

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DE LA FOBIA SOCIAL: UN ANÁLISIS CRÍTICO*

Enrique ECHEBURUA ODRIOZOLA y Karmele SALABERRIA IRIZAR

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad del País Vasco

RESUMEN

La fobia social es un trastorno recientemente definido del que aún se sabe poco en relación con su origen y tratamiento. Esta revisión tiene por objetivo describir el trastorno, precisar el diagnóstico diferencial y señalar las estrategias de tratamiento. Se realiza una descripción y valoración de las técnicas cognitivo-conductuales (exposición, entrenamiento en habilidades sociales y reestructuración cognitiva) utilizadas, así como de las combinaciones de ellas. La exposición, con la adición de técnicas cognitivas o de afrontamiento, parece el procedimiento más prometedor. Se señalan las limitaciones de los trabajos publicados y se sugieren nuevas líneas de investigación en relación con la metodología, la búsqueda de predictores y la comparación de tratamientos.

Palabras clave: Fobia social. Tratamiento psicológico. Terapia de conducta.

ABSTRACT

Psychological treatments in Social phobia: A critical review.- Social phobia is a newly defined disorder about which little is currently known. This review is directed at examining the clinical syndrome, diagnostic issues and treatment strategies. The literature regarding the cognitive/behavioral procedures and combinations of procedures for social phobia is reviewed, including social skills training, exposure, and cognitive restructuring techniques. Exposure, with the inclusion of cognitive techniques or other coping procedures, appears to be a promising treatment. Limitations of the existing literature are summarized, and suggestions for future research are offered with respect to methodology, the search of predictors, and treatment comparisons.

Key words: Social phobia. Psychological treatment. Behavior therapy.

* Este trabajo ha sido la base de la conferencia dictada por el primero de los autores en un seminario sobre "Actualización del tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad" (IX Cursos de Verano de la Universidad del País Vasco, San Sebastián, 1990).

INTRODUCCION

La fobia social figura descrita por vez primera en un trabajo de Marks (1970), pero no adquiere entidad diagnóstica hasta la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). A causa de la falta de reconocimiento oficial en la nomenclatura diagnóstica, este cuadro clínico ha recibido, pese a la gravedad del mismo, un tratamiento secundario entre los trastornos de ansiedad por parte de los investigadores (Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985). Sólo en estos últimos 5 años han comenzado a aparecer investigaciones controladas sobre los problemas clínicos y la eficacia comparativa de los diferentes tratamientos de la fobia social (Heimberg, 1989a).

CONCEPTO

Según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), la fobia social puede definirse como un miedo duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle humillante o embarazosa. Se requieren, además, los siguientes criterios complementarios para el diagnóstico de fobia social:

1. Si existe un trastorno del eje III (trastornos físicos) o del eje I (trastornos psiquiátricos), el miedo referido en el apartado anterior no debe estar relacionado con ello, es decir, el miedo no surge ante el hecho de sufrir un ataque de pánico, tartamudear, temblar (enfermedad de Párkinson) o experimentar conductas alimenticias anómalas (anorexia nerviosa o bulimia).

2. Durante alguna fase de este trastorno, la exposición al (a los) estímulo(s) fóbico(s) específico(s) casi invariablemente

provoca una respuesta inmediata de angustia.

3. Las situaciones fóbicas son o evitadas o afrontadas con intensa angustia.

4. Las conductas evitativas interfieren con el rendimiento laboral, con las actividades sociales habituales o con las relaciones con los demás, o hay un notorio malestar por sentir el miedo.

5. La persona reconoce que su miedo es excesivo o irracional.

6. Si la persona es menor de 18 años, el trastorno no debe responder a los criterios para el diagnóstico del trastorno de evitación en la infancia o la adolescencia.

El diagnóstico de fobia social con arreglo a estos criterios posee un alto grado de fiabilidad, ya que se ha obtenido un coeficiente kappa de .90 con la utilización del "Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised" (ADIS-R) (Barlow, 1988; Rapee, Sanderson y Barlow, 1988). La validez discriminante de esta entidad diagnóstica se ha demostrado en algunos estudios comparativos de este trastorno con la agorafobia y el trastorno de pánico (Amies, Gelder y Shaw, 1983; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989).

Las fobias sociales pueden estar referidas a estímulos muy específicos (comer o beber en público, escribir delante de otros, etc.) o presentarse de una forma generalizada ante diversas situaciones sociales. En la mayoría de los casos, a excepción del temor a hablar en público, la fobia social es un trastorno complejo que se presenta de forma multifóbica (ansiedad generalizada a interacciones sociales) y no limitada a situaciones específicas (Mattick y Peters, 1988).

PREVALENCIA

El DSM-III (APA, 1980) califica a la fobia social como un trastorno más bien

poco frecuente, pero este juicio ha sido reconsiderado en el DSM-III-R (APA, 1987), en consonancia con la ampliación del concepto de fobia social.

Según un estudio epidemiológico reciente llevado a cabo en Estados Unidos por el "National Institute of Mental Health", los trastornos fóbicos son los más frecuentes en mujeres, y los segundos más frecuentes en hombres, de todos los trastornos descritos en el DSM-III (Weissman, 1985). La fobia social puede afectar al 2% de la población general (Turner y Beidel, 1989), sin distinciones entre ambos sexos (Marks, 1987), y es el segundo trastorno fóbico más frecuente visto en la clínica (un 25% del total de fobias), sólo superado por la agorafobia (Liebowitz et al., 1985; Marks, 1987).

No obstante, esta tasa de prevalencia puede ser menor de la real. Desde una perspectiva psicopatológica, la fobia social puede ir acompañada de otros trastornos de ansiedad. En estos casos a veces tiene el carácter de trastorno primario; en otras, de secundario; y en otras, de indefinido, como ocurre frecuentemente cuando el trastorno acompañante es el trastorno de pánico o la agorafobia (Turner y Beidel, 1989). La precisión de las tasas de prevalencia de la fobia social puede estar interferida por otros trastornos concomitantes, que pueden constituir el diagnóstico principal. Así, por ejemplo, la dependencia de alcohol está presente en el 20% de los fóbicos sociales, pero sólo en el 7% de los agorafóbicos (Amies et al., 1983). A su vez, según el estudio de Mullaney y Tripett (1979), el 25% de los alcohólicos varones y el 17% de las mujeres tienen fobia social cuando no se encuentran bajo el efecto de la medicación o del alcohol.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

No es siempre fácil delimitar la fobia social de la ansiedad social y de la timidez.

Todas estas condiciones denotan un cierto temor en situaciones sociales y tienen en común un miedo a la evaluación negativa, pero, sin embargo, no son equivalentes. El aspecto diferencial de la fobia social es la interferencia grave del comportamiento evitativo en el rendimiento académico o laboral y/o en las relaciones sociales habituales. Este punto explica las diferentes tasas de prevalencia de la fobia social (2%, Turner y Beidel, 1989) y de la timidez (40%, Zimbardo, 1977).

La fobia social se diferencia de la agorafobia en la naturaleza de la conducta de evitación y en el contenido de las cogniciones de ansiedad. En primer lugar, la evitación de los estímulos fóbicos es menos intensa, en el sentido de que los fóbicos sociales pueden a veces afrontar globalmente las situaciones sociales temidas, pero sin implicarse específicamente apenas en ellas (por ejemplo, acuden a una reunión social, pero no inician una conversación, no se sientan al lado de alguien desconocido, etc.). El hecho es que en las fobias sociales tienden a darse conductas parciales de evitación, más diferenciadas de paciente a paciente que en el caso de la agorafobia. Y en segundo lugar, el contenido de las cogniciones alteradas en la fobia social está relacionado especialmente con las opiniones que se pueden formar los demás sobre el paciente, es decir, con el miedo a la evaluación negativa y no tanto con el miedo al miedo (miedo a los ataques de pánico) característico de la agorafobia (Echeburúa, 1990). Este temor a la evaluación negativa puede, a su vez, referirse (aislada o conjuntamente) a la aceptación social global, al establecimiento de relaciones íntimas, a la relación con personas con autoridad y/o a la ejecución de tareas en presencia de otras personas (Butler, 1989). Otras características diferenciales entre la agorafobia y la fobia social figuran en la Tabla 1.

Antes de la publicación del DSM-III

	Fobia social	Agorafobia
Situaciones evitadas	Reuniones sociales	Multitudes Transportes públicos Calle
Respuesta	Rubor Temblor Tartamudez	Ataque de pánico
Actividad evitada	Hablar en público Comer en público Charlar con desconocidos	Viajar Comprar Salir de casa
Curso	Más frecuentemente estable	A menudo fluctuante

Tabla 1.- Rasgos diferenciales entre la fobia social y la agorafobia (Adaptado de Solyom, Ledwidge y Solyom, 1986)

los problemas de ansiedad social se han considerado desde la perspectiva de las dimensiones de personalidad. El trastorno de la personalidad por evitación, cuyas características figuran en la Tabla 2, se solapa con frecuencia con la fobia social (Heimberg y Barlow, 1988). En ambos casos hay una preocupación por la opinión de los demás hacia uno, se desea vivamente la aceptación de los otros, se pueden experimentar problemas en el trabajo o en las relaciones sociales a causa de este trastorno y puede haber una preocupación por los fallos personales percibidos. De hecho, es infrecuente la aparición de un trastorno de la personalidad por evitación sin el acompañamiento de una fobia social; no obstante, un sujeto puede ser un fóbico social sin reunir los criterios diagnósticos del trastorno de personalidad por evitación. Una posibilidad de esta frecuente asociación entre ambos cuadros clínicos es la ausencia de un repertorio de habilidades sociales en el fóbico social; otra, que el sobreaprendizaje del fóbico en la emisión

de conductas de evitación condicione su escasez de recursos y habilidades sociales y facilite de este modo su progresivo aislamiento social (Polaino, 1988).

El trastorno de la personalidad por evitación resulta más grave y afecta a más áreas que la fobia social (Marks, 1985; Turner y Beidel, 1989; Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1986). En el trastorno de la personalidad por evitación hay un mayor porcentaje de varones, se plantean más déficits de habilidades sociales que arrancan de forma gradual desde la infancia y el aislamiento social es mayor, con síntomas concomitantes de ansiedad, depresión e inhibición en el trabajo. Por el contrario, los temores componentes de la fobia social son más limitados a situaciones particulares, no van acompañados habitualmente de déficits graves de habilidades sociales ni de una patología adicional y tienen un comienzo más brusco en la adolescencia, con una incidencia similar entre hombres y mujeres (Amies et al., 1983; Marks, 1987).

Una pauta generalizada de malestar en el contexto social, miedo a una evaluación negativa y temor, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cuatro de las siguientes características:

1. El sujeto es fácilmente herido por las críticas o la desaprobación.
2. Carece de amigos o confidentes íntimos (o sólo tiene uno), al margen de los parientes de primer grado.
3. No desea relacionarse con la gente a no ser que esté seguro de ser bien aceptado.
4. Evita las actividades sociales o profesionales que supongan un contacto interpersonal significativo; por ejemplo, rechaza una promoción que aumente las demandas sociales.
5. Se encuentra violento en las situaciones sociales debido al miedo de decir algo tonto o inapropiado o de ser incapaz de responder a alguna pregunta.
6. Tiene miedo a quedar en ridículo ante los demás por el hecho de sonrojarse, llorar o manifestar signos de ansiedad.
7. Exagera las dificultades potenciales, los peligros físicos o los riesgos implícitos en cualquier actividad al margen de la rutina habitual; por ejemplo, puede anular planes que implican relación social alegando que se encontrarán cansados cuando llegue al lugar donde se celebren.

Tabla 2.- Criterios para el diagnóstico de "Trastorno de la personalidad por evitación" según el DSM-III-R (APA, 1987).

El DSM-III-R (APA, 1987), pero no así el DSM-III (APA, 1980), establece una distinción entre dos subtipos de fobia social: la fobia social específica y la fobia social de tipo generalizado. Este último subtipo es indistinguible del trastorno de personalidad por evitación, por lo que no está claro el alcance psicopatológico de diferenciar tales subcategorías.

Así como la distinción entre la fobia social específica y el trastorno de personalidad por evitación posibilita estrategias terapéuticas diferenciadas, éste no es el caso entre la fobia social de tipo generalizado y

el trastorno de personalidad por evitación (Turner y Beidel, 1989).

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Aunque la fobia social es un trastorno de ansiedad incapacitante, el tratamiento de la misma, especialmente con pacientes clínicos, no ha recibido una gran atención (Heimberg, 1989a). Las técnicas más utilizadas han sido la desensibilización sistemática, la relajación, el entrenamiento en manejo de la ansiedad, el entrenamiento en habilidades sociales, diferentes técnicas de

Autores del estudio	Año
Marzillier, Lambert y Kellett	1976
Trower, Yardley, Bryant y Shaw	1978
Shaw	1979
Falloon, Lloyd y Harpin	1981
Öst, Jerremalm y Johansson	1981
Stravynski, Marks y Yule	1982
Mersch, Emmelkamp, Bögels y Van der Sleen	1989

Tabla 3.- Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la fobia social.

reestructuración cognitiva (la terapia racional-emotiva, el entrenamiento en autoinstrucciones, la terapia de grupo cognitivo-conductual, etc.) y la exposición en vivo (Heimberg y Barlow, 1988; Mersch, Emmelkamp, Bögels y Van Der Sleen, 1989). La paradoja de la situación actual es que hay muy pocos estudios publicados y que, sin embargo, se han aplicado muchas técnicas, lo que impide obtener conclusiones muy firmes por el momento (Heimberg, Dodge y Becker, 1987).

Entrenamiento en habilidades sociales

Los primeros estudios sobre la fobia social han identificado de forma errónea a ésta con una carencia instrumental de habilidades sociales y han propuesto, en consecuencia, el entrenamiento en habilidades sociales como el programa terapéutico más adecuado. En estos trabajos pioneros se comparaba el entrenamiento en habilidades sociales con la desensibilización sistemática o con algún tratamiento combinado (entrenamiento en habilidades sociales más alguna otra técnica). Las investigaciones más significativas figuran en la Tabla 3.

En el primer estudio publicado, Marzillier, Lambert y Kellett (1976) comparan el entrenamiento en habilidades sociales con la

desensibilización sistemática y con un grupo de control de lista de espera. Ambos grupos de tratamiento mejoran tras la terapia y el grupo de entrenamiento en habilidades sociales mantiene la mejoría al cabo de 6 meses (del grupo de desensibilización sistemática no hay información por los abandonos del tratamiento y la pérdida de pacientes en el seguimiento), pero ninguno de los dos grupos terapéuticos obtiene mejorías más significativas que el grupo de control.

Trower, Yardley, Bryant y Shaw (1978) también comparan la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales y de la desensibilización sistemática en el tratamiento de los fóbicos sociales y de los "inadecuados sociales" (sin habilidades sociales). Los fóbicos sociales mejoran en la reducción de la ansiedad social subjetiva con ambos tratamientos, pero muestran pocos cambios en las conductas sociales. Por el contrario, los "inadecuados sociales" del grupo de entrenamiento en habilidades sociales experimentan una mejoría significativa en la ansiedad social subjetiva y en las conductas sociales. De este modo, los resultados obtenidos están en función de la clasificación previa de los pacientes. Por otra parte, un miembro de este mismo grupo (Shaw, 1979) examina los efectos de la desensibilización sistemática, la inundación en imaginación y el entre-

namiento en habilidades sociales en 30 fóbicos sociales. Las tres modalidades terapéuticas producen una mejoría similar, que se mantiene en el seguimiento de los 6 meses. La similitud de resultados puede ser debida a que las tres técnicas implican algún grado de exposición a las situaciones sociales.

Algunos estudios más recientes han dado una imagen más optimista acerca de la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales. Stravynski, Marks y Yule (1982) asignan a 22 pacientes "disfuncionales sociales" o a un grupo de entrenamiento en habilidades sociales o a un grupo de entrenamiento en habilidades sociales más terapia racional emotiva. En ambos grupos hay, tras la terapia, un aumento de la interacción social, con una reducción concomitante de la ansiedad, la depresión y las creencias sociales irracionales. La adición de la terapia racional emotiva no consigue potenciar la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales. En un estudio con un diseño similar Falloon, Lloyd y Harpin (1981) comparan el entrenamiento en habilidades sociales más propranolol con el entrenamiento en habilidades sociales más placebo en un conjunto de 16 pacientes. Los resultados obtenidos en ambos grupos son positivos en la reducción de miedos específicos, de la ansiedad social generalizada y de la tensión global. El propranolol, como en el caso de terapia racional emotiva en el estudio anterior, no potencia el alcance terapéutico del entrenamiento en habilidades sociales. En ambos estudios los pacientes mantienen la mejoría tras un seguimiento de 6 meses.

En el estudio de Öst, Jerremalm y Johansson (1981) se compara el entrenamiento en habilidades sociales con la relajación. Antes del tratamiento los fóbicos sociales se dividen en "reactivos conductuales" (los que muestran una conducta social inadecuada en una interacción simulada, pero sin ac-

tivación cardiovascular) y en "reactivos fisiológicos" (los que llevan a cabo una conducta social adecuada, pero con una gran activación cardiovascular). Del mismo modo que en el estudio de Trower et al. (1978), los resultados están en función de la clasificación previa de los pacientes. Aunque los dos tratamientos demuestran ser efectivos, los pacientes "reactivos conductuales" tienden a beneficiarse específicamente del entrenamiento en habilidades sociales y los "reactivos fisiológicos" de la relajación.

En el estudio de Mersch et al. (1989), por el contrario, no se encuentran diferencias individuales de reacción al tratamiento en función de si los fóbicos sociales (un total de 74 pacientes) emiten respuestas básicamente cognitivas o respuestas básicamente conductuales. Una posible explicación de la falta de concordancia de esta investigación con el estudio de Öst et al. (1981) es que el término "reactivo a las respuestas cognitivas" no es unívoco, ya que puede no haber una correspondencia entre, por ejemplo, la carencia de autoinstrucciones inadecuadas en situaciones de estrés y el estilo de creencias irracionales ante esas mismas situaciones. En este estudio los tratamientos propuestos son la terapia racional emotiva y el entrenamiento en habilidades sociales, respectivamente. Los pacientes responden bien a ambas modalidades terapéuticas.

Estos estudios dan un cierto respaldo a la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la ansiedad social, sobre todo cuando los pacientes seleccionados responden a un diagnóstico de fobia social de tipo generalizado y/o a un trastorno de la personalidad por evitación, como parece ocurrir en las submuestras de Öst et al. (1981), de Stravynski et al. (1982) y de Trower et al. (1978). Los estudios revisados presentan, sin embargo, varios problemas metodológicos. En primer lugar, de

los siete estudios revisados sólo el de Marzillier et al. (1976), justamente en el que se concluye que ninguna de las dos condiciones experimentales (entrenamiento en habilidades sociales y desensibilización sistemática) es superior al no tratamiento, cuenta con un grupo de control. En el resto de los estudios los cambios en la conducta social y/o en el grado de ansiedad no se pueden atribuir de forma inequívoca al entrenamiento en habilidades sociales o a los tratamientos combinados.

Y en segundo lugar, en el entrenamiento en habilidades sociales no es fácil determinar los componentes responsables del cambio terapéutico. De hecho, una hipótesis alternativa es que los cambios de conducta están relacionados con la exposición, que se lleva a cabo en los ensayos de conducta repetidos y en la práctica de las tareas estructuradas en la vida real (Heimberg et al., 1987).

Exposición

La exposición es el tratamiento de elección para los trastornos fóbicos (Echeburúa, 1990; Marks, 1987), pero, sin embargo, su aplicación a la fobia social es muy reciente (Alstrom, Nordlund, Persson, Harding y Ljungqvist, 1984; Biran, Augusto y Wilson,

1981; Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder, 1984; Emmelkamp, Mersch, Vissia y Van Der Helm, 1985; Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo y Becker, 1990; Mattick y Peters, 1988; Mattick, Peters y Clarke, 1989). Las investigaciones más significativas figuran en la Tabla 4.

En el primer estudio llevado a cabo se compara la exposición (5 sesiones) con la exposición más reestructuración cognitiva (10 sesiones) en el tratamiento de 3 pacientes con una fobia a escribir en público en un diseño experimental de caso único (Biran et al., 1981). Ambos tratamientos resultan efectivos para aumentar la conducta de escribir en público con un seguimiento de 9 meses, pero la reestructuración cognitiva, como también ocurre en el estudio de Stravynski et al. (1982) en el caso del entrenamiento en habilidades sociales, no potencia la eficacia de la exposición.

En el estudio de Alstrom et al. (1984) se compara la exposición con la relajación, la terapia de apoyo y una "terapia basal" (consistente en información, instrucciones de autoexposición y medicación ansiolítica no especificada) en el tratamiento de la fobia social. La "terapia basal" es aplicada también como complemento en las otras tres modalidades terapéuticas. La exposición se muestra superior a la terapia de apoyo, y

Autores del estudio	Año
Biran, Augusto y Wilson	1981
Alstrom, Nordlund, Persson, Harding y Ljungqvist	1984
Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder	1984
Emmelkamp, Mersch, Vissia y Van der Helm	1985
Mattick y Peters	1988
Mattick, Peters y Clarke	1989

Tabla 4.- Terapia de exposición en el tratamiento de la fobia social.

Autores del estudio	Año
Kanter y Goldfried	1979
Emmelkamp, Mersch, Vissia y Van der Helm	1985
Heimberg, Becker, Goldfinger y Vermilyea	1985
Jerremalm, Jansson y Öst	1986
Mersch, Emmelkamp, Bögels y Van der Sleen	1989
Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo y Becker	1990

Tabla 5.- Terapia cognitiva o cognitivo-conductual en el tratamiento de la fobia social.

ésta, a su vez, a la relajación y a la "terapia basal" tanto en la gravedad de los síntomas fóbicos como en el funcionamiento social global. Este estudio presenta, sin embargo, algunos problemas metodológicos, como la diferente gravedad de los pacientes y las diferentes características demográficas en los distintos grupos, así como la prescripción asistemática y variada de ansiolíticos en las distintas condiciones experimentales.

En el estudio de Butler et al. (1984), con 15 pacientes asignados a cada condición terapéutica, se compara la exposición con la exposición más el entrenamiento en manejo de la ansiedad (un programa compuesto de relajación, distracción cognitiva y autoinstrucciones) y con un grupo de control. Los resultados obtenidos con el enfoque conductual y con el enfoque conductual-cognitivo son superiores al grupo de control y no son significativamente distintos entre sí al final del tratamiento, pero sí al final del período de seguimiento de 6 meses. La adición de técnicas cognitivas al tratamiento de exposición contribuye a dotar al paciente de mayores recursos para hacer frente a las situaciones de estrés y, desde este punto de vista, a reducir la probabilidad de recaídas.

En el estudio de Emmelkamp et al. (1985) con fóbicos sociales la exposición, el entrenamiento en autoinstrucciones y la terapia racional emotiva producen cambios

significativos en la ansiedad fóbica y en la patología global. La exposición se muestra superior en la reducción de la tasa cardíaca ante estímulos ansiógenos, pero inferior a los dos tratamientos cognitivos en la disminución de las creencias irracionales.

En los dos estudios del grupo de Mattick (Mattick y Peters, 1988; Mattick et al., 1989), de la Universidad de Nueva Gales del Sur en Sydney (Australia), la exposición consigue reducir de forma significativa la ansiedad y la evitación de los fóbicos sociales, pero no así el temor a la evaluación negativa. En ambos casos, además, los pacientes del grupo de exposición experimentan un cierto deterioro entre la evaluación posttratamiento y el seguimiento de los 3 meses.

Tratamientos cognitivos o cognitivo-conductuales

Se han puesto a prueba diversos tratamientos cognitivos (procedentes de los trabajos llevados a cabo con la depresión) en la fobia social porque la reacción de miedo parece más "mediada cognitivamente" que en el caso de los otros trastornos de ansiedad (cfr. Beck, Emery y Greenberg, 1985; Butler, 1989; Echeburúa, 1990; Emmelkamp, 1982; Heimberg y Barlow, 1988). Las técnicas cognitivas más utilizadas en el trata-

miento de la fobia social han sido la terapia racional emotiva y el entrenamiento en autoinstrucciones. Los resultados de la comparación entre ambas técnicas son contradictorios: en unos casos, favorables a la terapia racional emotiva (Thorpe, Amatu, Blakey y Burns, 1976); en otros, favorables a las autoinstrucciones (Glogower, Fremouw y McCroskey, 1978); y por último, en otros, sin diferencias entre ambas (Emmelkamp et al., 1985). Las investigaciones más significativas figuran en la Tabla 5.

En el primer estudio publicado Kanter y Goldfried (1979) asignan a 68 voluntarios que parecían reunir los criterios de fobia social a una de las siguientes modalidades terapéuticas: terapia racional emotiva, desensibilización sistemática, una combinación de ambas o un grupo de lista de espera. Si bien todos los grupos terapéuticos mejoran más que el grupo de control, el grupo de terapia racional emotiva es superior al de control en 11 medidas y el de desensibilización sistemática sólo en 3. Por otra parte, en el grupo de terapia racional emotiva es en donde se obtiene una mayor generalización de la reducción de la ansiedad a situaciones no sociales.

En el estudio de Emmelkamp et al. (1985) con fóbicos sociales se comparan, como se ha señalado antes, la exposición, el entrenamiento en autoinstrucciones y la terapia racional emotiva. Todas estas modalidades terapéuticas producen cambios significativos en la ansiedad fóbica y en la patología global, que incluso mejoran al mes de seguimiento. La exposición se muestra superior en la reducción de la tasa cardíaca ante estímulos ansiógenos, pero inferior a los dos tratamientos cognitivos en la disminución de las creencias irracionales. A su vez, la terapia racional emotiva produce más cambios significativos en la gravedad de la fobia que el entrenamiento en autoinstrucciones.

En el estudio de Jerremalm, Jansson y Öst (1986) con 39 fóbicos sociales se compara el entrenamiento en autoinstrucciones con la relajación y un grupo de control de lista de espera. Los cambios de conducta producidos tras el tratamiento son similares en ambas modalidades terapéuticas y superiores al grupo de control. No obstante, hay una superioridad del grupo de autoinstrucciones sobre el grupo de relajación en la disminución de autoverbalizaciones negativas tras el tratamiento. No se encuentran diferencias específicas al tratamiento en función de si los fóbicos emiten respuestas básicamente cognitivas o respuestas básicamente fisiológicas.

Como se ha señalado antes, en el estudio de Mersch et al. (1989) con 74 fóbicos sociales los tratamientos propuestos son la terapia racional emotiva y el entrenamiento en habilidades sociales, respectivamente. Los pacientes responden bien a ambas modalidades terapéuticas, sin diferencias entre ambas.

El grupo de Heimberg, de la Universidad de Albany en Nueva York (Heimberg, Becker, Goldfinger y Vermilyea, 1985; Heimberg et al., 1990), ha puesto a prueba un tratamiento grupal cognitivo-conductual, compuesto básicamente de exposición, reestructuración cognitiva y de tareas para casa y descrito con detalle en otro lugar (Heimberg, 1990), para el manejo de la fobia social. En un primer trabajo de este grupo (Heimberg et al., 1985) se aplica este programa en una serie de siete estudios de caso controlados.

Todos los pacientes muestran, tras el tratamiento, una reducción significativa de la ansiedad en las medidas conductuales, psicofisiológicas y subjetivas, que se mantiene, excepto en un caso, en el seguimiento de los 6 meses. En un segundo trabajo de este mismo grupo (Heimberg et al., 1990) se compara el tratamiento cognitivo-

conductual con un placebo psicológico de discusión y apoyo grupal, con el objetivo de igualar ambos grupos en credibilidad y en la generación de expectativas positivas en relación con el resultado del tratamiento. Tras 12 semanas de tratamiento, el 75% de los pacientes del grupo terapéutico mejora de forma clínicamente significativa, pero sólo lo hace el 45% de los pacientes del grupo de placebo. Asimismo los pacientes del grupo terapéutico experimentan más cambios en las autoverbalizaciones que el grupo de placebo en el seguimiento de los 6 meses.

De los estudios presentados se puede concluir que los tratamientos cognitivos (o cognitivo-conductuales) son de utilidad en la fobia social. En la mayoría de los casos, sin embargo (con la excepción del estudio de Emmelkamp et al., 1985), los tratamientos descritos han incluido algún tipo de exposición (o instrucciones de exposición) a los estímulos temidos. De este modo no es fácil determinar si los componentes cognitivos del tratamiento han sido los agentes del cambio de conducta o se han limitado a facilitar la eficacia de la exposición (Heimberg, 1989b).

¿Se potencia la exposición con la adición de tratamientos cognitivos?

A diferencia de la agorafobia y la fobia específica, las sesiones de exposición en la fobia social son más difíciles de programar, ya que las situaciones sociales son con frecuencia de naturaleza variable e impredecible y las tareas no siempre pueden organizarse con arreglo a los criterios considerados como eficaces en la exposición (especificación previa, suscitación de ansiedad en el paciente, graduación, duración larga y repetición). Por lo que se refiere a la duración, las sesiones de exposición deben ser cortas y repetidas, justamente por la naturaleza de

las situaciones evitadas en la fobia social, que tienden a ser de corta duración y pueden dificultar la habituación: iniciar una conversación en una fiesta, saludar a un desconocido, tomar la palabra en una reunión, hacer una pregunta al término de una conferencia, reclamar una factura defectuosa, etc. Por lo que se refiere a la suscitación de ansiedad, algunos fóbicos sociales pueden exponerse a las situaciones temidas, pero sin comprometerse atencionalmente con las mismas, y no experimentar la ansiedad necesaria para que la exposición actúe de forma eficaz. Por último, en muchas situaciones sociales no es evidente un "feedback" ambiental inmediato que tienda a eliminar el temor a la evaluación negativa. Por todo ello, la exposición por sí sola puede ser una técnica insuficiente en el tratamiento de la fobia social (Butler, 1985, 1989).

Estas limitaciones de la exposición han llevado a combinar, en cinco estudios publicados hasta el momento (Tabla 6), la exposición o el entrenamiento en habilidades sociales con técnicas de reestructuración cognitiva. En el estudio de Butler et al. (1984), descrito anteriormente, se compara la exposición con la exposición más el entrenamiento en manejo de la ansiedad (un programa compuesto de relajación, distracción cognitiva y autoinstrucciones) y con un grupo de control. Los resultados obtenidos con el enfoque conductual y con el enfoque conductual-cognitivo son superiores al grupo de control y no son significativamente distintos entre sí al final del tratamiento, pero sí al final del período de seguimiento. La adición de técnicas cognitivas al tratamiento de exposición contribuye a dotar al paciente de mayores recursos para hacer frente a las situaciones de estrés y, desde este punto de vista, a reducir la probabilidad de recaídas. De hecho, en el transcurso del año posterior al tratamiento un 40% de los pacientes del grupo de exposición

Autores del estudio	Año
Biran, Augusto y Wilson	1981
Stravynski, Marks y Yule	1982
Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder	1984
Mattick y Peters	1988
Mattick, Peters y Clarke	1989

TABLA 6.- Exposición versus exposición + terapia cognitiva en el tratamiento de la fobia social.

(pero ninguno del grupo cognitivo-conductual) necesitó un tratamiento adicional. De este estudio, sin embargo, no se puede concluir si el entrenamiento en manejo de la ansiedad tiene un efecto en sí mismo o se limita a potenciar la exposición ni el peso específico de cada uno de los componentes de este programa.

Tal como se ha señalado antes, y a diferencia del trabajo anteriormente expuesto, en dos estudios la reestructuración cognitiva (una combinación de terapia racional emotiva y reestructuración racional sistemática) no consigue potenciar la eficacia de la exposición (Biran et al., 1981) o del entrenamiento en habilidades sociales (Stravynski et al., 1982).

Un problema metodológico de estos estudios es que las técnicas cognitivas se aplican en un bloque separado de sesiones (Biran et al., 1981) o en una parte aislada de cada sesión (Stravynski et al., 1982) cuando la máxima potencialidad de las mismas se obtiene cuando se integran con las técnicas conductuales y se aplican en la consulta y en el medio natural, tal como se ha llevado a cabo por los grupos de Heimberg y de Mattick. Sólo así se consigue establecer la conexión entre conductas, afectos y cogniciones (por ejemplo, utilizando la reestructuración cognitiva durante la exposición) (Heimberg y Barlow, 1988).

En el primer estudio del grupo de Mattick (Mattick y Peters, 1988) se compara la exposición guiada por el terapeuta con la exposición más reestructuración cognitiva en el tratamiento de un grupo de 51 fóbicos sociales con fobias específicas. Si bien ambos grupos mejoran de forma significativa en la reducción de la ansiedad social y de las conductas de evitación, el grupo de tratamiento combinado es significativamente superior al grupo de exposición. En el seguimiento de los 3 meses los pacientes del grupo de tratamiento combinado muestran una mejoría complementaria, y sólo un 14% de los sujetos manifiestan conductas significativas de evitación; por el contrario, los pacientes del grupo de exposición experimentan un cierto deterioro entre la evaluación postratamiento y el seguimiento de los 3 meses, y un 48% de los sujetos muestran conductas significativas de evitación. En el segundo estudio del grupo de Mattick (Mattick et al., 1989) se compara la exposición con la reestructuración cognitiva, un tratamiento combinado de ambas y un grupo de control de lista de espera en 43 fóbicos sociales.

Todos los grupos terapéuticos mejoran en la evitación fóbica, pero el grupo de reestructuración cognitiva y el del tratamiento combinado lo hacen también en la autoevaluación negativa y en las creencias irraccio-

nales. En el seguimiento de los 3 meses no hay diferencia en la evitación fóbica entre el grupo de exposición y el de reestructuración cognitiva, pero ambos son inferiores al grupo del tratamiento combinado.

En ambos estudios del grupo de Mattick los cambios en el miedo a la evaluación negativa tras el tratamiento explican gran parte de los resultados obtenidos a largo plazo. La importancia de este hallazgo deriva de que el tratamiento de exposición no se ha mostrado suficiente por sí solo para producir estos cambios actitudinales (Butler et al., 1984; Emmelkamp et al., 1985; Mattick et al., 1989).

En resumen, y a pesar de las conclusiones de Biran et al. (1981) y de Stravynski et al. (1982), las técnicas cognitivas pueden potenciar las técnicas de exposición. Contribuyen, en primer lugar, a interrumpir los pensamientos negativistas previos de fracaso o de humillación y a aumentar, por tanto, la probabilidad de experiencias satisfactorias con la exposición. Y en segundo lugar, tienden a reducir la tendencia a establecer metas perfeccionistas y a minusvalorar, por tanto, los logros conseguidos con las experiencias de exposición habidas. La reorientación atencional trae por consecuencia, en último término, que el sujeto se sienta capaz de afrontar adecuadamente las situaciones sociales y que se dé cuenta de forma automatizada de que no es probable que ocurran las consecuencias anteriormente temidas y de que, en el caso de que ocurran, la situación no es catastrófica (Butler, 1989; Heimberg y Barlow, 1988).

CONCLUSIONES

Los estudios llevados a cabo en los últimos 5 años, de los que se ocupa fundamentalmente este trabajo, con unos porcentajes de éxito del 60% al 80% de los casos tratados, ofrecen un futuro esperanzador a la

exposición, probablemente con el complemento de las técnicas cognitivas, en el tratamiento de la fobia social.

Las conclusiones son, sin embargo, todavía provisionales por el escaso número de estudios controlados hasta la fecha y por los fallos metodológicos (programas con muchos componentes no controlados, indefinición de la muestra de sujetos, períodos de seguimiento cortos, ausencia de grupo de control, etc.) en algunos de ellos, sobre todo en los trabajos que han recurrido al entrenamiento en habilidades sociales.

La definición precisa de los sujetos estudiados es un punto que requiere una cuidadosa atención en las investigaciones futuras, en particular por lo que se refiere a las distinciones diagnósticas entre fobia social específica, fobia social de tipo generalizado y trastorno de personalidad por evitación. El entrenamiento en habilidades sociales, por ejemplo, ha dado buenos resultados en los estudios revisados, pero no está muy claro si los pacientes estudiados son realmente fóbicos sociales. De hecho, en el estudio de seguimiento (Stravynski, Grey y Elie, 1987) de los pacientes del estudio de Stravynski et al. (1982) se pone en evidencia que los pacientes, más que fobia social, experimentaban un trastorno de personalidad por evitación.

Si bien los resultados de diversas investigaciones son difíciles de replicar, ya que no se describen de forma explícita los contenidos de los diversos tratamientos, la exposición por sí sola es una técnica potente en el tratamiento de la fobia social, pero de menor alcance terapéutico que en el caso de las otras fobias (Mersch et al., 1989), y claramente superior a las diversas técnicas cognitivas por sí solas. El interés de otras técnicas terapéuticas es menor. La desensibilización sistemática no produce una gran mejoría en poblaciones clínicas y la relajación se utiliza más como un componente de

un programa de tratamiento que como un tratamiento aislado. Queda, no obstante, por dilucidar con precisión cuáles son la magnitud y la estabilidad del cambio terapéutico inducido por la exposición.

Por otra parte, este procedimiento parece potenciarse con las técnicas cognitivas o con otros métodos de afrontamiento, como el entrenamiento en manejo de la ansiedad, pero esta conclusión, basada por el momento en muy pocos estudios, es actualmente objeto de controversia (cfr. Echeburúa, 1990; Marks, 1987) y requiere investigaciones ulteriores.

No hay apenas estudios sobre el alcance de las diferencias individuales en la eficacia diferencial de los tratamientos. Las variables personales, según el triple sistema de respuestas propuesto por Rachman y Hodgson (1974), pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento de la fobia social, pero, sin embargo, los estudios del grupo de Öst (Öst et al., 1981; Jerremalm et al., 1986), de la Universidad de Upsala (Suecia), o del grupo de Emmelkamp (Mersch et al., 1989), de la Universidad de Groningen (Holanda), con tratamientos diferenciales según los sujetos fueran reactivos fisiológicos, conductuales o cognitivos, no han sido por el momento concluyentes. El grado de ansiedad de los pacientes no ha demostrado tampoco ser una variable diferencial en el resultado final del tratamiento (Kanter y Goldfried, 1979). El nivel de depresión antes del tratamiento, sin embargo, puede estar inversamente relacionado con los resultados terapéuticos obtenidos en el tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social (Heimberg, 1989b). Las conclusiones obtenidas hasta la fecha sobre las diferencias individuales son muy provisionales. Sin embargo, merece la pena prestar atención en futuras investigaciones al tipo de diagnóstico diferencial (fobia social específica versus fobia social de tipo gene-

ralizado), según los resultados preliminares de Trower et al. (1978), así como a otras características (sexo, mayor o menor cronicidad, apoyo social, etc.) a la hora de establecer tratamientos diferenciales (por ejemplo, exposición más reestructuración cognitiva versus entrenamiento en habilidades sociales) (Heimberg, 1989b).

Algunas variables relacionadas con la estructuración del tratamiento psicológico requieren un estudio más cuidadoso. La superioridad del tratamiento grupal o individual no está clara. Si bien el formato grupal parece ofrecer unas ventajas obvias en un problema de inhibición social, la terapia de grupo puede resultar amenazante para algunos fóbicos sociales. De hecho, y por citar dos trabajos del mismo grupo de investigación, mientras en el estudio de Scholing y Emmelkamp (1989) con terapia individual no hubo abandonos, en el estudio de Mersch et al. (1989) con terapia de grupo hubo una tasa relativamente alta de abandonos (el 16%). Al margen de que en los estudios publicados se describan, por término medio, programas de 6 a 12 sesiones, de 2-2,5 horas de duración, con una periodicidad semanal, con dos terapeutas de sexo distinto y con un formato grupal de 4 a 7 pacientes (Emmelkamp et al., 1985; Heimberg et al., 1990; Lucock y Salkovskis, 1988; Mattick et al., 1989; Mersch et al., 1989), la adecuación más conveniente de estas variables (el número de sesiones, la duración y periodicidad de las mismas, el recurso a sesiones de recondicionamiento, el número y sexo de los terapeutas, la utilización de libros de autoayuda, etc.) requiere también investigaciones ulteriores.

Por último, es de interés dilucidar cuáles son los mecanismos psicológicos que están implicados en el cambio terapéutico, ya que con diferentes estrategias se han obtenido buenos resultados. Las investigaciones del grupo de Mattick hacen hincapié en la

importancia de los cambios en el miedo a la evaluación negativa, pero hay otras hipótesis explicativas, como la reducción de la autoobservación, el aumento de las expectativas de autoeficacia o la habituación a la activación psicofisiológica (cfr. Heimberg, 1989b; Heimberg y Barlow, 1988) que ne-

cesitan también ser puestas a prueba. Por lo que a esta última hipótesis se refiere, la confirmación dada por el estudio de Jerremalm et al. (1986) -los tratamientos cognitivos pueden reducir la activación psicofisiológica tanto como los procedimientos de relajación- requiere otros estudios de replicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alstrom, J.E., Nordlund, C.L., Person, G., Harding, M. y Ljungqvist, C. (1984): Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 97-110.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed.)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed. rev.)*. Washington: APA.
- Amies, P.L., Gelder, M.G. y Shaw, P.M. (1983): Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Barlow, D.H. (1988): *Anxiety and its Disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A., Emery, J. y Grenberg, R. (1985): *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Biran, M., Augusto, F. y Wilson, G.T. (1981): In vivo exposure vs. cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. *Behavior Research and Therapy*, 19, 525-532.
- Butler, G. (1985): Exposure as a 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.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P.L. y Gelder, M.G. (1984): Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.
- Echeburua, E. (1990): La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del DSM-III R y del ICD-10. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 1-15.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982): *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P., Vissia, E. y Van Der Helm, M. (1985): Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behavior Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Falloon, I., Lloyd, G.G. y Harpin, R.E. (1981): The treatment of social phobia: Real life rehearsal with non-professional therapists. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 180-184.
- Glogower, F., Frewouw, W. y McCroskey, J. (1978): A component analysis of cognitive restructuring. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 209-223.
- Heimberg, R.G. (1989a): Social phobia: no longer neglected. *Clinical Psychology Review*, 9, 1-2.
- Heimberg, R.G. (1989b): Cognitive and Behavioral Treatments for Social Phobia: A Critical Analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 107-128.
- Heimberg, R.G. (1990): Cognitive therapy for social phobia. En: A.S. Bellack y M. Her-

- sen (Eds.): *Comparative handbook of treatments for adult disorders*. New York: John Wiley and Sons.
- Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1988): Psychosocial Treatments for Social Phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heimberg, R.G., Becker, R.E., Goldfinger, K. y Vermilyea, J.A. (1985): "Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S. y Becker, R.E. (1987): Social phobia. En: L. Michelson y M. Ascher (Eds.): *Anxiety and stress disorders. Cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L. y Becker, R.E. (1990): Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Comparison with a Credible Placebo Control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L.G. (1986): Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 24, 171-180.
- Kanter, N. y Goldfried, M.R. (1979): Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy*, 10, 472-490.
- Liebowitz, M.R., Gorman, I., Fyer, A. y Klein, D. (1985): Social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Lucock, M. y Salkovskis, P. (1988): Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behavior Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Marks, I.M. (1970): The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Marks, I.M. (1985): Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 615-618.
- Marks, I.M. (1987): *Fears, Phobias and Rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marzillier, J.S., Lambert, C. y Kellett, J. (1976): A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for social inadequate psychiatric patients. *Behavior Research and Therapy*, 14, 225-228.
- Mattick, R.P. y Peters, L. (1988): Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R.P., Peters, L. y Clarke, J. (1989): Exposure and Cognitive Restructuring for Social Phobia: A Controlled Study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- 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*, 27, 421-434.
- Mullaney, J.A. y Trippett C.J. (1979): Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance. *British Journal of Psychiatry*, 135, 565-573.
- Öst, L.G., Jerremalm, A. y Johansson, J. (1981): Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Polaino, A. (1988): Tratamiento de las fobias. En: A. Fierro (Ed.): *Psicología Clínica. Cuestiones Actuales*. Madrid: Pirámide.
- Rachman, S. y Hodgson, R. (1974): Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 12, 311-318.
- Rapee, R.M., Sanderson, W.C. y Barlow, D.H. (1988): Social Phobia Features Across the DSM-III-R Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 287-299.
- Scholing, H. y Emmelkamp, P. (1989): Treatment of social phobia: an analysis in single cases. En: P. Emmelkamp, W. Evers, F. Kraijmaat y M. Van Son (Eds.): *Annual Series of European Research in Behavior Therapy*.
- Shaw, P.M. (1979): A comparison of three be-

- haviour therapies in the treatment of social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 620-623.
- Solyom, L., Ledwidge, B. y Solyom, C. (1986): Delineating social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 464-470.
- Stravynski, A., Grey, S. y Elie, R. (1987): Outline of the therapeutic process in social skills training with socially dysfunctional patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 224-228.
- Stravynski, A., Marks, I.M. y Yule, W. (1982): Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Thorpe, G., Amatu, H., Blakey, R. y Burns, L. (1976): Contributions of overt instructional rehearsal and 'specific insight' to the effectiveness of self-instructional training: a preliminary study. *Behavior Therapy*, 7, 504-511.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. y Shaw, P. (1978): The treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification*, 2, 41-60.
- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1989): Social Phobia: Clinical Syndrome, Diagnosis, and Comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Keys, D. (1986): Psychopathology of social phobia: A comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989): An Empirically Derived Inventory to Measure Social Fears and Anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Weissman, M.M. (1985): The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns. En: H. Tuma y J. Maser (Eds.): *Anxiety and anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zimbardo, P.G. (1977): *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison Wesley.