eso qué probabilidad supone?
- Paciente:* - Muy baja... el 0%, ¿no?
- Terapeuta:* - Entonces, ¿dirías que la probabilidad de sufrir un desmayo es alta, media o baja?
- Paciente:* - La verdad es que es bajísima. Pero en esos momentos me parece que el desmayo será inminente.
- Terapeuta:* - Bien, lo que pretendo es que valores objetivamente el riesgo real de desmayarse. Ahora veremos cómo puedes controlar esos pensamientos que, como puedes comprobar, no se corresponden con la realidad.

Ejemplo 2

- Terapeuta:* - Aunque hemos comprobado que la probabilidad de desmayarse es muy baja, veamos qué pasaría si se diera el caso. ¿Cómo te sentirías después de haberte desmayado?
- Paciente:* - Pues... muy avergonzado.
- Terapeuta:* - ¿Por qué te sentirías así?
- Paciente:* - Por lo que pudieran pensar de mí los que estaban delante.
- Terapeuta:* - ¿Qué crees que pensarían de ti?
- Paciente:* - Mmmm... no sé..., que soy un debilucho, que soy un tío raro.
- Terapeuta:* - Y dime, ¿tú pensarías eso si una persona se desmayara delante de ti?
- Paciente:* - No.
- Terapeuta:* - ¿Qué pensarías?
- Paciente:* - Pues... que ha tenido un problema de salud.
- Terapeuta:* - ¿Pensarías que es un tío raro o un débil?
- Paciente:* - No, la verdad es que no tendría sentido pensar eso.

empeñado en la adquisición de los comportamientos indeseados y en su mantenimiento.

Dado que un componente importante que desencadenaba los episodios de ansiedad eran los pensamientos distorsionados, se utilizó la técnica de la reestructuración cognitiva para tratar la interpretación de las señales fisiológicas, propias de la ansiedad social, como la taquicardia o el sofoco, que el paciente atribuía a un preludio de desmayo. Se dialogó también sobre su percepción del riesgo de que se produjera un nuevo desmayo. Igualmente, se empleó la reestructuración cognitiva para revisar con el paciente su interpretación acerca de los desmayos, y cómo magnificaba sus consecuencias. En el cuadro 1 mostramos un extracto a modo de ejemplo de la aplicación de esta técnica.

Aunque se empleó la reestructuración cognitiva de forma más intensa en las primeras sesiones, fue ésta una técnica a la que se recurrió durante todo el tratamiento, cuando se dialogaba sobre las cogniciones que el paciente iba anotando en su autorregistro, y se buscaban pensamientos alternativos.

Como complemento, se adiestró al paciente en el uso de autoinstrucciones. El objetivo era que aprendiera a controlar sus pensamientos automáticos cuando se encontraba en una situación temida, y a darse mensajes de ánimo tras alcanzar algún logro. Se le pidió que imaginara frases que le sirvieran para afrontar los momentos anteriores, del tipo: “no va a pasar nada”, “voy a hacerlo bien”, “cenaré con todos y pasaré un buen rato”, etc. También instrucciones para enfrentarse a la propia situación ansiógena, como: “esto va bien”, “no me siento mal”, “no es tan difícil”, “lo hacen todos”, “la probabilidad de desmayarme es nula”, y frases de autorrefuerzo en los momentos posteriores: “he pasado la situación y no me he sentido mal”, “no es para tanto”, “he sido uno más”, etc. Se le pidió al paciente que recordara estas frases para repetírselas a sí mismo cuando fuera conveniente.

2) Exposición.

El componente principal del paquete del tratamiento fue la terapia de exposición, combinando su modalidad en imaginación y en vivo. Se dialogó extensamente con el paciente acerca del mecanismo por el cual las conductas se refuerzan, al evitar una

situación temida o escapar de ella. De esta forma, se le explicó la necesidad de exponerse a los estímulos que le producen ansiedad, para que así la respuesta de ansiedad decreciera hasta niveles mínimos, extinguiéndose, por tanto. Por ello, se llegó al acuerdo de que cada vez que se sintiera nervioso, por ejemplo, visitando a sus suegros, debía aguantar en esa situación hasta sentirse tranquilo, ya que si se marchaba mientras aún se encontraba ansioso, estaba así reforzando su conducta de escape, y cronificando el problema.

Se pidió al paciente que elaborara una lista de situaciones en las que pensaba que podía sentirse ansioso, con miedo a desmayarse. Después tenía que valorar cada una según el grado de temor que le producía. Se procuró incluir escenas relativas a diversos contextos sociales (amigos, trabajo, familia, etc.), a interacciones dos a dos y en grupo, a lugares familiares y desconocidos, etc. El paciente recabó un total de 20 situaciones, de las que se descartaron tres por ser demasiado generales, o estar incluidas ya en las otras. Seguidamente, se ordenaron de menor a mayor puntuación, elaborando así una jerarquía de 17 ítems.

Exposición encubierta: Primero se practicó la exposición de un par de situaciones neutras, a fin de evaluar la capacidad de imaginación del paciente. En cada escena presentada se pedía al paciente que procurar imaginarlas con el mayor número de detalles. Tras la presentación de la escena, el paciente valoraba de cero a diez la ansiedad que había experimentado. Cada escena se repetía hasta que la ansiedad informada era de cero. En la presentación de las escenas se incluía un componente de automodelado encubierto, ya que en cada episodio se narraba cómo el paciente controlaba sus reacciones ansiosas y afrontaba la situación eficazmente. En el cuadro 2 se presentan dos de las escenas aplicadas, que fueron elaboradas a partir de las descripciones que hacía el paciente de las situaciones temidas.

Para la exposición en vivo se acordó con el paciente establecer un plan de autoexposición, por lo que cada día habría de exponerse a una de las situaciones de la lista, empezando por las menos aversivas. El calendario de la primera semana quedó como sigue:

Cuadro 2.- Escenas presentadas en las sesiones de exposición en imaginación

Situación 1:

Entras con tu novia a un restaurante. Está bastante concurrido, el ambiente poco iluminado y con humo. El camarero se acerca a vosotros, os pregunta cuántos vais a ser. Os guía hacia una mesa, se encuentra en la esquina del local. Te ofrece asiento, la silla mira hacia el rincón. No puedes ver quién está detrás. Lees el menú. Te sientes algo nervioso, pero respiras y tratas de calmarte. Quisieras darte la vuelta y mirar, no lo haces. Te sientes inestable, y sudoroso. Aguantas sin volver la cabeza, ni cambiar el sitio donde te encuentras sentado

Valoración del grado de ansiedad en las exposiciones (escala de 0-10)

5-8-7-4-3-0

Situación 2:

Llegas a la fiesta de cumpleaños que un amigo celebra en su casa. Sale él a la puerta a recibirlos a ti y a tu novia. Entráis y te encuentras de cara con unos amigos. Os saludáis, y os preguntan qué tal. Se inicia una conversación. Habla tu novia, tú no sabes qué decir. Te sientes incómodo, hay mucha gente desconocida alrededor. Piensas que te estás mareando. Te sientes inestable, el suelo parece moverse. Crees que lo van a notar, estás bloqueado. Entonces respiras profundamente y te dices a ti mismo que no te vas a desmayar porque estás muy bien de salud. Te ves tan capaz como los demás de mantener una conversación, y lo has hecho muchas veces. Le preguntas algo a la persona que está a tu lado, y poco a poco te vas metiendo en la conversación.

Valoración del grado de ansiedad en las exposiciones (escala de 0-10)

7-7-5-6-3-1-0

- Jueves: Conversación con los suegros, en casa de ellos, durante al menos 15 minutos.
- Viernes: Cena en el restaurante X, con los amigos.
- Sábado: Comida en restaurante con los suegros (invitado).
- Domingo: Visita a un recinto ferial cerrado durante al menos una hora.
- Lunes: Compras con su novia en un hipermercado, durante una hora.
- Martes: Salir a almorzar con su padre y su tío. Buscar un asiento lejos de la puerta.
- Miércoles: Tomar café con varios amigos durante al menos media hora.

Como apoyo a esta técnica, se utilizaron otros dos recursos. En primer lugar, se explicó al paciente la técnica de la focalización atencional, pidiéndole que cuando se encontrara en una situación de interacción social se fijara en algún elemento distractor del entorno, de carácter neutro para él, como un cuadro u otro objeto decorativo. Debía observar atentamente sus detalles, y describirse a sí mismo mentalmente. El objetivo era facilitar la exposición, reduciendo la observación de sus síntomas somáticos como el mareo y los pensamientos automáticos, anticipando un desmayo. El otro apoyo para facilitar las conductas de afrontamiento fue el entrenamiento en manejo de la ansiedad, mediante la técnica de respiración profunda y relajación progresiva de Jacobson. Se instruyó al paciente para que practicara diariamente los ejercicios, y para que recurriera a la respiración profunda en los momentos de mayor ansiedad.

Así pues, en el período intersesiones Miguel debía realizar las actividades programadas, con la consigna de aguantar siempre hasta que no se sintiera en absoluto ansioso. En su autorregistro recogía las incidencias que le iban ocurriendo durante ellas. En cada cita se revisaba con él la autoexposición, reforzando los logros y analizando las dificultades que iban surgiendo.

3) Entrenamiento en habilidades sociales.

La última fase del tratamiento consistió en cuatro sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, incluyendo tareas para casa. Tras una primera fase educativa, donde se trató con el paciente sobre los estilos de conducta social pasivo, asertivo y agresivo, así

Tabla 2.- Sesiones de evaluación y tratamiento

Sesión nº	Plan de las sesiones
1	Entrevista inicial. Evaluación.
2	Evaluación.
3	Exposición del análisis funcional, hipótesis sobre el caso y plan de tratamiento.
4	Reestructuración cognitiva. Manejo de autoinstrucciones.
5	Exposición en imaginación + ejercicios de relajación.
6	Exposición en imaginación + ejercicios de relajación.
7	Exposición en imaginación + exposición en vivo.
8	Exposición en vivo.
9	Exposición en vivo.
10	Exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales.
11	Exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales.
12	Exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales.
13	Entrenamiento en habilidades sociales.
14	Seguimiento doce meses.

como sobre los componentes de la conducta social y lo que entendemos por conducta socialmente habilidosa, se seleccionaron algunas de las habilidades en las que Miguel se reconocía con más dificultades. Entre éstas, se entrenó la habilidad para iniciar, mantener y finalizar conversaciones (ya que uno de sus temores era encontrarse con alguien sin estar preparado y no saber qué decir). También se practicó la habilidad de formular quejas (siguiendo una

situación real de la vida del paciente, en la que debía solicitar a un moroso que le pagara unos atrasos), manejo de críticas (sobre la vestimenta, trabajos realizados de forma defectuosa según el cliente, etc.) o defensa de los propios derechos (por ejemplo, decirle a alguien que se ha colado en la fila del cine). El procedimiento empleado comenzaba con la presentación de cada escena, instrucciones sobre la conducta a desarrollar, modelado por parte del terapeuta, ensayo conductual, feedback y finalmente, refuerzo positivo. Cada escena se repetía hasta que el paciente era capaz de realizarla eficazmente. En la tabla 2 se presenta el calendario de sesiones en el que se recoge la intervención principal realizada en cada una de las 14 sesiones.

3. RESULTADOS

Al término de la intervención, los objetivos del tratamiento se habían cumplido en gran medida. Los pensamientos automáticos del paciente en sus interacciones sociales que anticipaban, por ejemplo, un bloqueo o un nuevo desmayo, habían desaparecido casi por completo. Manifestaba un menor número de conductas de autoobservación, y los síntomas fisiológicos de ansiedad presentes en las situaciones sociales eran de menor intensidad, y no eran magnificados como al inicio de la intervención. Los autorregistros de conducta mostraban que había disminuido notablemente el número de episodios semanales de ansiedad social o de conductas de evitación, pasando de ser 6-7 a la semana a 1-2, y en algunas semanas no se daba ninguno. El grado de malestar experimentado en esas situaciones también era notablemente menor: durante el establecimiento de la línea base las puntuaciones oscilaban entre 7 y 10 puntos, mientras que en el postest ningún episodio era valorado por encima de 3 en grado de malestar. En la figura 3 se puede observar la información obtenida por los autorregistros del paciente, en la que se aprecia la evolución de los episodios diarios en los que experimentó algún tipo de ansiedad en situaciones sociales, así como el grado de malestar percibido en cada situación.

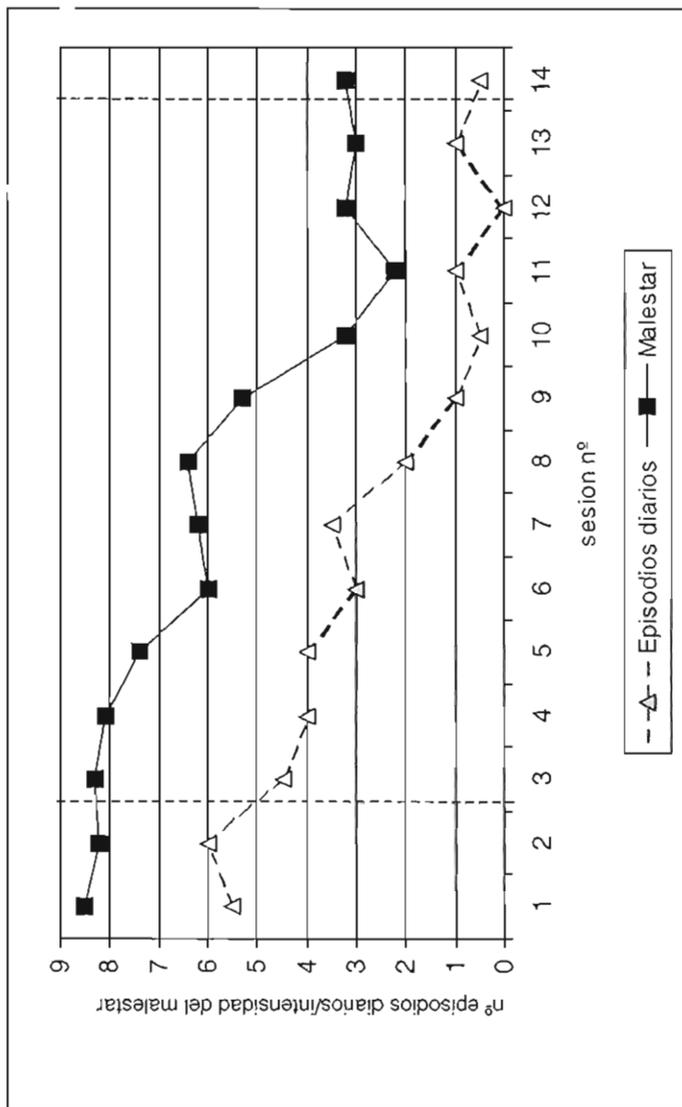


Figura 3.- Evolución de las conductas problema y grado de malestar del paciente durante la evaluación y el tratamiento

Las puntuaciones en el cuestionario STAI habían disminuido, especialmente en la escala ansiedad – estado, pasando del centil 70 en el pretest al 35 en el postest. La puntuación del paciente en ansiedad – rasgo apenas había descendido, pasando del centil 97 en el pretest al 96 en el post-test (véase la figura 4). En el Cuestionario de Autoverbalizaciones Ansiosas, la puntuación directa había bajado de 107 en el pretest a 69 en el postest. La media para sujetos altos en ansiedad en esta prueba es de 91. En la Escala de Evitación y Ansiedad Social la puntuación directa había descendido de 25 a 17. En el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) la puntuación había variado de 31 en el pretest a 21 en el postest (véase la tabla 3).

Tabla 3.- Resultados del tratamiento en el postest y seguimiento

Prueba	Pretest	Postest	Seguimiento
ASSQ	107	69	62
BAI	31	21	14
SAD	25	17	11

NOTA: ASSQ: Cuestionario de autoverbalizaciones ansiosas

BAI: Inventario de ansiedad de Beck

SAD: Escala de evitación y ansiedad social

Un último criterio de evaluación, no por ello menos importante, es la percepción del sujeto en cuanto a la consecución de las mejoras perseguidas mediante el tratamiento. En este caso, el paciente manifestaba al término de la intervención que había mejorado notablemente en sus relaciones sociales, y que ya no lo pasaba mal como antes cada vez que debía mantener alguna conversación o asistir a un acto social.

Se informó al paciente que su estilo de conducta, atendiendo al factor de ansiedad-rasgo de Spielberger continuaba siendo elevado, lo que le podía hacer más susceptible de padecer molestias derivadas de la alta activación, y vulnerable a otros problemas de ansiedad. Por ello le entregamos al paciente nuevos ejercicios de

relajación, basados en la relajación muscular progresiva, pidiéndole que continuara practicando por su cuenta.

En la sesión de seguimiento se observó que los resultados del tratamiento se mantenían satisfactoriamente, como se puede apreciar en la tabla 3 y en la figura 4.

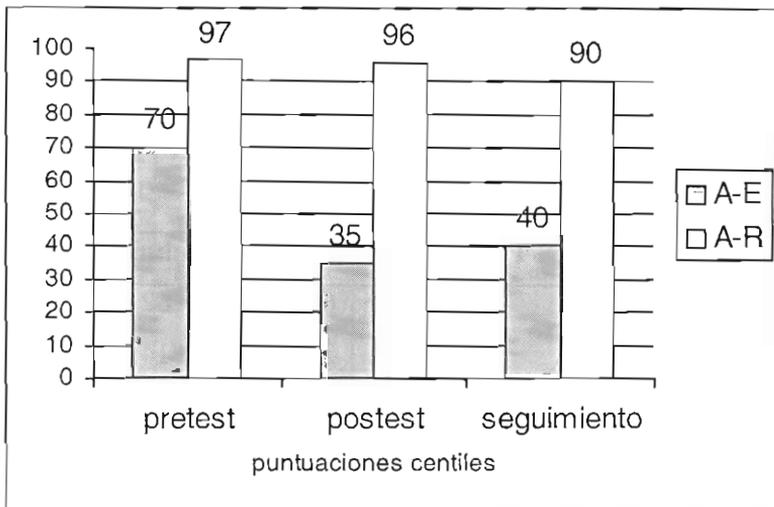


Figura 4.- Comparación pretest – post-test de las puntuaciones de ansiedad en el cuestionario STAI

4. DISCUSIÓN

El caso clínico presentado muestra la eficacia del programa terapéutico que combina la exposición y las técnicas cognitivas para el tratamiento de la fobia social de tipo generalizado. En estos casos en los que el paciente se muestra ansioso ante más de un tipo de situación social, es conveniente combinar la exposición a las situaciones temidas con distintos elementos de reestructuración cognitiva y del entrenamiento en habilidades sociales (Echeburúa, 1995). Este

es el planteamiento que se sigue en diversos tratamientos multi-componentes propuestos en nuestro país y que incluyen técnicas de educación, reestructuración cognitiva y exposición. Además, Caballo *et al.* (1997) y Echeburúa (1995) lo completan con el entrenamiento en habilidades sociales, mientras Baños, Botella y Queró (2000) añaden el componente de focalización de la atención.

La exposición es una técnica necesaria en el tratamiento de la fobia social, aunque no suficiente, ya que su alcance terapéutico es menor que en otras fobias (Butler, 1985). Esta menor efectividad se puede explicar por dos tipos de razones. En primer lugar, hay que destacar las dificultades técnicas que plantea la exposición para el tratamiento de la fobia social. Las situaciones sociales son de naturaleza variable e imprevisible, lo que dificulta la programación de las sesiones de exposición. Además, las interacciones suelen ser breves, lo que obstaculiza el proceso de habituación (Echeburúa y Salaberría, 1996). La segunda razón se relaciona con el peso que en este trastorno tienen los factores cognitivos (Heimberg, Salzman, Holt y Blendell, 1993). Existe un amplio consenso sobre la presencia de una mediación cognitiva en la fobia social superior al resto de los trastornos de ansiedad. La reestructuración cognitiva contribuye a interrumpir los pensamientos negativistas previos de fracaso o de humillación y a aumentar la posibilidad de experiencias satisfactorias con la exposición. Además, contribuyen a reducir la tendencia a establecer metas perfeccionistas y a minusvalorar los logros terapéuticos (Echeburúa, 1995).

Sin embargo, la inclusión de la reestructuración cognitiva en el tratamiento no ofrece resultados concluyentes acerca de su efectividad, como ya se ha comentado en la introducción. De hecho, otros trabajos interpretan la modificación de las respuestas cognitivas negativas como un efecto de la exposición por sí sola (García-López y Olivares, en prensa). Cabría preguntarse si la respuesta al tratamiento depende del perfil fóbico del paciente, tal y como sugieren Moreno *et al.* (2000). Según esta hipótesis los pacientes con una respuesta predominantemente cognitiva se beneficiarían más de procedimientos de reestructuración cognitiva, mientras que aquellos con una respuesta predominantemente fisiológica y motora, mejorarían con la exposición a los estímulos fóbicos.

Con referencia al aspecto cognitivo, queremos destacar las recientes investigaciones que muestran que los fóbicos sociales dirigen sus recursos atencionales prioritariamente hacia la información relacionada con la amenaza, es decir, sus miedos sociales, lo que podría estar jugando un papel central en el mantenimiento del trastorno (Amir, McNally, Riemann, Burns, Lorenz y Mullen, 1996). Por ejemplo, Clark y Wells (1995) enfatizan el hecho de que los individuos con fobia social focalicen su atención en gran medida hacia sí mismos como objetos sociales. Según este modelo, los pacientes se centran en una percepción auto-generada de su ejecución en las situaciones sociales y asumen erróneamente que esta percepción refleja de forma exacta el modo en que son percibidos por los demás (Baños *et al.*, 2000). De lo anterior se desprende la necesidad de abordar este sesgo atencional desde una perspectiva terapéutica, bien con un entrenamiento en focalización atencional, tal y como plantean Baños *et al.* (2000) o desde el adiestramiento en distracción, como se realiza en este trabajo.

Para el tratamiento del caso presentado se combinaron diversas técnicas de tipo cognitivo-conductual, como la reestructuración cognitiva y las autoinstrucciones, la exposición y el entrenamiento en habilidades sociales. En este caso la intervención cognitiva se centró en la interpretación distorsionada de las señales fisiológicas, así como de los desmayos y la magnificación de las consecuencias.

El tratamiento ha obtenido resultados positivos, entendiendo por éxito terapéutico la desaparición de la fobia social según los criterios diagnósticos del DSM-IV y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos marcados al inicio de la terapia. La intervención ha sido eficaz para la disminución de la ansiedad-estado, las cogniciones negativas, un dominio muy relevante de la fobia social, y la evitación social, situándose la medida post-test por debajo del punto de corte propuesto para discriminar entre la población sana de la afectada de ansiedad social.

También es destacable la mejoría paulatina observable tras el seguimiento de 12 meses, que se puede explicar porque a medida que los pacientes evitan menos situaciones sociales y modifican las distorsiones cognitivas, los logros tienden a aumentar. Por ello, se

recomienda no hacer un balance de los resultados terapéuticos hasta contar, al menos, con un seguimiento de 6 meses (Salaberría y Echeburúa, 1995).

BIBLIOGRAFÍA

- Agras, S.** (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor (Orig. 1985).
- American Psychiatric Association** (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición). Washington, DC: Autor. (Traducción castellana: Masson, 1981).
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición). Washington, DC: Autor. (Traducción castellana: Masson, 1995).
- Amies, P. L., Gelder, M. G. y Shaw, P. M.** (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Amir, N., McNally, R. J., Riemann, B. C., Burns, J., Lorenz, M. y Mullen, J. T.** (1996). Suppression of the emotional Stroop effect by increased anxiety in patients with social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 34, 945-948.
- Baños, R. S., Botella, C. y Queró, S.** (2000). Efectos del entrenamiento en focalización atencional en la fobia social: Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 441-463.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A.** (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T. y Emery, G.** (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, Shaw, B. F. y Emery, G.** (1991). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Orig. 1979)
- Brewerton, T. D., Lydiard, R. B., Ballenger, J. C. y Herzog, D. B.** (1993). Eating disorders and social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 70-79.
- Bulik, C. M., Beidel, D. C., Duchmann, E. y Weltzin, T. E.** (1991). An analysis of social anxiety in anorexic, bulimic, social, phobic, and control women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 199-211.
- Butler, G.** (1985). Exposure as treatment for social phobia. Some instructive difficulties. *Behavior Research and Therapy*, 23, 651-659.

- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Caballo, V. E. (1995). Fobia social. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. I. Carrobbles (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V. E. Caballo (Dir.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1) (pp. 25-88). Madrid: Siglo XXI.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford.
- Disalver, S. C., Qamar, A. B. y Del Medico, V. J. (1992). Secondary social phobia in patients with major depression. *Psychiatry Research*, 44, 33-40.
- Echeburúa, E. (1993a). *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Echeburúa, E. (1993b). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1996). Tratamientos psicológicos de la fobia social. En E. Echeburúa (Ed.) *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 57-74). Madrid: Pirámide.
- Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social Avoidance and Distress Scale in an Adolescent Spanish-Speaking sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 1, 51-59
- Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
- Hazen, A. L. y Stein, M. B. (1995). Clinical phenomenology and comorbidity. En M. B. Stein (Ed.) *Social phobia. Clinical and research perspectives* (pp. 3-42). Washington: American Psychiatric Press.
- Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.

- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J. y Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive behavioral treatments. Literature review. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schenier (Eds.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 261-309). Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S. y Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow up. *Behavior Research and Therapy*, 17, 325-341.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 333-339.
- Judd, L. L. (1994). Social phobia. A clinical overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (6, suppl.), 5-9.
- Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1989). Anxious self-talk: Development of the anxious self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 81-93.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. y Klein, D. F. (1985). Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Mersch, P., Emmelkamp, P., Bögels, S. y van der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behavior Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA* (3ª edición). Madrid: TEA Ediciones.
- Moreno, P. J. (1998). *Tratamientos psicológicos para la fobia social: Un estudio meta-analítico*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
- Moreno, P. J., Méndez, F. X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (en prensa). Aplicación del Social Effectiveness Therapy for Adolescents (SET-A) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

- Pollard, C. A. y Henderson, J. G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 440-445.
- Salaberría, K., Borda, M., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Tratamiento de la fobia social: Un análisis bibliométrico (1974-1994). *Psicología Conductual*, 4, 111-121.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimentat. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(76), 151-179.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1997). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Stein, M., Walker, J. y Ford, D. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. y Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety and clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwing, K., Hand, I., Kaiser, G. y Münchan, N. (1990). Exposure in vivo versus social skills training for social phobia-long term outcome and differential effects. *Behavior Research and Therapy*, 28, 181-195.

