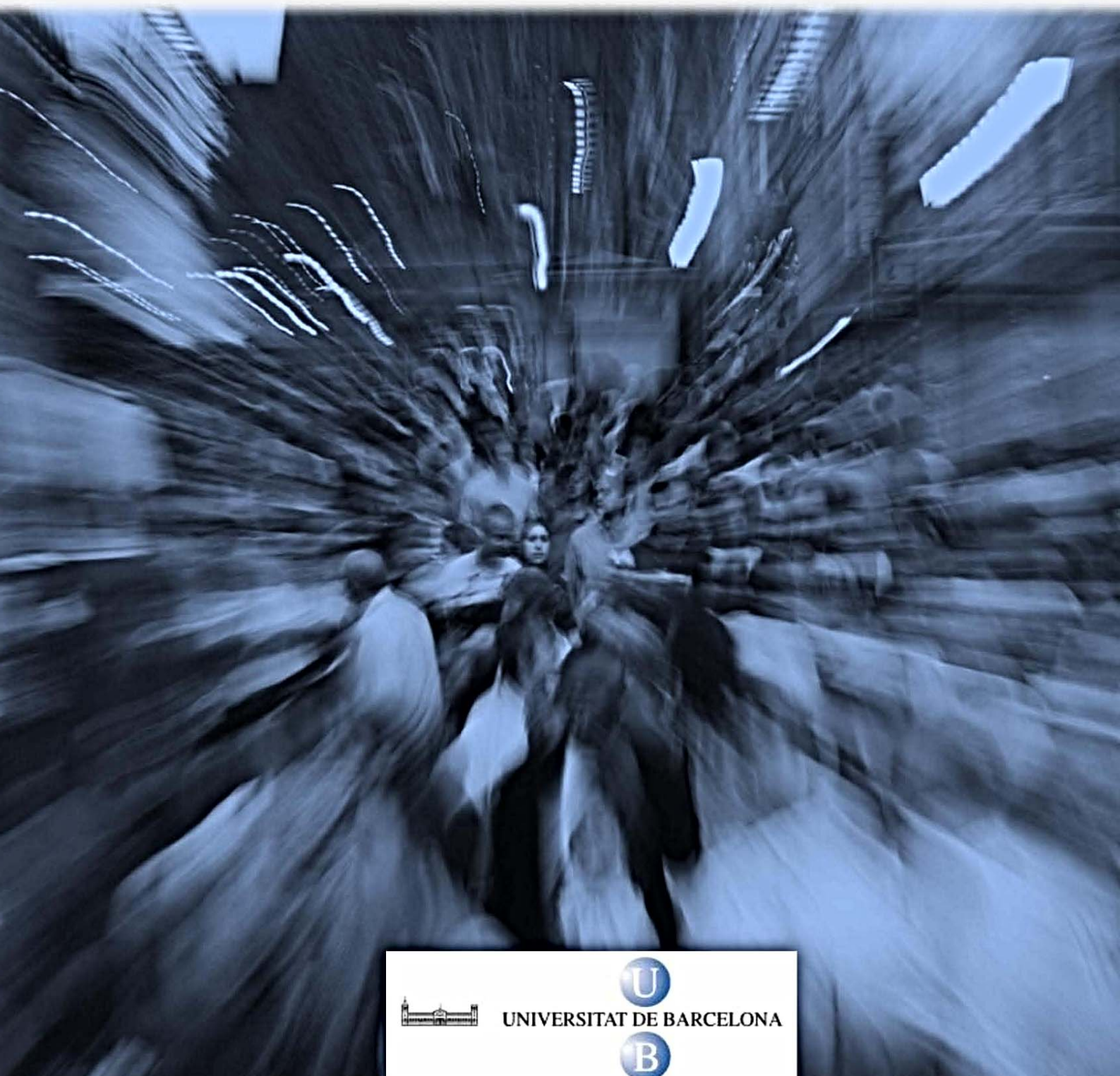


FOBIA SOCIAL

Naturaleza, evolución y tratamiento

Arturo Bados



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Fobia Social

Naturaleza, evolución y tratamiento

Arturo Bados

Doctor en Psicología y profesor titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Barcelona. Ha publicado varios libros, capítulos de libros y artículos en revistas científicas, la mayoría sobre trastornos de ansiedad. Es psicólogo especialista en Psicología Clínica y codirector de la Unidad de Terapia de Conducta, un servicio de asistencia psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, donde trabaja en tareas de investigación, labor clínica y formación de terapeutas.



Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



Facultat de Psicologia
Departament de Personalitat, Avaluació
i Tractament Psicològics

FOBIA SOCIAL

Arturo Bados

25 de enero de 2009

ÍNDICE

NATURALEZA	2
Situaciones temidas	3
Sistema somático y autónomo	5
Sistema cognitivo	6
Sistema conductual	8
EDAD DE COMIENZO Y CURSO	9
FRECUENCIA	10
PROBLEMAS ASOCIADOS	11
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO	13
Génesis de la fobia social	14
Mantenimiento de la fobia social	18
EVALUACIÓN	22
Entrevista	22
Cuestionarios y autoinformes	24
Cuestionarios generales relacionados con la fobia social	24
Cuestionarios centrados en situaciones sociales determinadas	29
Autoinformes referidos al miedo y actuación justo antes o durante una situación social temida	31
Cuestionarios de discapacidad	32
Escala de calificación clínica	33
Autorregistro	33
Observación	34
Observación en situaciones naturales	35
Observación en situaciones artificiales	35
Observación en situaciones simuladas	35
Medidas que pueden obtenerse mediante observación	37
Registros psicofisiológicos	39
Significación clínico-social	39

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	41
Eficacia del tratamiento psicológico	42
Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados	52
Variables predictoras.....	54
Utilidad clínica del tratamiento psicológico.....	56
Aspectos generales de la intervención.....	60
Exposición en vivo	63
Exposición simulada	73
Reestructuración cognitiva (terapia cognitivo-conductual)	77
Entrenamiento en habilidades sociales.....	88
Programa de mantenimiento.....	89
El empleo de grupos.....	91
Tratamiento en adolescentes y niños.....	94
TRATAMIENTO MÉDICO	99
Comparación del tratamiento cognitivo-conductual con el farmacológico.....	101
Combinación del tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico	102
TABLAS	104
REFERENCIAS	117

NATURALEZA

La fobia social, o trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un **miedo intenso, persistente y excesivo en respuesta a una o más situaciones sociales o actuaciones delante de otros** en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. La persona teme ser observada, actuar de un modo que sea **humillante o embarazoso** o mostrar síntomas de ansiedad con resultados similares de humillación o embarazo. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se **evitan** o se soportan con una ansiedad o malestar intensos. La fobia **interfiere** marcadamente en la vida de la persona o produce un **malestar** clínicamente significativo. Si no fuera así, sólo podríamos hablar de ansiedad social o timidez: malestar e inhibición más o menos generalizada en presencia de otras personas, pero con un grado mucho menor de evitación e interferencia que en la fobia social y con un curso menos crónico.

La exposición a las situaciones temidas provoca **ansiedad o ataques de pánico**. (No se diagnostica fobia social cuando el único temor social se refiere a la posibilidad de ser observado en pleno ataque de pánico, a no ser que este temor esté circunscrito a situaciones únicamente sociales.) En los niños la ansiedad puede manifestarse como lloros, berrinches, abrazos, quedarse paralizados o retirarse de situaciones sociales con gente desconocida. Las personas reconocen que su miedo es **excesivo o irracional** (p.ej., no es irracional el miedo a ser preguntado en clase cuando uno no sabe la lección), aunque este reconocimiento puede no darse en los niños. Es común la **ansiedad anticipatoria** incluso días y semanas antes de afrontar la situación social o actuación en público temidas.

Los criterios diagnósticos para la fobia social según el DSM-IV de la American Psychiatric Association (1994) aparecen en la **tabla 1**. Por otra parte, según la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992), en la fobia social existe un miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes). Puede existir una preocupación a ruborizar-

se, a temblar o a tener náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que su problema principal es alguno de estos síntomas de la ansiedad. Además, para establecer un diagnóstico definitivo de fobia social se requieren los siguientes criterios: a) Los síntomas psicológicos, conductuales o vegetativos son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas. b) Esta ansiedad se limita a o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. Puede temerse una sola situación social o casi todas ellas fuera del círculo familiar. c) La situación fóbica es evitada cuando ello es posible.

En comparación al DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) requieren la presencia de síntomas de ansiedad y exigen que, al menos en una ocasión, se hayan presentado conjuntamente un mínimo de 2 síntomas (de la lista de 14 síntomas del pánico), y uno de los síntomas siguientes: rubor, miedo a vomitar, necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar. Además, estos síntomas de ansiedad deben “limitarse a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas”.

El **grado de concordancia entre el DSM-IV y la CIE-10 es sólo moderado**. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), sólo el 66% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas. □

En la fobia social, aparte de las situaciones temidas, pueden distinguirse varios niveles o sistemas de respuesta: sistema somático y autónomo, sistema cognitivo y sistema conductual. Tanto las situaciones temidas como los distintos sistemas de respuesta serán expuestos a continuación, pero conviene tener en cuenta que existe una amplia variabilidad individual entre los fóbicos sociales respecto a qué situaciones temen, qué reacciones presentan, qué creencias mantienen, el grado en que evitan, etc.

SITUACIONES TEMIDAS

Las situaciones típicas temidas pueden clasificarse de la siguiente manera, aunque conviene tener en cuenta que el temor a una o más de las situaciones de un grupo no implica necesariamente que se teman las restantes del mismo grupo (Bados, 2001a): □

- **Intervención pública:** hablar/actuar en público, presentar un informe ante un grupo, intervenir en grupos pequeños formales.
- **Interacción informal:** iniciar, mantener y terminar conversaciones (especialmente con desconocidos), unirse a una conversación o actividad ya en marcha, hablar de temas personales, hacer cumplidos, expresar amor, relacionarse con el sexo opuesto o preferido, concertar citas o acudir a las mismas, establecer relaciones íntimas, asistir a fiestas, conocer gente nueva, llamar a alguien por teléfono, recibir críticas.
- **Interacción asertiva:** solicitar a otros que cambien su comportamiento molesto, hacer una reclamación, devolver un producto, hacer o rechazar peticiones, expresar desacuerdo/crítica/disgusto, mantener las propias opiniones, interactuar con figuras de autoridad.
- **Ser observado:** comer/beber/escribir/trabajar/telefonar delante de otros, asistir a clases de gimnasia o danza, usar los servicios públicos (cuando hay otras personas cerca o hay alguien esperando fuera o se piensa que alguien puede acudir), entrar en un sitio donde ya hay gente sentada (p.ej., aulas o transportes públicos), ser el centro de atención (p.ej., en una fiesta de cumpleaños).

Entre las situaciones temidas por más pacientes se encuentran, en primer lugar, hablar en público y actuar delante de otros; luego, participar en encuentros o charlas informales, iniciar y mantener conversaciones con gente nueva, ir a fiestas, situaciones que implican asertividad, hablar

con figuras de autoridad y ser entrevistado. Y entre las temidas por menos pacientes, comer, beber y escribir en público (Turner, Beidel y Townsley, 1992). Hope y Heimberg (1993) hablan de una **jerarquía de áreas temidas**, de modo que si una es temida, es muy probable que también lo sean las anteriores; las cuatro áreas son: charla/interacción formal, charla/interacción informal, aserción y observación de la conducta (p.ej., escribir en público).

La clasificación antes presentada ha sido frecuentemente simplificada distinguiendo solamente **dos tipos básicos de situaciones temidas**: a) Situaciones que implican **interacción con otras personas** y suponen por tanto ajustar el propio comportamiento al de los demás. Se incluyen aquí la segunda y tercera categorías de la clasificación antes presentada. b) Aquellas que implican un **miedo a ser observado** cuando hay otras personas presentes, pero sin que supongan interacción con estas. Se incluyen aquí la primera y cuarta categorías de la clasificación. Los resultados de Safren et al. (1999) sugieren que este segundo tipo de situaciones puede no representar el mismo constructo, sino varios: miedo a hablar en público, miedo a ser observado y miedo a comer/beber delante de otros.

Se habla de **fobia social generalizada** cuando los miedos hacen referencia a la *mayoría* de las situaciones sociales. Los fóbicos sociales generalizados constituyen el 60-70% de los fóbicos sociales tratados, aunque es posible que representen un porcentaje mucho más bajo de la población general de fóbicos sociales (p.ej., alrededor del 30% en los estudios de Stein et al., 1999, y Wittchen, Stein y Kessler, 1999). En el estudio comunitario de Grant et al. (2005) con 43.093 americanos, aproximadamente el 93% de los fóbicos sociales localizados temieron 3 o más de 14 situaciones sociales, el 76%, 5 o más y el 43%, 8 o más (fóbicos sociales generalizados). □

En comparación a aquellos con fobia social circunscrita, los pacientes con fobia social generalizada suelen presentar más ansiedad y evitación social, más miedo a la evaluación negativa, más déficits de habilidades sociales y un mayor deterioro de sus relaciones sociales, familiares y laborales. Además se caracterizan por una edad de comienzo más temprana y por un nivel educativo más bajo, es menos probable que estén casados y tengan un empleo, presentan mayores síntomas de ansiedad y depresión y más comorbilidad con otros trastornos, puntúan más alto en neuroticismo y más bajo en extroversión y autoestima, abusan más del alcohol, tienen una historia parental más frecuente de trastornos mentales y una historia personal más frecuente de timidez infantil, informan haberse criado con mayor aislamiento social y menor apoyo emocional por parte de sus padres, es más probable que hayan buscado tratamiento para su problema, parecen tener peor pronóstico (aunque los datos son inconsistentes) y es más probable que recaigan (Beidel y Turner, 1998; Hook y Valentiner, 2002; Lincoln et al., 2005; Wittchen, Stein y Kessler, 1999). Más allá de la clasificación dicotómica entre fobia social circunscrita y generalizada, Stein, Torgrud y Walker (2000) hallaron que el deterioro en la vida personal, social, académica y laboral aumenta conforme se incrementa el número de miedos sociales.

Por otra parte, los **fóbicos a hablar en público presentan una menor ansiedad subjetiva, pero una mayor respuesta cardíaca** ante su situación temida que los fóbicos sociales generalizados ante una situación de interacción social. Además, en comparación a los pacientes con fobia social generalizada, aquellos con fobia social circunscrita presentan menor ansiedad subjetiva, pero mayor ritmo cardíaco antes y durante situaciones de hablar en público; de hecho, los fóbicos sociales generalizados no se diferencian de los sujetos control en activación fisiológica; esto puede ser porque experimentan vergüenza y azoramiento, emociones que están asociadas a una reducción de la activación autonómica (Hook y Valentiner, 2002; Hofmann et al., 1995). Las **diferencias fisiológicas entre ambos tipo de fobia social** podrían indicar que la fobia social circunscrita puede ser una reacción emocional condicionada, mientras que la fobia social generalizada sería el resultado de una larga historia de inadecuación social. O bien, y relacionado con lo que se acaba de decir, la primera sería una auténtica fobia y la segunda, una variante de un trastorno de personalidad (el de evitación). □

Las diferencias fisiológicas comentadas, junto con otras que serán mencionadas a continuación, ha llevado a algunos autores a sugerir **que ambos tipos de fobia social son cualitativamente diferentes** y que la fobia social circunscrita debería considerarse dentro de las fobias específicas (Hook y Valentiner, 2002; Kimbrel, 2008). Otras diferencias congruentes con una distinción cualitativa entre ambos tipos son que, en comparación a la fobia social circunscrita, en la generalizada: a) las situaciones temidas implican interacción y no sólo ejecución, b) la atención está más centrada en señales internas que externas, c) aparecen evaluaciones negativas por parte de uno mismo y no sólo se temen las de los demás, d) hay una menor frecuencia de eventos sociales traumáticos, e) la edad de inicio es más temprana (<10 vs. 15-16 años), y f) los factores genéticos y de agregación familiar son más importantes.

Heimberg (1995, citado en Caballo, Andrés y Bas, 1997) ha distinguido tres **tipos de fobia social**: circunscrita (una o dos situaciones temidas), no generalizada (varias situaciones temidas) y generalizada (la persona teme la mayoría de las situaciones sociales). De todos modos, mejor que dividir la fobia social en dos o tres subtipos sería considerar un continuo en función del número de situaciones sociales temidas y del grado en que se temen. □

Asimismo se ha propuesto que la **ansiedad ante los exámenes** sea considerada una forma de fobia social circunscrita si cumple los otros criterios diagnósticos establecidos para esta. También se ha dicho que el trastorno de **mutismo selectivo** es probablemente una forma grave de trastorno de ansiedad social en la infancia. El mutismo selectivo consiste en que, de modo persistente, un niño no hable en situaciones sociales en la que se espera que hable, a pesar de hablar en otras situaciones. Las causas no radican en la falta de conocimiento o fluidez del lenguaje requerido ni en la presencia de otros trastornos como los de comunicación (p.ej., tartamudeo), trastorno generalizado del desarrollo o trastorno psicótico. Casi todos los niños con mutismo selectivo cumplen también los criterios diagnósticos de fobia social y cerca de las tres cuartas partes de los mismos tienen un familiar de primer grado con historia de fobia social. Otros autores (Olivares, Rosa y García-López, 2002) han señalado que hay diferencias evolutivas y cognitivas claras entre el mutismo selectivo y la fobia social, por lo que sería mejor considerar al primero como un factor de vulnerabilidad para la segunda.

SISTEMA SOMÁTICO Y AUTÓNOMO

Las reacciones corporales más comunes son: taquicardia/palpitaciones, temblor (voz, manos), sudoración, sonrojamiento, tensión muscular, malestar gastrointestinal (p.ej., sensación de vacío en el estómago, diarrea), boca seca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náuseas y urgencia urinaria. Otras respuestas mucho menos frecuentes son falta de respiración, dificultades para respirar y dolor en el pecho. La **boca seca, las contracciones nerviosas y, especialmente, el rubor** son reacciones mucho más frecuentes en la fobia social que en otras fobias. Los fóbicos sociales asignan a los síntomas somáticos una mayor frecuencia e intensidad que la que observan otras personas en ellos. Hay fóbicos sociales que no presentan reactividad autónoma a pesar de mostrar reactividad cognitiva. □

En comparación a los fóbicos sociales que no presentan ataques de pánico en las situaciones sociales, aquellos que sí los presentan se caracterizan por un mayor miedo y evitación de las situaciones sociales, más ansiedad somática, un mayor malestar e interferencia producidos por su fobia y niveles más altos de susceptibilidad a la ansiedad y desesperanza.

SISTEMA COGNITIVO

Aparecen **dificultades para pensar** tales como imposibilidad de recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse y dificultad para encontrar las palabras. Por otra parte, existe una tendencia a **centrar la atención en sí mismo**, concretamente en los síntomas somáticos y autónomos de ansiedad (especialmente los visibles), en las cogniciones y emociones negativas y en los propios errores. También puede haber una atención selectiva hacia las reacciones negativas de los otros. Además, pueden presentarse varios **temores básicos**, variables según los casos y ligados muchas veces a normas excesivamente elevadas de comportamiento:

- Temor a sentir mucha ansiedad y pasarlo fatal. Temor a tener un ataque de pánico.
- Temor a no saber comportarse de un modo adecuado o competente (p.ej., miedo a decir cosas sin sentido o embarazosas, miedo a cometer errores sociales).
- Temor a manifestar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, temblor de manos, voz temblorosa, bloqueo, vómito, ataque de pánico) que puedan ser vistos por los demás y/o interferir con la actuación.
- Temor a la crítica y a la evaluación negativa. La persona teme ser vista como ansiosa, incompetente, rara, inferior, poco interesante, aburrida, poco atractiva o estúpida.
- Temor al rechazo, a ser dejado de lado por los demás como consecuencia de su evaluación negativa.
- Temor a que la evaluación negativa de los otros indique que uno deba tener una visión negativa de sí mismo.
- Temor a ser observado y a ser el centro de atención. Y esto no sólo por el miedo a la evaluación negativa, ya que también hay un miedo a la evaluación positiva (Weeks, Heimberg y Rodebaugh, 2008). Esto concuerda con una perspectiva evolutiva según la cual el propósito de la ansiedad social es evitar desafiar a los miembros dominantes al tiempo que se permanece dentro de la seguridad del grupo. Un incremento en evaluación positiva podría llevar a conflictos con otros (competición por la atención social) o a un miedo a no poder mantener las ganancias logradas.
- Algunos fóbicos sociales temen que sus síntomas de ansiedad hagan sentir mal a los otros (“le estoy haciendo sentir incómodo”, “les estoy estropeando la fiesta”) o afecten negativamente a la actuación de estos. Rector, Kocovski y Ryder (2006) analizan este tipo de miedo y ofrecen sugerencias para su evaluación y tratamiento. De todos modos, es plausible pensar que el miedo a hacer sentir mal a los otros dependa del miedo a la evaluación negativa.

Se ha dicho que el temor a no poder alcanzar las elevadas metas autoimpuestas (miedo a la autoevaluación negativa) puede ser tan importante como el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás. Esto es cierto en algunos casos, mientras que en otros tanto la ansiedad social como la fobia social parecen estar más asociadas con el **perfeccionismo socialmente prescrito** (normas basadas en la expectativas que se cree tienen los demás y que no tienen por qué coincidir con las propias) que con el **perfeccionismo personal** (fijación de normas personales excesivamente elevadas y tendencia a autocriticarse cuando no se alcanzan).

Los temores básicos antes comentados son más fácilmente reconocidos por adultos y adolescentes que por los niños pequeños. Los temores más sobresalientes pueden variar según el tipo de fobia social (y desde luego, según la persona). Por ejemplo, los fóbicos a hablar en público parecen estar más preocupados por no saber desenvolverse de modo competente, mientras que el temor por manifestar ciertos síntomas (temblor, atragantamiento, dificultad para tragar) delante de otros predomina en los fóbicos a escribir o comer delante de otros (Starcevic et al., 1994). Por otra parte, los diversos temores mencionados se ponen de manifiesto en una serie de **pensamientos negativos frecuentes** que impiden concentrarse en la interacción. Ejemplos típicos pueden ser los siguientes:

Voy a hacer el ridículo; quedará bloqueado y no sabré que decir; me pondré rojo y los demás pensarán que soy tonto; meteré la pata y se darán cuenta de lo incompetente que soy; seguro que no les interesa lo que voy a decir; van a pensar que soy un tipo raro; se darán cuenta de lo nervioso que estoy; no soy capaz de coordinar mis pensamientos; yo no valgo para esto; lo he hecho fatal, soy un desastre; ¡menuda opinión habrán sacado de mí!; creerán que soy tonto, se estarán riendo de mí; soy aburrido; ¡qué tonto soy!

Los pensamientos negativos reflejan también una serie de **errores y sesgos cognitivos típicos** de los fóbicos sociales (Bados, 2001a): □

- **Valoración no realista de lo que se espera de uno**, lo que puede favorecer las metas perfeccionistas.
- Sobrestimación del grado en que los **otros le observan** a uno y se dan cuenta de los síntomas externos de ansiedad.
- Subestimación de las propias **capacidades** y sobrestimación de la probabilidad de cometer **errores** importantes y fracasar.
- Expectativas no realistas sobre las **respuestas de los otros** a las manifestaciones de **ansiedad**.
- Sobrestimación de la probabilidad e intensidad de la **crítica y rechazo**.
- Creencia de que uno está **actuando mal porque se siente mal** y, en general, que los demás le perciben a uno tal como uno se percibe y se siente.
- Atención selectiva a los **mensajes o reacciones negativos** de los demás hacia uno y falta de atención a las reacciones positivas.
- Interpretaciones **sesgadas** y negativas de **comportamientos de los demás**, especialmente bajo condiciones de ambigüedad; así, percibir crítica y desaprobación donde no las hay o exagerar su grado de intensidad u ocurrencia.
- Evaluación excesivamente negativa de la **propia actuación social** (pero no de la de los otros), exageración de los **errores** y de la ansiedad y minimización de los **logros** propios.
- Sobrevaloración de la **importancia de la crítica** o evaluación negativa por parte de los demás (p.ej., creer que implica rechazo o que es debida a características negativas de uno mismo).
- Exageración de la importancia de los **errores** cometidos. Un error puede llegar a representar un daño a la persona como un todo.
- Atribución del fracaso a **defectos personales y fallos propios** sin considerar otros factores (p.ej., de la situación o de los otros). Atribución de los **éxitos a factores externos**.
- Asumir que las supuestas **opiniones negativas** de los otros sobre uno mismo son **ciertas** e indican las características personales que uno posee, lo que lleva a una valoración negativa de sí mismo. Un fóbico social puede creer que si los demás piensan que es raro, debe de serlo.
- Mayor **recuerdo** de la información negativa relacionada con sí mismo y con las reacciones de otros y, quizá, menor recuerdo de la información externa neutral y positiva provenientes ambas de las experiencias sociales previas. Esto parece ser debido a la atención centrada en sí mismo durante la interacción y a la revisión detallada y sesgada que hace el fóbico de esta interacción cuando ha acabado. Ahora bien, una vez codificada esta información sesgada, no parece que antes de una situación social se dé además un recuerdo selectivo de la información social negativa procedente de situaciones previas. El sesgo básico está en la codificación de la información, no en su recuperación (Mellings y Alden, 2000).

Los errores cognitivos, los temores básicos y el comportamiento de los fóbicos sociales reflejan una serie de **supuestos cognitivos** como los siguientes: “uno debe siempre complacer a los otros”, “si no hago las cosas perfectamente, nadie querrá contar conmigo”, “si la gente me cono-

ciera realmente, no les gustaría nada”, “si no le gusto a alguien, es que algo malo pasa conmigo”, “si me quedo en blanco al hablar, la gente pensará que soy un incompetente”, “no debe defraudarse a la otra gente”, “debo caerle bien a todo el mundo”, “debo comportarme siempre adecuadamente”, “no se puede decir *no* (o mostrar desacuerdo) y seguir siendo aceptado”, “crítica significa rechazo personal”, “soy aburrido”, “todo el mundo tiene más seguridad en sí mismo que yo”, “la gente siempre se aprovecha de tus debilidades”, “la gente es básicamente crítica y competitiva”, “no hay que lastimar los sentimientos de la gente y por tanto no hay que criticar a los otros o quejarse”, “no se es nada si no se es querido”, “las opiniones de uno no son tan valiosas como las de los otros”, “diferir de los otros implica ser ofensivo”, “si me pongo rojo, los demás pensarán que soy raro (lo que significa que lo soy)”, “si se tienen defectos, no se es aceptado”, “si me quedo solo, seré desgraciado”.

Ha sido común distinguir **al menos tres categorías en estos supuestos cognitivos**: a) Normas excesivamente elevadas para uno mismo; p.ej., “lo que diga debe ser siempre interesante”. b) Creencias condicionales sobre la evaluación por parte de los demás; p.ej., “si doy una opinión equivocada, se reirán de mí”. c) Creencias incondicionales sobre uno mismo; p.ej., “soy raro”, “soy poco atractivo”, “soy incompetente”.



SISTEMA CONDUCTUAL

La **evitación** de las situaciones temidas es frecuente. Sin embargo, **muchas veces no se evita estar en las situaciones sociales, sino participar en las mismas, ser el centro de atención o de crítica o manifestar síntomas temidos**. Esto se consigue mediante **conductas de búsqueda de seguridad o conductas defensivas**, las cuales persiguen prevenir o minimizar las supuestas amenazas y reducir la ansiedad (Bados, 2001a):



- Consumir o haber consumido alcohol o tranquilizantes; no hacer preguntas en una reunión; intentar pasar lo más desapercibido posible; no hablar, hablar poco o contestar brevemente; no hablar de sí mismo; evitar el contacto visual; hablar sin pausas o hacer muchas preguntas para evitar los silencios; pensar mucho lo que se va a decir o incluso ensayar mentalmente con gran detalle lo que se dirá; sobrepreparar una charla; controlar continuamente lo que se ha dicho; controlar si se está causando una buena impresión; concentrarse en la propia voz; distraerse o pensar que no se está en la situación; escapar de la situación (directamente o con excusas), pedir disculpas para no tener que escuchar las críticas de los otros.
- En el miedo al **rubor**: Dejarse barba, darse mucho maquillaje, broncearse, llevar jerseys de cuello alto, pañuelos de cuello o grandes gafas oscuras, sentarse en sitios poco iluminados y, al notarse rojo o anticiparlo, echarse el pelo largo por delante, agacharse para coger algo del bolso, toser para taparse la cara o decir que se tiene que ir al lavabo. En el miedo a **temblar**: Mantener las manos en los bolsillos o detrás, no coger cosas delante de los otros o agarrarlas fuertemente o con las dos manos, beberse una copa rápidamente, firmar los documentos lo menos visiblemente posible o en casa.
- En el miedo a **sudar**: Llevar ropa ligera (para no sudar) o absorbente, ponerse al lado de ventanas abiertas, no probar comidas o bebidas calientes cuando se está con otros, tomar bebidas frías, mantener los brazos pegados al cuerpo, moverse poco, emplear dosis extra de desodorante, mantener un pañuelo en las manos o darse talco. En el miedo a **desmayarse**: Tensar los músculos fuertemente y apoyarse contra la pared al sentirse mareado.

Si no se puede evitar una situación o escapar de ella, aparecen reacciones como silencios largos, tartamudeo, incoherencias, volumen bajo (incluso susurro), voz monótona, muecas facia-



les, gestos de inquietud, retorcimiento de manos, postura rígida o cerrada, encogimiento postural, expresión facial pobre, sonrisa o risa inapropiada y contenido poco interesante.

En general, no se han hallado diferencias en situaciones simuladas entre los fóbicos sociales y personas sin ansiedad social en conductas moleculares (mirada, gestos, voz); sin embargo, los primeros tienden a ser **calificados por jueces como menos habilidosos** (Edelmann, 1992). Esto puede ser debido a un déficit de integración de las distintas conductas (déficit en el estilo general de comportamiento) o bien a una inhibición de las habilidades sociales existentes a causa de la ansiedad en las situaciones temidas. También es posible que los fóbicos sociales presenten una peor actuación en ciertas situaciones sociales solamente, tales como aquellas en las que las reglas sociales están menos claramente definidas (una fiesta, p.ej.).

EDAD DE COMIENZO Y CURSO

La edad media de inicio suele ser los **15 años**. En un estudio con más de 40.000 americanos Grant et al. (2005) hallaron una edad media de comienzo de 15,1 y una mediana de 12,5. Hubo dos modas: 5 años o menos (aquellos que dijeron tener el trastorno desde que podían recordar) y 13 a 15 años. Un comienzo a partir de los 23 años es raro. Es muy común la existencia de antecedentes de timidez o inhibición social y muchos pacientes informan haber tenido el **trastorno toda su vida**. Conviene notar que la edad precisa de comienzo de la fobia social dependerá de cómo se defina esta. En niños de 2-3 años pueden identificarse conductas observables indicativas de fuertes miedos sociales ante la crítica o desaprobación, conductas que predicen una mayor ocurrencia de la fobia social años más tarde. Sin embargo, la conciencia de sí mismo y de los otros como objetos de evaluación y la anticipación de la evaluación negativa no aparecen hasta alrededor de los 8 años como pronto y están mucho más desarrolladas aún en la adolescencia.

La **adolescencia es un periodo crítico** ya que cada persona va a verse sometida a un proceso de evaluación por el resto de los miembros de su grupo de iguales y va a tener que establecer su papel y su lugar en un sistema social distinto al de la familia. La lucha por establecer un lugar en las **jerarquías sociales de dominancia** facilita la aparición de los conflictos sociales, a los cuales puede responderse con ansiedad como medio de prevenir o defenderse de los ataques de los miembros más dominantes. Por otra parte, la adolescencia es un periodo conflictivo en el que puede haber un temor a la evaluación negativa por parte de los padres. Finalmente, en comparación a la niñez, no sólo hay más demandas sociales (nuevo ambiente escolar, nuevas amistades), sino que el mayor desarrollo cognitivo permite ser mucho más consciente de la discrepancia entre cómo uno se ve a sí mismo y cómo uno cree que lo ven los demás (aunque esta capacidad puede desarrollarse ya a partir de los 8 años de edad). Los adolescentes más vulnerables a las situaciones de estrés pueden responder con ansiedad y evitación a las situaciones sociales.

La fobia social, especialmente la de tipo no generalizado, puede aparecer **bruscamente** tras una experiencia estresante o humillante; sin embargo, lo más frecuente es que la fobia social se desarrolle de una forma **más lenta** en respuesta a varios tipos de experiencias. Aunque no es frecuente, la fobia social **puede manifestarse por vez primera en la vida adulta** cuando, por ejemplo, un cambio de circunstancias (laborales, familiares, escolares, de residencia) implica realizar actividades temidas (hablar en público, supervisar a otros, relacionarse con nueva gente) que antes no eran necesarias.

En estudios retrospectivos con **muestras clínicas** se ha visto que el trastorno, si no se trata, suele ser **crónico** y con pocas variaciones, si bien a veces remite total o parcialmente en la vida adulta, en especial cuando no ha comenzado en la infancia. En cambio, en **estudios comunitarios** prospectivos, con seguimientos de al menos 4 años, se ha visto que el 50% de las personas afecta-

das dejan de presentar miedos sociales y el 85-90% dejan de cumplir los criterios del DSM-IV; en las muestras clínicas estos porcentajes son 33% y 50% respectivamente (Vriends et al., 2007). Esto sugiere que los **fóbicos sociales que buscan tratamiento son un subgrupo más grave de la población con fobia social**. Los predictores de la recuperación no han sido consistentes o han sido investigados sólo una vez; de todos modos, la ausencia de depresión y un menor estrés parecen facilitar la recuperación.

La fobia social representa el **20-35% de los trastornos fóbicos vistos en la clínica**. La mayoría de los pacientes no buscan ayuda y los que lo hacen tardan varios años en decidirse.

FRECUENCIA

Los **datos de prevalencia varían ampliamente** según una serie de factores: consideración de los criterios del DSM o de la CIE-10, versión del DSM empleada, instrumentos de evaluación utilizados, número de situaciones sociales que incluyen, cómo se define el criterio de interferencia significativa en la vida o malestar acusado por tener la fobia, tener en cuenta estos dos últimos aspectos o sólo el primero de ellos y país donde se ha realizado el estudio.

Con criterios del DSM-IV y teniendo en cuenta diversos estudios epidemiológicos, los datos de la prevalencia **anual** de la **fobia social en población adulta son**: amplitud: 1,2-6,7%, media: **2,8%**, mediana: 2,1%. Y los de **prevalencia global** (tener el trastorno en algún momento de la vida): amplitud: 1,9-7,2%, media: **4,2%**, mediana: 3,7% (Grant et al., 2005). En un estudio australiano mediante entrevista a 10.641 personas se halló una prevalencia **mensual y anual de 1,4% y 2,3%** respectivamente (Lampe et al., 2003). En el mayor estudio realizado hasta la fecha, con 43.093 americanos, la prevalencia anual fue 2,8% y la global, 5,0% (Grant et al., 2005). **Estos datos contrastan** con los del *National Comorbidity Survey Replication*, llevado a cabo con 9.282 estadounidenses adultos: la prevalencia anual fue 6,8% y la global, 12,1%. El 29,9% de los casos fueron graves, el 38,8% moderados y el 31,3%, leves. Se estima que hasta los 75 años un 12,6% habrá desarrollado el trastorno (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Chiu et al., 2005).

Prevalencias más bajas han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV (ESE-MeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). La prevalencia **anual** de la fobia social fue **1,2%** (0,9% en varones y 1,4% en mujeres) y la **global, 2,4%** (1,9% en varones y 2,9% en mujeres). Fehm et al. (2005) han revisado varios estudios epidemiológicos europeos que han seguido criterios DSM-III-R o DSM-IV y han concluido que la prevalencia **anual** mediana es del **2%** y la **global** del **6,65%**. Con criterios **CIE-10**, Wacker et al. (1992, citado en Jiménez et al., 1999) hallaron una prevalencia **global** del **9,6%**. Todos estos datos pueden compararse con el **40-50%** de la población general que se considera a sí misma **tímida** (Monjas, 2000).

Al menos un 20-30% de los estudiantes universitarios (Bados, 1992) y un 34% de la población comunitaria (Stein, Walker y Forde, 1996) informan tener un **gran miedo a hablar en público**. Ahora bien, solo una minoría de estos presenta fobia a hablar en público y menos aún una fobia pura a hablar en público. Con criterios DSM-IV, Grant et al. (2005) hallaron que aunque el 90% del 5% de los fóbicos sociales localizados tenían fobia a hablar en público (prevalencia global del 4,5%), sólo un 0,2% presentaba una fobia circunscrita sólo a hablar en público.

En **población adolescente y juvenil** (14-24 años) y siguiendo criterios del DSM-IV, Wittchen, Stein y Kessler (1999) hallaron una prevalencia global del 7,3% (9,5% en mujeres y 4,9% en varones); la prevalencia anual fue sólo un poco más baja. Essau, Conradt y Petermann (1999), siguiendo los criterios del DSM-IV, hallaron sólo una prevalencia global entre adolescentes ale-

manes del 1,6% (0,5% a los 12-13 años y 2% a los 14-15 y 16-17 años). Olivares (2005) informa en adolescentes españoles de 14 a 18 años de una prevalencia global del **8,2%** (el 3% presentaban la fobia social en su grado más elevado).

La fobia social se distribuye igualmente entre ambos sexos en muestras clínicas, pero en la **población general**, varios estudios han hallado una **mayor frecuencia de mujeres entre los fóbicos sociales** (del 58% al 72%, mujeres; en general, 3 mujeres por cada 2 hombres) (Caballo, Andrés y Bas, 1997; Grant et al., 2005). Algo similar ocurre con los niños y adolescentes, donde cerca del 70% de los fóbicos sociales en la población general son de sexo femenino (Sandín, 1997).

A diferencia de otros trastornos fóbicos donde más mujeres que hombres buscan tratamiento, en la fobia social los porcentajes están igualados. Una posible explicación es que en la sociedad occidental la timidez es incompatible con el rol sexual tradicional del varón, pero no con el de la mujer. Se espera que el varón inicie las relaciones y se desenvuelva con seguridad, tenga mayores aspiraciones en su trabajo y sea más asertivo, por lo que la vida de un hombre con fobia social se verá más perturbada que la de una mujer. Esto puede facilitar la búsqueda de tratamiento.

Respecto a las **diferencias entre varones y mujeres con fobia social**, Turk et al. (1998) no hallaron diferencias en el subtipo de fobia social, tratamiento previo del trastorno o comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, trastornos afectivos o trastorno de personalidad por evitación. Sin embargo, las mujeres puntuaron o tendieron a puntuar más alto en diversas medidas de fobia social. No hubo diferencias, en general, en el tipo de situaciones temidas, pero sí en el grado de miedo suscitado por las mismas. Las mujeres informaron más miedo en 9 de 23 situaciones: hablar a una figura de autoridad, actuar o dar una charla en público, trabajar mientras se es observado, entrar en una habitación en la que ya hay gente sentada, ser el centro de atención, hablar en una reunión, expresar desacuerdo o desaprobación a gente que no se conoce muy bien, presentar un informe ante un grupo y dar una fiesta; muchas de estas situaciones se encuentran en el mundo laboral. Los hombres informaron más miedo respecto a orinar en servicios públicos y devolver artículos a una tienda.

La **fobia social** no es sólo **más frecuente** en el sexo femenino, sino también en las personas de **menor nivel socioeconómico**. Por otra parte, hay datos, no siempre concordantes, de que la fobia social es más frecuente en **menores de 60 años**, en los que viven en zonas **rurales** y en los que **no están casados**. En Estados Unidos, la fobia social es menos frecuente en hispanos, asiáticos y negros que en blancos (Grant et al., 2005). Otro factor que apunta a la **importancia de los factores sociales y culturales** es que en un estudio (Vega et al., 1998) la prevalencia global de la fobia social entre adultos mexicanos que habían emigrado a Estados Unidos fue la mitad de la de los mexicanos nacidos en dicho país.

PROBLEMAS ASOCIADOS

A la hora de establecer un diagnóstico, la fobia social debe ser distinguida de otros trastornos (agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno de personalidad esquizoide), aunque conviene tener en cuenta que puede coexistir con ellos y una persona presentar varios diagnósticos, ya sea en un momento dado (*comorbilidad concurrente*) o en distintos momentos de su vida (*comorbilidad longitudinal o vital*). El tema de los trastornos comórbidos será tratado a continuación, mientras que las cuestiones de diagnóstico diferencial pueden consultarse en Bados (2001a).

Un **70-80%** de los fóbicos sociales identificados en muestras comunitarias (sea la fobia social

su diagnóstico principal o no) **han presentado en el último año trastornos asociados**; la comorbilidad es también muy alta en muestras clínicas. Los trastornos más frecuentes encontrados en el estudio comunitario de Grant et al. (2005) fueron trastornos de personalidad (61%; especialmente, obsesivo-compulsiva, evitativa y paranoide), trastornos de ansiedad (49%; especialmente, fobias específicas, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada), trastornos afectivos (38%; especialmente, depresión mayor y trastorno bipolar I), dependencia de nicotina (27%), abuso/dependencia del alcohol (13%) y abuso/dependencia de otras drogas (5,5%). Excepto para el abuso del alcohol, todos estos trastornos fueron más frecuentes que en personas sin fobia social. La agorafobia, distimia, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y miedo a los exámenes también aparecen como trastornos asociados (American Psychiatric Association, 1994; Caballo, 1995; Hope, Holt y Heimberg, 1993). **Más de la mitad de los niños y adolescentes** fóbicos sociales presentan una historia de algún otro trastorno de ansiedad, especialmente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación y fobias específicas. Muchos niños y adolescentes con fobia social presentan también ansiedad ante los exámenes y viceversa (Sandín, 1997).

En general, la fobia social suele **preceder** a la aparición de la mayoría de los problemas asociados (American Psychiatric Association, 1994; Katzelnick et al., 2001), incluidos los trastornos depresivos; de hecho, es un factor de riesgo para estos. En cuanto al **trastorno de la personalidad por evitación** —caracterizado por un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersusceptibilidad a la evaluación negativa—, los diferentes estudios realizados indican que no parece diferir cualitativamente de la fobia social generalizada, sino que parece ser una forma más grave de este último trastorno. En este sentido, mientras hay muchos fóbicos sociales generalizados sin trastorno de personalidad por evitación, lo contrario ha sido raro y, de hecho, uno puede preguntarse cómo puede cumplir una persona los criterios de dicho trastorno de personalidad sin cumplir al mismo tiempo los de fobia social. Si esta ausencia de diferencia cualitativa se confirma, la clasificación que hace el DSM-IV debería ser revisada. De hecho, en un estudio realizado con un gran número de pacientes, Ralevski et al. (2005) concluyen que la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación pueden ser conceptualizaciones alternativas del mismo trastorno. Una discusión de este tema puede verse en Caballo (1995) y Sandín (1997).

La **ideación suicida**, actual o pasada, es relativamente frecuente. En el estudio comunitario de Schneier et al. (1992), se encontró en el **4,6%** de los sujetos sin trastornos, en el **9,8%** de los fóbicos sociales puros y en el **37,3%** de los fóbicos sociales con comorbilidad. En muestras clínicas los porcentajes han llegado al 30-50% e incluso al 77% cuando hay comorbilidad con patología afectiva (Roca y Baca, 1998). En cuanto a los **intentos de suicidio**, estos fueron identificados en el **1,1%** de las personas sin trastornos, en el **0,9%** de los fóbicos sociales puros y en el **15,7%** de los fóbicos sociales con comorbilidad en el estudio comunitario de Schneier et al. (1992). En una muestra clínica, Weiller et al. (1996, citado en Roca y Baca, 1998) hallaron porcentajes de intentos de suicidio del 6,5% en un grupo control, 8,5% en fóbicos sociales puros y 41,3% en fóbicos sociales con patología depresiva. Según Cox et al. (1994, citado en Vallejo y Bataller, 1998), es más probable que los fóbicos sociales con intentos de suicidio hayan tenido pensamientos suicidas el año anterior, hayan sido tratados por depresión, hayan sufrido hospitalizaciones psiquiátricas y sean mujeres.

En cuanto a comorbilidad actual en pacientes con diagnóstico principal de fobia social que buscan tratamiento, Brown et al. (2001) hallaron que de 186 fóbicos sociales, el **45%**, **28%** y **29%** recibieron respectivamente **al menos un diagnóstico adicional actual** de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 67%, 37% y 57% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron depresión mayor (14%), distimia (13%) y trastorno de ansiedad generalizada (13%; 21% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo). La fobia social tendió a preceder a los otros trastornos de ansiedad y afectivos. Los tras-

tornos comórbidos, incluyendo el abuso/dependencia de sustancias, son también frecuentes en fóbicos sociales vistos en asistencia primaria (Katzelnick et al., 2001; Stein et al., 1999).

Algunos pacientes con fobia social experimentan **ira intensa** hacia los demás al percibir evaluación negativa o cuando los otros esperan que realicen actividades que son ansiógenas para ellos. En ocasiones, la ira se expresa, pero el fóbico social sabe que la expresión de la ira puede aumentar el riesgo de evaluación negativa (real o percibida); así pues, la ira genera ansiedad, lo que puede conducir a la supresión de la ira. Además, estos pacientes caracterizados por ira y hostilidad pueden mostrar dificultades para confiar en los otros. Erwin et al. (2003) emplearon el Inventario de Estado-Rasgo de Ira de Spielberger y hallaron que, en comparación a personas sin trastornos del Eje I del DSM-IV, los fóbicos sociales experimentaron más estado actual de ira y disposición para experimentar ira, tanto en general, como en las dos subescalas de esta última: temperamento de ira (propensión a experimentar y expresar ira sin una provocación específica) y reacción de ira (disposición para experimentar y expresar ira cuando se es criticado o tratado injustamente por otros). Con respecto a la expresión de la ira, fue más probable que los fóbicos sociales suprimieran o refrenaran los sentimientos de ira (ira interna). No hubo diferencias en ira externa (frecuencia con que una persona expresa ira hacia otras personas u objetos del entorno) y control de ira (frecuencia con que una persona intenta controlar la expresión de su ira).

En otro estudio (Bodinger et al., 2002) se vio que en comparación a personas sin psicopatología actual o pasada, los fóbicos sociales presentaron más **disfunciones sexuales**. En concreto, los hombres con fobia social informaron de más dificultad para conseguir erecciones durante las relaciones sexuales, orgasmos menos frecuentes y menor satisfacción sexual. También presentaron con mayor frecuencia pérdida de deseo durante el sexo y eyaculación retardada. Las mujeres con fobia social informaron de un menor deseo y activación sexual, menos relaciones sexuales y menor satisfacción sexual. También presentaron con mayor frecuencia dolor y pérdida de deseo durante el sexo. Los fóbicos sociales varones tuvieron su primera relación sexual más tarde que los varones control y un mayor porcentaje utilizó el sexo de pago (42% contra 8%). Las mujeres con fobia social habían tenido menos compañeros sexuales que las mujeres control.

En cuanto a los **niños** con fobia social, Beidel et al. (1997, citado en Beidel y Turner, 1998) encontraron que de 25, el 20% presentaban fobia específica; el 16%, trastorno de ansiedad generalizada; el 8%, depresión; el 16%, trastorno de déficit de atención con hiperactividad; y el 16% problemas de aprendizaje.

GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

Pocos son los datos sólidos existentes acerca de los factores implicados en el origen y mantenimiento de la fobia social. Muchos de los datos existentes se basan en estudios realizados con personas ansiosas sociales más que con fóbicos sociales. Además, en general son retrospectivos y no permiten extraer conclusiones firmes. Asimismo, todavía falta una gran cantidad de aspectos por investigar. Lo expuesto a continuación está basado principalmente en los modelos propuestos por Clark y Wells (1995), Hofmann (2007), Hudson y Rapee (2000), Neal y Edelmann (2003), Olivares y Caballo (2003), Rapee y Heimberg (1997), Rapee y Spence (2004) y Wells (1997); también se consideran los datos revisados por Bados (2001a), Bruch y Cheek (1995), Caballo (1995), Caballo, Andrés y Bas (1997), Echeburúa (1993b, cap. 3; 1995), Heimberg et al. (1995, caps. 4-8), Olivares, Rosa y García-López (2004), Otto (1999), Sandín (1997, cap. 9). Finalmente, Kimbrel (2008) presenta un modelo centrado en la fobia social generalizada que integra una gran diversidad de factores (genéticos, temperamentales, experiencias sociales, experiencias estresantes, sesgos cognitivos) en el marco de la teoría de sensibilidad al reforzamiento de Gray.

GÉNESIS DE LA FOBIA SOCIAL

Existe una serie de factores cuya interacción pueden explicar el surgimiento de la fobia social. Para empezar, al igual que parecemos estar preparados evolutivamente para temer a ciertos animales (aquellos que pudieron ser peligrosos para nuestros antepasados) y no a otros, también parece existir una **preparación evolutiva para temer las expresiones faciales de ira, crítica y rechazo**, preparación que facilitaría el orden social dentro del grupo al establecer jerarquías de dominancia. Se ha comprobado que es mucho más fácil condicionar miedo –o, al menos, hacerlo más resistente a la extinción– a las expresiones faciales citadas que a caras felices o neutrales. Este efecto de condicionamiento se obtiene sólo cuando las caras miran directamente a la persona, lo que indica la importancia del contacto ocular. Además, una vez condicionadas las respuestas de miedo, estas son producidas incluso por presentaciones de las expresiones faciales a nivel subliminal; esto indica que **no es necesaria una detección consciente** de dichas expresiones, sino que las respuestas de miedo se activan a un nivel simplemente preatencional. □

La **teoría de la preparación biológica de las fobias tiene una serie de problemas** y limitaciones. Por ejemplo, si no se especifica claramente cuál es la base biológica de la preparación, este concepto resulta circular, ya que se infiere de aquello que pretende explicar (selectividad de las situaciones temidas). Una alternativa es considerar que la selectividad de las situaciones fóbicas puede explicarse, al menos en parte, mediante factores ontogenéticos tales como variables socio-culturales (connotaciones negativas que tienen ciertos estímulos), experiencias pasadas de las personas con las situaciones fóbicas y expectativas y creencias sobre covariaciones entre acontecimientos.

La teoría de la preparación requiere que el estímulo potencialmente fóbico se asocie al menos una vez con una experiencia aversiva. En cambio la **explicación no asociativa** de Menzies y Clarke (1995) mantiene que, dados ciertos procesos madurativos y experiencias normales de desarrollo, existen muchos **estímulos evolutivamente prepotentes** que generan miedo en la mayoría de las personas al primer encuentro sin necesidad de ningún aprendizaje asociativo, ya sea directo o indirecto (observacional, transmisión de información). La respuesta de miedo se debilita cuando hay exposiciones repetidas y no traumáticas a las situaciones temidas (habituaación). Por otra parte, las fobias pueden volver a surgir (deshabituaación) tras la ocurrencia de acontecimientos estresantes intensos no específicos o ciertos trastornos fisiológicos. La explicación no asociativa no descarta que haya miedos que puedan ser adquiridos asociativamente, tal como ocurre, por ejemplo, con los miedos de objetos o situaciones evolutivamente neutrales.

Ya sea que ciertas expresiones faciales se teman más fácilmente por preparación biológica, por prepotencia evolutiva y/o por otros factores, lo cierto es que existe una susceptibilidad en la especie humana a la crítica y a la desaprobación social y que la mayoría experimentamos ansiedad social en algún momento, especialmente en la adolescencia. Sin embargo, esta ansiedad social no es igual de frecuente, intensa y duradera en todos (de hecho, en algunos parece no darse), de modo que para que se desarrolle fobia social, se necesita además, la interacción de ciertos **factores biológicos** y psicológicos. Dentro de los primeros, se han propuesto los siguientes:

- **Mayor capacidad innata para reconocer la amenaza social y responder sumisamente a la misma.** Este sería un fenómeno de la evolución filogenética por el que ciertas personas percibirían e interpretarían ciertas señales sociales (especialmente expresiones faciales) en términos de amenaza y mostrarían una conducta sumisa que les permitiría tanto evitar el enfrentamiento con los miembros dominantes del grupo como permanecer dentro de la seguridad del grupo.
- **Bajo umbral de activación fisiológica y lentitud en la reducción de la activación** que quizá se transmitan genéticamente. Esto puede dificultar el proceso de habituaación a si-

tuaciones nuevas o amenazantes, facilitar la conciencia de uno mismo o autoconciencia (véase más abajo), interferir en la actuación social y favorecer así la evitación directa o sutil de situaciones sociales. Esta mayor activación fisiológica ha sido ligada al factor temperamental denominado **inhibición conductual ante lo no familiar**, el cual a su vez ha sido relacionado con variables de personalidad tales como la introversión y el neuroticismo.

Los niños con mayor inhibición conductual –sobre un **15-20% de la población infantil**– se caracterizan por mayor reserva y timidez ante los desconocidos, mayor miedo o evitación de situaciones desconocidas, mayor ritmo cardíaco en reposo y mayor dilatación pupilar, tensión muscular y aceleración del ritmo cardíaco en situaciones novedosas y en condiciones de estrés leve (incluida la respuesta de rubor cuando este estrés es de tipo social). Esta mayor activación fisiológica facilitaría el condicionamiento del miedo y, de hecho, se ha comprobado, incluso en estudios **prospectivos**, que la inhibición conductual ante lo desconocido en la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en la adolescencia y adultez, especialmente, la fobia social generalizada. De todos modos, conviene señalar que sólo alrededor de **un tercio** de los niños con inhibición conductual ante lo desconocido **siguen presentando signos de ansiedad social grave en la adolescencia**, lo que indica el importante papel jugado por los factores ambientales (Kagan y Snidman, 1999).

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en **gemelos** monocigóticos que dicigóticos y, en concreto, se ha tendido a hallar una mayor concordancia en fobia social entre los primeros (13-24%) que entre los segundos (10-15%). Por otra parte, la fobia social es más frecuente entre los **familiares de primer grado** de los fóbicos sociales generalizados (16-24%) que entre los familiares de primer grado de los sujetos normales (3-6%) (Hettema, Neale y Kendler, 2001); en cambio, no hay diferencias entre estos últimos y los familiares de los fóbicos sociales circunscritos. La fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación, pero no la fobia social circunscrita son también más frecuentes entre los familiares de primer grado de los fóbicos sociales generalizados que entre los familiares de primer grado de los sujetos normales. Asimismo, en comparación a grupos control, es más probable que los familiares de los fóbicos sociales presenten fobia social que no otros trastornos como fobia simple, agorafobia o trastorno de ansiedad generalizada.

Por otra parte, la timidez y la ansiedad social parecen contar con un componente hereditario, pero no está claro si hay una **transmisión genética** directa de la fobia social en particular. Los datos de Kendler, Karkowski y Prescott (1999) con 854 pares de gemelas indican una heredabilidad total del 50% para la fobia social; el otro 50% vendría explicado por factores ambientales específicos para cada individuo; los factores ambientales familiares (compartidos) tendrían poco peso. De todos modos, los grandes porcentajes de gemelos monocigóticos no concordantes (76-87%) y de familiares de primer grado no afectados (76-84%) encontrados en estudios con fóbicos sociales muestran la fuerte influencia de los factores no genéticos. Algunos autores creen que existe simplemente una transmisión genética de una vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad en general. Rapee y Heimberg (1997) han hipotetizado que puede existir una tendencia general, genéticamente mediada, a interpretar las situaciones como amenazantes, mientras que factores ambientales serían los responsables de canalizar este estilo de procesamiento hacia determinadas categorías de situaciones (sociales en este caso).

En concreto, hay varios **factores de la propia experiencia** que, aisladamente o en combinación, pueden interactuar con una vulnerabilidad biológica preexistente para producir fobia social. La importancia de estos factores depende fundamentalmente de que originen un **sentido de falta**



de control o de pérdida de control de un mayor o menor número de situaciones sociales. El control de los resultados en estas situaciones (pero no necesariamente en otras, ya sean de tipo social o no) sería percibido por la persona como radicado en los otros, en vez de en sí misma. Los factores experienciales se detallan a continuación (Bados, 2001a).

- **Progenitores sobreprotectores (hipercontroladores), muy exigentes, poco o nada afectuosos**, que no apoyan a sus hijos inhibidos, que utilizan la vergüenza y el “qué pensarán” como técnicas educativas y disciplinarias, y que incluso muestran actitud de rechazo. Este estilo educativo, especialmente por parte de la madre, es informado retrospectivamente con mayor frecuencia por los fóbicos sociales en comparación a controles normales y puede ser un resultado del temperamento ansioso de los niños en interacción con la ansiedad de los padres. A su vez, este estilo educativo inhibe las relaciones satisfactorias entre padres e hijos, interfiere en el desarrollo de la independencia, autoconfianza y competencia social de estos últimos, y facilita el surgimiento de una gran necesidad de aprobación. Unos padres muy exigentes pueden favorecer el desarrollo de una conciencia excesiva de sí mismo, de metas perfeccionistas y de la creencia de que los otros son inherentemente críticos.
- **Falta de experiencia social y de habilidades sociales**, producida por factores como: educación inhibidora de las relaciones sociales (educación que se ve facilitada si alguno de los padres presenta trastornos de ansiedad o ansiedad social), aislamiento del propio niño (facilitado por factores temperamentales), aislamiento de la familia (favorecido por problemas psiquiátricos en alguno de los progenitores), falta de modelos adecuados y carencia o nulo fomento de oportunidades; esto último ocurre con la situación de hablar en público en el contexto educativo o con las relaciones con las chicas en un ex-seminarista. El aislamiento social del propio niño y de la familia, el cual es informado más frecuentemente por los fóbicos sociales generalizados en comparación a los no generalizados, inhibe el desarrollo de las habilidades sociales del niño y favorece la ansiedad social.

En un interesante estudio prospectivo, adolescentes con elevada ansiedad social, en comparación a aquellos con baja ansiedad social, juzgaron que sus padres les aislaban más socialmente, que estaban más preocupados por la opinión de los demás, que sentían más vergüenza de la timidez y pobre comportamiento del adolescente, y que fomentaban menos el que la familia se relacionara socialmente (Caster, Inderbitzen y Hope, 1999). Si estas percepciones son precisas o están distorsionadas por la ansiedad social de los adolescentes es algo por dilucidar. Se ha dicho también que **enfermedades numerosas, graves o que afectan al aspecto físico** pueden facilitar la timidez en la infancia y adolescencia al propiciar una falta de experiencia social, un rechazo por parte de otros o una autovaloración negativa de la propia apariencia física.

Se ha dicho que el **empleo de internet** reduce el contacto cara a cara y lleva a un mayor aislamiento y peor ajuste psicológico. En el polo opuesto, se afirma que el empleo de internet aumenta las oportunidades para relacionarse y los sentimientos de sentirse conectado con la gente y apoyado (Anderson, Jacobs y Rothbaum, 2004). Existen datos favorables a que el uso de internet puede agravar o mejorar los síntomas de ansiedad social, por lo que es primordial estudiar bajo qué condiciones se dan uno u otro tipo de efectos.

- **Observación de experiencias sociales negativas o de ansiedad social en los padres o personas allegadas.** Unos padres muy preocupados por los juicios de los demás acerca de la apariencia y el comportamiento social, y que muestran conductas de sumisión y evitación pueden facilitar la aparición en sus hijos de preocupaciones y conductas similares. Por otra parte, se ha dicho que **ser hijo único o primogénito** podría estar relacionado con la timidez al tener menos modelos y posibilidades de interacción social y mayor probabi-

lidad de aprendizaje observacional de la ansiedad social si uno de los padres la padece. De todos modos, por el momento no se han encontrado diferencias entre fóbicos sociales y no fóbicos en cuanto al orden de nacimiento o ser hijo único.

- **Cambio de circunstancias** (laborales, familiares, escolares, de residencia) que implica realizar actividades temidas (hablar en público, supervisar a otros, relacionarse con nueva gente) que antes no eran necesarias. Así, se ha dicho que cambiar de escuela o mudarse de barrio entre los 8 y los 14 años produce una gran cantidad de estrés al tener que ir a un nuevo sitio donde ya todos se conocen.
- **Experiencias negativas** en situaciones sociales (burlas, desprecio, ridículo, rechazo, marginación, intimidación, castigo e incluso ataques de pánico), las cuales interactuarían con variables temperamentales y de personalidad (p.ej., la ansiedad social puede facilitar el rechazo por parte de los otros). Estas experiencias parecen ser informadas por una mayor proporción de fóbicos sociales (40-58%) que de sujetos normales (20%) y pueden ocurrir con distintas personas (padres, maestros, compañeros) y en distintas situaciones y etapas de la vida; la infancia y la adolescencia serían especialmente importantes en este último caso. Es posible que las experiencias negativas en situaciones sociales sean más frecuentes en la fobia social circunscrita que en la generalizada.

Los **efectos** de las experiencias negativas **dependen de factores** tales como su frecuencia, intensidad, ocurrencia en periodos de estrés y tipo y magnitud de la experiencia previa (directa o vicaria) con las situaciones potencialmente fóbicas. Una crítica feroz por parte de un miembro del auditorio no tendrá el mismo efecto en la persona que habla por primera vez en público que en la que ha hablado ya muchas veces. **Otro factor** que influye es el siguiente: si una persona ha tenido una leve experiencia traumática en una situación social y ha adquirido un cierto miedo, la exposición posterior a un trauma más intenso, aunque no esté relacionado con la misma situación social, puede aumentar el miedo al primer tipo de situación. Finalmente, haber padecido altos niveles de estrés hace que la persona sea más vulnerable a los efectos de futuras experiencias estresantes, incluidas las experiencias sociales negativas.

- Proceso de **atribución errónea o condicionamiento supersticioso** (asociación accidental): Se experimenta ansiedad o sensaciones somáticas similares a las de ansiedad en ciertas situaciones sociales que pasan a ser temidas (p.ej., un mareo al hablar con personas del sexo opuesto, náuseas y sensación de ir a vomitar en una situación de hablar en público), pero dicha ansiedad ha sido provocada por otras circunstancias estresantes –tales como problemas familiares, académicos, laborales o maritales, separación de los padres, etc.– que la persona no ha sabido manejar o por otros factores accidentales (problemas médicos, cambios hormonales, hipoglucemia, fármacos/drogas). No se ha investigado la frecuencia con la que puede darse este proceso hipotético.
- El **desarrollo excesivo de la conciencia pública de uno mismo** (darse cuenta de sí mismo como objeto social) en los últimos años de la infancia o primeros de la adolescencia puede conducir a una autoevaluación excesiva y acentuar la timidez previamente existente; incluso puede favorecer la aparición de la timidez por vez primera. En ambos casos aparecen claramente desarrollados la conciencia de sí mismo como objeto de evaluación y el miedo consciente a la evaluación cognitiva. La conciencia de sí mismo es la disposición a focalizar la atención sobre uno mismo, ya sea sobre las **conductas privadas** (sentimientos, pensamientos) o **públicas** (aparición, comportamiento motor, contenido verbal), pero sin que esto implique necesariamente ponerse ansioso.

El fortalecimiento o la aparición de la timidez en personas con una elevada concien-

cia pública de sí mismas vienen mediados por las bajas valoraciones que hace la persona sobre su apariencia física y su aceptación social para otros. En estos casos, una elevada conciencia pública de sí mismo está **asociada con** aspectos como querer causar una impresión excelente debido a una gran necesidad de aprobación, infravaloración de los propios recursos y capacidades, discrepancia percibida entre los logros y lo deseado (con el temor subsecuente a la evaluación negativa) y tendencia a atribuirse más responsabilidad por los fallos que por los éxitos.

MANTENIMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL



A continuación, y siguiendo a Bados (2001a), se presenta un modelo general con los distintos factores que pueden estar implicados en el mantenimiento de la fobia social y que aparece esquemáticamente representado en la **figura 1**. De todos modos, conviene tener en cuenta que existen **variaciones individuales** en cuanto al tipo y fuerza de los factores implicados; así, los déficits de habilidades sociales y las metas perfeccionistas pueden estar ausentes o ser más o menos importantes según los casos.

Para empezar, se piensa que la **anticipación más o menos próxima** de las situaciones sociales temidas (las cuales implican interacción, ser observado o simplemente la posibilidad de que una de estas dos cosas ocurra) activa una serie de **supuestos o creencias** previamente establecidas a través de la interacción de predisposiciones innatas y experiencias previas. En concreto, los fóbicos sociales: a) Creen que los **otros son inherentemente críticos**, es decir, que les evaluarán negativamente (p.ej., por sus manifestaciones de ansiedad, errores y deficiencias), lo cual se traducirá en consecuencias negativas como el rechazo. b) Conceden una enorme importancia a causar una impresión favorable, a **ser valorados positivamente** por los demás y especialmente a **evitar la desaprobación** de los otros. Sin embargo, dado que los fóbicos sociales temen también la evaluación positiva (Weeks, Heimberg y Rodebaugh, 2008), es posible que a lo que den gran importancia sea a no llamar la atención. c) **Tienen una gran desconfianza en su habilidad** para conseguir lo mucho que creen que esperan los otros en la situación y, si es el caso, las propias metas excesivamente elevadas; además, dudan de su capacidad de controlar su ansiedad en las situaciones sociales. d) Pueden creer que las reacciones de los demás percibidas como negativas o la evaluación negativa **indican que se poseen características personales negativas**.

La activación de estas suposiciones origina **percepción de peligro social, expectativas negativas** de que uno no sabrá desempeñarse y manifestará signos de ansiedad, lo cual conducirá a ser evaluado negativamente y a sufrir consecuencias como la humillación o rechazo por parte de los demás o ser considerado inferior; además puede llegar a pensarse que esto indica la presencia de características personales indeseables. Estas expectativas negativas, conscientes e inconscientes, dan lugar a una **ansiedad** más o menos marcada según el grado de deterioro anticipado en el desempeño, la importancia que uno da a las consecuencias previstas de su actuación y la proximidad e inevitabilidad de la situación. En ocasiones, la persona puede darse cuenta antes de la experiencia física y emocional de ansiedad que de sus expectativas negativas.

El grado de peligro percibido y ansiedad provocado por las distintas situaciones depende, según los casos, de una serie de **dimensiones** de las mismas tales como formalidad, estructura (el que las reglas sociales definidas sean más o menos claras), duración, ocurrencia anticipada o más o menos improvisada, características de los otros (medida en que se les conoce, nivel socioeconómico, atractivo físico, sexo, edad, educación, nivel de autoridad, estado civil, nivel de experiencia en la materia de que se trate), reacciones de los otros, número de personas presentes y probabilidad de contacto futuro. Otras dimensiones importantes a la hora de hablar en público son disponibilidad o no de notas, estar sentado o de pie, posibilidad de ser preguntado, presencia o no de

mobiliario (mesa, atril).

Las expectativas negativas y la ansiedad anticipatoria suelen conducir a la **evitación** de las situaciones temidas, ya sea de un modo total o exponiéndose a las mismas, pero sin implicarse en ellas: acudir a una fiesta, pero permanecer en un rincón; hablar siempre con la misma persona conocida; hablar con alguien sin mirarle, hacer muchas preguntas, pero dar poca información sobre sí mismo. Estos comportamientos, y en general todos aquellos tendentes a prevenir o minimizar las supuestas consecuencias negativas (comportamientos como beber alcohol, llevar gafas oscuras, agarrar fuertemente los objetos, mantener rígido el cuerpo, hablar poco), se conocen con el nombre de **conductas defensivas o de búsqueda de seguridad**.

La conducta de evitación y las conductas defensivas **previenen o reducen la ansiedad** a corto plazo, de modo que **la persona cree que evita o minimiza la ocurrencia de consecuencias aversivas** (crítica, rechazo, humillación, perder el control, manifestar ansiedad delante de otros). Sin embargo, dichas conductas también **mantienen las expectativas negativas**, ya que la persona atribuye la no ocurrencia de las consecuencias temidas a la evitación o a las conductas defensivas. Además, algunas de estas últimas pueden tener **otros efectos negativos** como los siguientes, los cuales contribuyen a mantener las expectativas negativas sobre la propia actuación.

- **Aparecer como menos cordial y amable** (p.ej., si no se mira a los ojos o se habla poco) y, por tanto, favorecer respuestas similares por parte de los demás.
- **Atraer la atención hacia la propia ansiedad**. Es más fácil que los demás se den cuenta del nerviosismo de uno cuando no mira o que se fijen más en uno cuando se tapa la cara que cuando se pone rojo.
- **Interferir con la actuación**. Por ejemplo, a una persona que ensaya mentalmente lo que dirá a continuación o compruebe lo que acaba de decir le resulta mucho más difícil seguir la conversación con el otro, lo que, a su vez, le lleva a parecer más distante y menos amable. Esto puede reducir la probabilidad de que el otro quiera tener contactos futuros.
- **Exacerbar los síntomas temidos**. Así, un paciente que intenta controlar el temblor tensando los músculos del brazo y agarrando fuertemente los objetos es probable que agrave el temblor, minimice la libertad de movimientos y fortalezca sus creencias negativas. Asimismo, a un cliente con miedo a sudar que pega sus brazos contra el cuerpo, le sudarán más los sobacos.
- **Aumentar la atención selectiva hacia sí mismo** y reforzar la imagen negativa que los fóbicos sociales tienen de sí mismos.

Por otra parte, **la evitación de las situaciones hace que** sea más difícil afrontarlas la siguiente vez, reduce la confianza en uno mismo, fortalece la evitación como estrategia habitual, impide realizar actividades deseadas y dificulta la resolución del problema.

Si las situaciones temidas no se evitan (p.ej., la motivación inicial para entrar en ellas es más fuerte que la amenaza percibida) o no se pueden evitar, las expectativas negativas generan **ansiedad** (síntomas corporales, afectivos y cognitivos), **conductas defensivas** y una **atención selectiva** hacia los síntomas somáticos y autónomos de ansiedad (especialmente los visibles), cogniciones y emociones negativas, comportamiento propio erróneo y reacciones negativas de los otros o interpretadas como negativas; es probable que estas sean atendidas en un primer momento y evitadas después, o bien evitadas o reducidas ya desde el comienzo no mirando a los otros o mirándoles mucho menos (Chen et al., 2002). Al mismo tiempo, se dejan de percibir o se minusvaloran los logros propios y las reacciones positivas o neutrales de los demás. De este modo, **la atención se centra básicamente en uno mismo** (especialmente en los síntomas somáticos y autónomos) y en ciertas reacciones de los otros más que en la tarea que se tiene entre manos (dar la charla, p.ej.), en la interacción o en el compañero y sus reacciones positivas, lo cual dificulta la actuación social adecuada. Sin embargo, en algunos casos el fuerte deseo de dar una imagen posi-

tiva puede llevar a los fóbicos sociales a compensar la interferencia intentando, por ejemplo, concentrarse en la tarea, emplear autoinstrucciones de calma y de revalorización y/o ver algo más objetivamente la probabilidad y gravedad de las consecuencias temidas.

A partir principalmente de los síntomas autónomos y somáticos atendidos –especialmente los visibles (p.ej., sudor, temblor de voz)–, pero también de las emociones sentidas, los posibles errores propios detectados (p.ej., una frase considerada inadecuada o un pequeño bloqueo), determinadas reacciones percibidas de los otros (p.ej., fruncimiento de ceño, silencios, miradas, desacuerdo) e información almacenada en la memoria (experiencias previas en situaciones similares o en alguna situación que resultó especialmente impactante, retroalimentación previamente recibida de otros, imagen física de uno mismo), los fóbicos sociales van formándose una **impresión de cómo creen que son percibidos por los otros**. De este modo, asumen que el modo en que se sienten y perciben es el modo en que son percibidos; para ellos, sentirse humillados o fuera de control es ser humillados o estar visiblemente fuera de control y sentir que están sudando mucho equivale a que los demás se dan cuenta de que están sudando excesivamente. Sin embargo, esta **impresión, que suele ir acompañada de imágenes**, no es realista, sino que implica una exageración negativa de determinadas características o aspectos personales o de su importancia.

La **impresión formada**, la cual puede irse actualizando según va variando la información a la que se atiende, **va siendo comparada con las normas esperadas** que se presupone tienen los otros en la situación considerada; la discrepancia entre ambos aspectos determina la **probabilidad percibida de evaluación negativa** por parte de los otros y las **consecuencias sociales que se cree tendrá dicha evaluación**. Cuanto mayores percibe la persona esta probabilidad y consecuencias, mayor es la ansiedad resultante –con sus componentes somáticos (temblores), autónomos (sudoración, sonrojamiento), afectivos (miedo, inquietud) y cognitivos (dificultades para pensar)– y más se facilitan sus conductas defensivas; tanto los componentes de la ansiedad como las conductas defensivas vuelven a ser centro de la atención selectiva. Como la probabilidad y consecuencias esperadas de la evaluación negativa van fluctuando en función de diversos factores (p.ej., retroalimentación de los otros), la ansiedad también varía; esta fluctuación de la ansiedad es informada frecuentemente en las situaciones sociales.

Todo el proceso anterior implica una serie de **interpretaciones negativas y errores cognitivos**. Así, por ejemplo, los errores propios (incluso los pequeños), los síntomas de ansiedad y el comportarse diferentemente son vistos como signos de ineptitud y fracaso y como prueba de que se va a producir o se está ya produciendo una mayor o menor evaluación negativa y rechazo por parte de los demás. De este modo, independientemente de lo adecuada que sea la actuación social, el fóbico social hace interpretaciones en términos de fracaso en respuesta a señales sutiles y no atiende a lo que está sucediendo realmente en la situación. Esto puede explicar en parte por qué se mantiene la ansiedad social a pesar de una actuación social adecuada.

Uno puede preguntarse **por qué se mantiene este estilo de procesamiento disfuncional**. Dos posibles razones avanzadas por Clark y Wells (1995) son: a) En la mayoría de las situaciones sociales hay pocas señales que proporcionen información no ambigua sobre cómo nos ven los demás. Dado que los fóbicos sociales tienen una mayor necesidad de saber lo que los otros piensan de ellos, esto intensificará en ellos un fenómeno que también se da en mucho menor grado en las personas normales: basar en la percepción de sí mismo el cómo uno cree que le perciben los otros. b) Muchas de las acciones que pueden hacerse para obtener más información de cómo nos ven los demás (mayor contacto ocular, preguntar por las reacciones a lo que uno ha dicho o hecho, dar más información personal) son muy ansiógenas para los fóbicos sociales ya que consideran que aumentan el riesgo de evaluación negativa. Una posible tercera razón, es que cuando los fóbicos sociales reciben retroalimentación positiva por parte de los demás, tienden a descartarla por juzgar que les están engañando o siendo demasiado benevolentes.

La intensificación de las expectativas e interpretaciones negativas incrementa la ansiedad y mantiene o facilita las conductas defensivas, con lo cual puede dificultarse aún más la actuación social y aumentar las interpretaciones de fracaso social y de evaluación negativa. Aparece así una **actuación insatisfactoria** subjetiva (que implica normalmente una subvaloración de la propia actuación) y, muchas veces, también real (conversación sosa, bloqueos, incoherencias, voz temblorosa, menor cordialidad, etc.). En este último caso, y según los fallos cometidos, puede haber **reacciones menos cordiales o incluso negativas** por parte de los otros, a nivel verbal o no verbal, lo cual confirma aún más las expectativas negativas. Incluso algunas de estas reacciones puede producir un incremento de la ansiedad a un nivel puramente **preatencional**, como ya se comentó en el apartado de la génesis de la fobia social. En el caso de síntomas visibles como el rubor o temblor, los otros pueden reaccionar en ocasiones con comentarios puramente descriptivos (que pueden ser interpretados negativamente) o incluso con bromas o burlas.

La atención selectiva a la propia actuación insatisfactoria, subjetiva o real, y a las reacciones negativas de los otros agrava las expectativas negativas, la ansiedad y las conductas defensivas (incluido el escape). A la pobre actuación puede contribuir también un **déficit de habilidades sociales motoras** y las **dificultades para generar y seleccionar alternativas** eficaces de actuación. Estos déficits y dificultades pueden ser generales o, lo que parece mucho más frecuente, darse sólo en situaciones específicas. Además, pueden existir previamente a la fobia social o bien las habilidades haberse deteriorado como consecuencia de la evitación social persistente.

La actuación insatisfactoria, real o percibida, favorece no sólo un incremento de la ansiedad, sino también el **escape** o la **evitación sutil** (mediante conductas defensivas) de la situación. Esto produce un alivio temporal de la ansiedad, pero impide la invalidación de las expectativas negativas y puede influir negativamente en la propia actuación social y en las respuestas de los otros. De este modo, persisten o se fortalecen las expectativas negativas y la probabilidad de evitaciones futuras y se mantiene o incrementa el posible déficit de habilidades sociales. El **humor deprimido y las circunstancias estresantes** suelen agravar la fobia social, ya que intensifican las expectativas e interpretaciones negativas y la experiencia de ansiedad.

Clark y Wells (1995) han señalado que tras una interacción social, la ansiedad se reduce rápidamente puesto que ya no hay peligro. Pero muchas veces, debido a la propia naturaleza de las situaciones sociales, los fóbicos no reciben signos claros de aprobación social; de este modo, no es raro que **revisen la interacción en detalle (procesamiento post-acontecimiento)** y presten particular atención a aquello que procesaron más detalladamente durante la situación: sus síntomas de ansiedad y autopercepciones negativas. En consecuencia, **terminan viendo la interacción como mucho más negativa de lo que realmente fue**. Esto, por una parte, ocasiona una sensación de vergüenza que persiste tras la reducción de la ansiedad; y, por otra, se añade a la lista de fracasos previos, los cuales serán recordados previamente a los eventos sociales subsecuentes, además de contribuir al mantenimiento de las expectativas negativas. De este modo, previamente a un evento social tiene lugar un **procesamiento anticipatorio** en el que los pensamientos se ven dominados por el recuerdo de fracasos pasados y por predicciones negativas.

Las **consecuencias negativas más frecuentes de la fobia social** son peor rendimiento laboral y académico si el trabajo o los estudios exigen la implicación en situaciones sociales o actuaciones en público, menor probabilidad de graduarse en la universidad y de desempeñar ciertos trabajos o puestos laborales, menos contactos sociales, menos amigos, menores probabilidades de establecer relaciones íntimas y de casarse o permanecer casado (40-50% de solteros, separados o divorciados), menores ingresos y nivel socioeconómico, y abuso/dependencia de sustancias (alcohol, ansiolíticos, tabaco). También pueden aparecer conflictos con la pareja respecto a la participación en actividades sociales y limitación de los contactos sociales de los hijos y preocupación por ello. Las consecuencias negativas del trastorno son mayores cuando la fobia social es de tipo generalizado; y son mayores aún si hay asociado un trastorno de personalidad evitativa u otra

psicopatología comórbida (Katzelnick et al., 2001; Safren et al., 1997).

No son raros los estallidos repentinos de **cólera**, especialmente con las personas más íntimas; estos estallidos son fruto de la tensión y resentimiento acumulados y de la evaluación negativa percibida, y hacen que la persona se sienta después ansiosa y culpable. El fóbico social generalizado tiende a ser **ignorado por los demás**, aunque, en ocasiones, algunas personas se aprovechan de ellos y otras refuerzan sus conductas de sumisión o evitación. Finalmente, los fóbicos sociales presentan, como grupo, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, humor deprimido, ideación suicida y, si hay comorbilidad, intentos de suicidio y suicidio. De todos modos, **otros fóbicos sociales no tienen una mala opinión de sí mismos**, sino que creen que los otros les juzgan negativamente. Las consecuencias negativas, las cuales son más frecuentes y/o intensas en la fobia social generalizada en comparación a la circunscrita y también si hay comorbilidad con otros trastornos, pueden conducir a buscar ayuda para reducir o eliminar el problema.

De acuerdo con Wittchen y Beloch (1996, citado en Bobes, 1998), el 47,7% de 65 fóbicos sociales sin comorbilidad presentaron un deterioro grave o significativo en su calidad de vida, según el SF-36, en comparación con el 4,5% de los sujetos control. Además, la productividad laboral durante la semana anterior, según el Reilly Work Productivity and Impairment Questionnaire, fue más baja en el grupo de fobia social: mayor desempleo, horas perdidas de trabajo debido a la ansiedad social y deterioro en el rendimiento laboral. Safren et al. (1997) también hallaron una menor calidad de vida en los fóbicos sociales en comparación a un grupo normativo. Además, esta calidad de vida fue menor aún en aquellos con trastorno de personalidad evitativa.

EVALUACIÓN

Las **finalidades básicas** de la evaluación son: a) Especificar los problemas del paciente y sus determinantes y repercusiones de cara a formular una hipótesis explicativa y diseñar un programa de tratamiento adecuado. Hay que examinar no sólo la fobia social, sino también otros posibles problemas asociados tales como depresión, otros trastornos de ansiedad y abuso/dependencia de sustancias. b) Valorar los resultados que se van consiguiendo durante la intervención y tras la misma, de modo que, de ser preciso, puedan introducirse los cambios necesarios. Si se desea, la información obtenida puede ser empleada también para establecer un diagnóstico formal.

Los métodos e instrumentos empleados son variados y se comentarán a continuación aquellos directamente relacionados con la ansiedad y fobia social. Se aconseja que se utilicen la entrevista, algunos cuestionarios, autorregistros y algún sistema de observación. Estas medidas pueden ser complementadas con cuestionarios para evaluar la ansiedad generalizada, el humor deprimido y el consumo de alcohol (véase, p.ej., Echeburúa, 1995). Hay que hacer notar que la información presentada es aplicable básicamente a adultos. Posibles fuentes de referencia para la evaluación de la fobia social son Antony, Orsillo y Roemer (2001), Bados (2001a), Beidel y Turner (1998), Bobes, González et al. (1998), Bobes et al. (1999), Bobes et al. (2002), Caballo et al. (2005), Clark et al. (1997), Echeburúa (1993b, 1995), Heimberg y Becker (2002, cap. 6), Heimberg et al. (1995, caps. 9-11) y Muñoz et al. (2002). Para niños, pueden consultarse Álvarez et al. (1990), Heimberg et al. (1995, cap. 16), Michelson et al. (1983/1987), Monjas (2000) y Sandín (1997). En la población infantil, la timidez excesiva, las escasas relaciones con los compañeros, la ansiedad ante los exámenes y el rechazo escolar pueden ser indicativos de una posible fobia social.

ENTREVISTA

La entrevista es uno de los procedimientos fundamentales a utilizar con los clientes que soli-

citan ayuda clínica. Sin embargo, conviene tener en cuenta que la **situación de entrevista puede ser muy ansiógena para un fóbico social**, el cual puede no acudir o tomar alcohol o tranquilizantes para animarse. Durante la entrevista puede darse evitación del contacto visual, rubor, dificultad para expresar ciertas opiniones, etc. Por todo ello, es importante enfatizar más de lo habitual el logro de una buena relación terapéutica, logro que debe predominar sobre la obtención de información. Aspectos que pueden ayudar son no tener prisa a la hora de hacer preguntas o pedir respuestas, intervenir si se nota que la persona se siente mal durante un silencio, reducir la proximidad física, adaptar el empleo de otras conductas no verbales (mirada, gestos...) al paciente, y, si este se siente muy incómodo, cambiar de preguntas abiertas a cerradas o cambiar las preguntas directas por frases que reflejen (“debe usted pasarlo muy mal cuando...”) o soliciten información de forma no interrogativa (“me gustaría saber más sobre esto”). Todo esto es más importante al principio de la terapia, pero no conviene que esta sea “completamente segura”, ya que se impide así la observación y exploración de los miedos del paciente.

En la entrevista debe obtenerse información sobre los **apartados** que se mencionan a continuación. Ejemplos de preguntas para los seis primeros pueden consultarse en Bados (2001a).

- Situaciones temidas y evitadas. Conviene emplear una estrategia de reconocimiento, ya que si no, muchas no serán identificadas. Por ejemplo, una persona puede consultar simplemente por fobia a hablar en público y una buena entrevista revelar que teme y evita también otras situaciones sociales. Incluso algunos pacientes requieren un tiempo para llegar a darse cuenta de la verdadera extensión de su problema.
- Conductas problemáticas a nivel cognitivo (p.ej., expectativas de ridículo o rechazo), motor (p.ej., evitación, bloqueos, estrategias defensivas) y autónomo (p.ej., palpitaciones, rubor).
- Condiciones que agravan o reducen el problema (p.ej., número, sexo y estatus de las otras personas y grado en que se las conoce).
- Antecedentes y consecuentes (externos e internos) de las conductas problemáticas. En las personas que viven con sus padres, el estilo educativo de la familia y la presencia de trastornos de ansiedad en los progenitores pueden contribuir al mantenimiento del problema. También la pareja puede reforzar las conductas de evitación.
- Variables orgánicas o características personales que pueden influir sobre dichas conductas (p.ej., introversión, normas perfeccionistas, creencias).
- Interferencia del problema en el área personal y en la vida social, académica y/o laboral del cliente.
- Exploración adicional de la vida social e interpersonal (contactos sociales en general, amigos, familia de origen, pareja/hijos, relaciones laborales, intereses y aficiones actuales).
- Historia del problema.
- Intentos previos y actuales realizados para superar el problema y resultados logrados.
- Motivación, expectativas y objetivos del cliente.
- Recursos y limitaciones del cliente.
- Otros problemas que pueda presentar el cliente.
- Comportamiento y habilidades sociales durante la entrevista.

Un modelo de entrevista diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)** de Brown, DiNardo y Barlow (1994). Esta entrevista dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico. Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. En todos estos casos, la evaluación puede hacerse sólo en el presente o también en el pasado, según el modelo de entrevista que se emplee de los dos existentes. También se incluyen unas pocas preguntas de cribado sobre sín-

tomas psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección aborda la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico y la historia médica del cliente. Finalmente, se incluyen las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión. La sección de fobia social de la ADIS-IV puede consultarse en Botella, Baños y Perpiñá (2003).

Una adaptación de la entrevista anterior para niños y adolescentes es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-C)** de Silverman et al. (1996, citado en Sandín, 1997). La **Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes** de Angold et al. (1995, citado en Sandín, 1997) permite evaluar todos los trastornos psicopatológicos. Otras entrevistas estructuradas para niños, que al igual que las dos anteriores incluyen versiones para padres, son comentadas por Sandín (1997). Caso de emplear algún tipo de entrevista estructurada, se recomienda hacerlo una vez concluida la entrevista clínica inicial.

Una entrevista centrada en la evaluación de las **habilidades sociales** puede encontrarse en Caballo (1993). Jehu con Gazan y Klassen (1988, apéndice E) presentan una breve **Entrevista para la Evaluación de la Asertividad**. Con relación a la primera de estas dos entrevistas y a las medidas de autoinforme de las habilidades sociales en general, conviene tener en cuenta que no se están evaluando realmente habilidades sociales o comportamiento social, sino las percepciones subjetivas de las personas sobre sus habilidades y comportamientos sociales.

CUESTIONARIOS Y AUTOINFORMES

Se comentarán a continuación aquellos más útiles y con mejores propiedades psicométricas. Primero, se presentarán los cuestionarios generales relacionados con la fobia social. Luego, los centrados en situaciones sociales determinadas. En tercer lugar, los autoinformes referidos al miedo y actuación justo antes o durante una situación social temida. Y por último, los inventarios de la discapacidad producida por la fobia social.

Cuestionarios generales relacionados con la fobia social

Se describirán primero varios cuestionarios estandarizados y después cuestionarios individualizados, esto es, contruidos a medida para cada paciente. No hay datos sobre la fiabilidad y validez de estos últimos, pero son recomendables como medidas complementarias, ya que están adaptados a los problemas del cliente.

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*; Watson y Friend, 1969). Consta de 30 ítems, con formato de respuesta verdadero/falso y pretende medir el componente cognitivo de la ansiedad social. Presenta las siguientes limitaciones: ítems repetitivos e imprecisos, respuestas dicotómicas, no discriminación entre distintos trastornos de ansiedad (salvo fóbicos específicos) y evaluación no sólo de aspectos cognitivos, sino también de ansiedad. Sin embargo, es sensible al cambio terapéutico y parece predecir la mejora a largo plazo. Aunque hay debate respecto a lo aconsejable de su uso, algunos recomiendan su empleo, ya que el miedo a la evaluación negativa es una característica de la fobia social y una disminución en su puntuación parece estar asociada con una mejora clínicamente significativa. Sin embargo, por sus ventajas psicométricas, se recomienda emplear la versión abreviada que se describe a continuación (Rodebaugh et al., 2004, Weeks et al., 2005). El FNE puede consultarse en Botella, Baños y Perpiñá (2003), Caballo (2005), Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y Echeburúa (1995).

Leary (1983) ha seleccionado 12 ítems del FNE y ha cambiado el formato de respuesta por una escala de 1 (nada característico en mí) a 5 (muy característico en mí); la correlación con la escala original es 0,96, por lo que puede emplearse en su lugar. Además, dada su brevedad puede

aplicarse periódicamente para ir evaluando el progreso en el tratamiento; si se desea, puede cambiarse el tiempo verbal de los ítems y de las instrucciones para hacer referencia a la semana anterior. Esta **Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa** (*Brief Fear of Negative Evaluation Scale, BFNE*) puede consultarse en Botella, Baños y Perpiñá (2003) y Comeche, Díaz y Vallejo (1995); y en inglés en la fuente original y en Heimberg y Becker (2002, cap. 6). Las propiedades psicométricas de la BFNE han sido estudiadas por Weeks et al. (2005) y Gallego et al. (2007). El instrumento presenta dos factores, uno formado por todos los ítems directos y el otro, por los inversos; sólo el primero tiene buenas propiedades psicométricas, quizá porque los ítems inversos dan lugar a dobles negativos al contestarlos y generan confusión. Así pues, se recomienda usar sólo la puntuación derivada de los ítems directos. Otra posibilidad es convertir los ítems inversos en directos, como han estudiado Carleton et al. (2006); esto da lugar al **BFNE-II**, el cual es unifactorial.

Escala de Malestar y Evitación Social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*; Watson y Friend, 1969) Consta de 28 ítems, con formato de respuesta verdadero/falso. Catorce ítems evalúan el malestar subjetivo en situaciones sociales y otros 14 la evitación o deseo de evitación de las situaciones sociales. Pueden calcularse tres puntuaciones: total, ansiedad social y evitación social. Entre sus limitaciones pueden mencionarse ítems repetitivos e imprecisos, respuestas dicotómicas y posibilidad de que mida sólo malestar general. Sin embargo, es sensible al cambio terapéutico. Esta escala no parece discriminar entre distintos grupos diagnósticos, incluidos los fóbicos sociales (Turner et al., 1987, citado en Taylor y Arnow, 1988). Esta escala ha sido validada en castellano por Bobes, Badía et al. (1999). Puede consultarse en este artículo y en Bobes, González et al. (1999), Bobes et al. (2002), Botella, Baños y Perpiñá (2003), Caballo (2005), Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y Echeburúa (1995).

Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). Es el cuestionario de fobia social mejor estudiado y tiene excelentes propiedades psicométricas, por lo que resulta muy recomendable. Consta de dos subescalas: fobia social (32 ítems) y agorafobia (13 ítems). De estos 45 ítems, 21 tienen múltiples subítems, por lo que el cuestionario tiene realmente 109 ítems. Los ítems valoran en una escala 1-7 la frecuencia con la que la persona se siente ansiosa en diversas situaciones sociales o, en un par de ellas, escapa o las evita, de modo que en muchas situaciones se distingue si la interacción es con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto o gente en general. Además, unos pocos ítems hacen referencia a cogniciones, sensaciones y reacciones conductuales en situaciones sociales o al anticipar las mismas. De este modo, este cuestionario es mucho más específico que los anteriores, especialmente en las situaciones, emplea un formato de respuesta más amplio y es útil de cara a la planificación del tratamiento. En contrapartida, es largo y algo engorroso de corregir.

Pueden obtenerse tres puntuaciones: fobia social, agorafobia y diferencia entre ambas. Esta última puntuación permite discriminar mejor entre fobia social y agorafobia cuando se sospecha de la presencia de esta última, pero la primera puntuación parece suficiente para el resto de los casos. Una puntuación de diferencia de 60 indica posible fobia social, mientras que una de 80 discrimina a los fóbicos sociales de aquellos con otros trastornos de ansiedad. En la subescala de fobia social se han identificado cinco factores en adultos anglosajones (interacción individual, síntomas somáticos y cognitivos, interacción grupal, evitación y foco de atención) y cuatro en adolescentes españoles (interacciones sociales, síntomas cognitivos y somáticos, foco de atención, evitación/escape). El inventario puede consultarse en Botella, Baños y Perpiñá (2003) y en Echeburúa (1995), y en inglés en Heimberg y Becker (2002, cap. 6). Olivares et al. (1999) presentan datos normativos para adolescentes españoles.

Inventario de Ansiedad y Fobia Social - 23 (*Social Phobia and Anxiety Inventory-23, SPAI-23*; Roberson-Nay et al., 2007). Se trata de una versión abreviada del SPAI que consta sólo de 23 ítems y es mucho más rápido de corregir. Presenta dos subescalas: fobia social (16 ítems) y

agorafobia (7 ítems); sólo uno de los ítems (el de pensamientos desagradables) presenta subítems. Los ítems valoran en una escala 1-7 la frecuencia con la que la persona se siente ansiosa en diversas situaciones sociales; además, un ítem hace referencia a los pensamientos tenidos en una situación social. Pueden obtenerse tres puntuaciones: fobia social, agorafobia y diferencia entre ambas. Esta última puntuación permite discriminar mejor entre fobia social y agorafobia cuando se sospecha de la presencia de esta última.

García López et al. (2008) han desarrollado también una forma breve del SPAI para adolescentes, el cual tiene 16 ítems y puede ser especialmente útil como medida de cribado.

Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAIC*; Beidel, Turner y Morris, 1995; Beidel, Turner y Fink, 1996). Pensado para niños de 8 a 14 años, sus 26 ítems miden síntomas somáticos, conductuales y cognitivos de la ansiedad y fobia social en diversas situaciones sociales; la escala de respuesta es una escala de frecuencia que va de 0 a 2. Dieciocho de los ítems requieren respuestas múltiples; por ejemplo, algunos presentan subítems que permiten evaluar la ansiedad según ciertas características de la persona con la que se interactúa (iguales conocidos, iguales desconocidos, adulto). Se han identificado cinco factores: asertividad, conversación general, síntomas físicos y cognitivos, evitación y actuación o desempeño en público. Una puntuación de 18 a más se considera problemática. Al igual que el anterior, este es un instrumento que proporciona información clínica útil de cara al tratamiento. Además, permite diferenciar entre fóbicos sociales y niños con trastornos de externalización (disocial, de oposición, de déficit de atención). En comparación con la Escala de Ansiedad Social para Niños - Revisada, el otro cuestionario infantil mejor investigado, el Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños evalúa la fobia social y no sólo la ansiedad social, es más específico y más útil de cara a planificar el tratamiento; en contrapartida, requiere más tiempo. Existe también un Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Adolescentes (Clark et al., 1994).

Escala de Fobia Social (*Social Phobia Scale, SPS*; Mattick y Clarke, 1998). Sus 20 ítems, valorados en una escala de intensidad de 0 a 4, intentan evaluar el miedo a ser observado por otros, en particular al llevar a cabo ciertas actividades: hablar, escribir, firmar, comer, beber o trabajar en público, usar los lavabos públicos, entrar en una situación donde ya hay gente sentada y viajar en transportes públicos. Está pensada para ser aplicada conjuntamente con la SIAS (véase más abajo). Aunque correlaciona altamente con esta, hay pacientes que puntúan alto en una de las dos escalas, pero no en la otra. Una puntuación de 24 o más indica una ansiedad social grave. Esta escala y la siguiente pueden consultarse en Bados (2001a) y Caballo (2005) y en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*; Mattick y Clarke, 1998). Sus 19 ítems, valorados en una escala de intensidad de 0 a 4, intentan evaluar la ansiedad experimentada al interactuar con otras personas, lo cual supone ajustar el propio comportamiento al de los demás. Una puntuación de 34 o más indica una ansiedad social grave. Un análisis factorial de esta escala (con la versión inicial de 20 ítems que incluía el ítem número 5 “me resulta fácil hacer amigos de mi edad”) y la anterior ha puesto de manifiesto dos factores, uno por escala (Olivares, García López e Hidalgo, 2001), o tres factores (Safren, Turk y Heimberg, 1998): ansiedad ante la interacción (17 ítems de la presente escala), ser observado por otros (11 ítems de la escala anterior) y miedo a que los otros noten los síntomas de ansiedad (5 ítems de la anterior escala). Siete ítems cargaron en más de un factor. Es posible que estos tres factores representen diferentes aspectos de un factor de orden superior: ansiedad social. Por otra parte, Rodebaugh et al. (2007) han puesto de manifiesto que los ítems inversos de la escala son problemáticos (parecen más relacionados con extraversión que con ansiedad social) y aconsejan emplear sólo los ítems directos. La SIAS, aplicada junto con la SPS, no facilita tanta información como el Inventario de Ansiedad y Fobia Social, pero proporciona puntuaciones separadas de distintos aspectos de la ansiedad social (miedo al escrutinio, ansiedad ante la interacción). Por ello, el

uso de ambas escalas de Mattick y Clarke es una buena alternativa al Inventario de Ansiedad y Fobia Social, pero su empleo conjunto con este último es redundante.

Inventario de Fobia Social (*Social Phobia Inventory, SPIN*; Connor et al., 2000). Consta de 17 ítems valorados en una escala de intensidad de 0 a 4. Seis de los ítems evalúan miedo a diversas situaciones sociales, siete evalúan evitación de situaciones sociales y cuatro, malestar fisiológico. Puede calcularse una puntuación total y subpuntuaciones de miedo, evitación y malestar fisiológico, aunque un análisis factorial exploratorio ha identificado 5 factores: miedo y evitación de hablar con desconocidos y de reuniones sociales, miedo y evitación de la crítica, perturbación por los síntomas psicofisiológicos, miedo y evitación de las figuras de autoridad, y evitación de ser el centro de atención y de hablar en público. Una puntuación total de 19 o más es útil para identificar casos clínicos. El instrumento puede consultarse en Bobes, González et al. (1999) y Bobes et al. (2002).

A partir del SPIN se ha desarrollado el **Mini-SPIN**, que consta de los tres ítems (6, 9 y 15) que han mostrado alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. Una puntuación mayor o igual a 6 en estos tres ítems detecta trastorno de ansiedad social con una eficiencia del 90%.

Inventario de Fobia Social (*Social Phobia Inventory, SoPhI*; Moore and Gee, 2003). Pretende evaluar a través de 21 ítems la ansiedad social siguiendo los criterios del DSM-IV. En los 10 primeros la persona valora en una escala de frecuencia de 1 a 5 su nivel de respuesta (ansiedad, evitación, miedo al azoramiento o humillación, interferencia) cuando se encuentra en una situación social o espera actuar delante de otros. En los últimos 11 ítems valora la frecuencia con que se siente ansiosa en distintas situaciones sociales. La escala es unifactorial. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Escala de Conductas de Seguridad en la Fobia Social (*Social Phobia Safety Behaviours Scale; SPSBS*; Pinto-Gouveia, Cunha y Salvador, 2003). Evalúa con qué frecuencia, de 1 a 4, se utilizan 17 conductas de seguridad en las situaciones sociales temidas. Además hay dos líneas en blanco para que la persona pueda añadir otras conductas defensivas que considere relevantes. Dos de los 17 ítems fueron añadidos posteriormente al estudio de la escala y no han sido evaluados. Este cuestionario no incluye conductas defensivas para pacientes con miedo a sudar y sonrojarse. Los ítems del instrumento pueden consultarse en la fuente original.

Escala de Creencias y Pensamientos Sociales (*Social Thoughts and Beliefs Scale, STABS*; Turner et al., 2003). A través de sus 21 ítems trata de evaluar la presencia de diversas cogniciones patológicas en personas con fobia social. La persona debe valorar de 1 a 5 en qué medida cada pensamiento o creencia es característico de ella cuando se encuentra en una situación social o la anticipa (para la puntuación total se suman todas las respuestas y se resta 21). Se han encontrado dos factores altamente correlacionados: comparación social (creencias de que los demás son más competentes) e incompetencia social (creencias de que uno actuará torpemente o aparecerá ansioso delante de los demás. Se echa a faltar en el cuestionario más ítems referidos a la anticipación de consecuencias temidas. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Valoración de las Preocupaciones Sociales (*Appraisal of Social Concerns, ASC*; Telch et al., 2004). A través de sus 20 ítems valorados de 0 a 100 aborda el componente cognitivo de la fobia social de un modo más amplio que el FNE. Evalúa el grado en que una persona está preocupada por la ocurrencia de amenazas anticipadas en situaciones sociales: reacciones negativas de los otros, signos de ansiedad vistos por los otros, no causar una buena impresión. En universitarios ha presentado tres subescalas: evaluación negativa (9 ítems), síntomas observables (8 ítems) e impotencia social (3 ítems). En una muestra clínica se han hallado sólo dos factores, aunque similares a los anteriores: preocupaciones sobre la evaluación negativa y el rechazo, y preocupaciones sobre síntomas físicos (Schultz et al., 2006). El instrumento puede consultarse en la fuente original.

nal.

Índice de Cambio de la Ansiedad Social Sesión por Sesión (*Social Anxiety Session Change Index, SASCI*; Hayes et al., 2008). Es un autoinforme de 4 ítems que se administra antes de cada sesión y en el que el paciente evalúa, en comparación al inicio del tratamiento, cómo se encuentra en cuatro aspectos: ansiedad social, evitación social, preocupación por decir/hacer cosas embarazosas o humillantes o por ser evaluado negativamente e interferencia de la ansiedad social en la vida laboral/académica y social. Cada ítem es valorado en una escala de siete puntos (1 = mucho menos que al comienzo del tratamiento, 4 = igual, 7 = mucho más). Es una medida breve, fácil de administrar y corregir, que permite evaluar los cambios producidos de sesión a sesión (y, por tanto, adoptar las medidas oportunas en caso necesario) y que correlaciona de forma moderada o alta con otras medidas de ansiedad. El SASCI informa sobre el progreso logrado, pero no sobre el estado final de funcionamiento.

Escala de Ansiedad Social para Niños - Revisada (*Social Anxiety Scale for Children-Revised, SASC-R*; La Greca y Stone, 1993). Está pensada para niños a partir de 8 años. Consta de 18 ítems y cuatro de relleno, valorados de 1 a 5 según la frecuencia con que son aplicables para cada persona. Se han identificado tres factores relacionados con la ansiedad social en el niño: a) miedo a la evaluación negativa (8 ítems), b) evitación/malestar social referidos a situaciones nuevas o a iguales desconocidos (6 ítems), y c) evitación/malestar social en general (4 ítems). Una versión en castellano, con los 18 ítems principales valorados de 1 a 3, puede consultarse en Sandín (1997, pág. 193).

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A*; La Greca y Lopez, 1998). Es una adaptación para adolescentes de la Escala de Ansiedad Social para Niños - Revisada en la que el término “otros chicos” ha sido sustituido por “compañeros”, “otros” o “gente”; y el término “jugar con” por “hacer cosas con”. Consta de 18 ítems y cuatro de relleno, valorados de 1 a 5 según el grado en que el adolescente los considera verdaderos en su caso. Se han identificado tres factores relacionados con la ansiedad social en el adolescente: a) miedo a la evaluación negativa (8 ítems), b) evitación/malestar social referidos a situaciones nuevas o a iguales desconocidos (6 ítems), y c) evitación/malestar social en general (4 ítems). Los ítems pueden consultarse en castellano en Olivares et al. (2005).

Por lo que respecta a las **medidas individualizadas**, pueden comentarse las siguientes:

Cuestionario de Conductas-Objetivo (Echeburúa, 1995). Se trata de un cuestionario individualizado en el que el cliente especifica cinco conductas que le gustaría realizar normalmente y que supondrían una mejora significativa en su vida cotidiana. Para cada conducta, califica su grado de dificultad (1-10), la medida en que la evita (1-6) y el miedo que le produce (1-6). Bados (2000) presenta otra versión con calificaciones de autoeficacia, evitación y temor (de 0 a 8). Las conductas objetivo no tienen por qué constituir una jerarquía.

Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas. Se han utilizado jerarquías de 5, 10 ó 15 ítems –que deben estar específicamente definidos– y escalas de puntuación de 0-8, 0-10 ó 0-100 para valorar la ansiedad producida por cada situación y el grado en que se evita la misma. Es importante que los ítems elaborados sean representativos de las diferentes situaciones temidas por el cliente, sean pertinentes para este y cubran los diferentes niveles de ansiedad (Katerelos et al., 2008). Ejemplos pueden verse en Albano, DiBartolo et al. (1995), Heimberg y Becker (2002, pág. 144) y Katerelos et al. (2008).

Cuestionario del Estado de la Ansiedad Social (CEAS; Bados, 2001a). Está inspirado en la Escala de Calificación de la Fobia Social de Wells (1997), pero a diferencia de esta, se concibe



como un instrumento individualizado en el que las situaciones, conductas defensivas y pensamientos que figuran son aquellos pertinentes a cada paciente en particular (en la **tabla 2** puede verse un ejemplo). Es un cuestionario muy útil de cara a guiar el tratamiento, ya que proporciona información semanal de lo perturbadora que es la ansiedad social del cliente, del grado en que evita las situaciones temidas, de dónde dirige la atención en dichas situaciones, de la frecuencia de uso de las conductas defensivas y del grado en que sigue creyendo en sus pensamientos negativos cuando está ansioso. Puede consultarse en Bados (2001a). Un cuestionario similar es presentado por Botella, Baños y Perpiñá (2003).

Cuestionarios centrados en situaciones sociales determinadas

Inventario de Aserción (*Assertion Inventory, AI*; Gambrill y Richey, 1975). Consta de 40 ítems. Para cada ítem o actividad, la persona debe indicar el grado de inquietud o ansiedad (1-5) respecto a responder asertivamente y la probabilidad (1-5, donde 5 = nunca lo hago) de hacer o llevar a cabo la conducta asertiva caso de encontrarse en la situación. Además, el cliente indica las situaciones en que querría actuar más asertivamente. Puede resultar complejo de contestar y correlaciona fuertemente con deseabilidad social. Puede consultarse en Bas y Andrés (1994), Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y Kelly (1982/1987). Un cuestionario similar es el Inventario de Situaciones Interpersonales (*Inventory of Interpersonal Situations, IIS*; van Dam-Baggen y Kraaimaat, 1999).

Escala de Asertividad (*Rathus Assertiveness Scale, RAS*; Rathus, 1973). Evalúa asertividad a través de 30 ítems que se puntúan de -3 (muy poco característico en mí) a +3 (muy característico en mí) sin incluir el cero. No hay ítems referidos a sentimientos positivos como el amor, el afecto y la aprobación. Puede consultarse en Bados (2000), Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y en Echeburúa (1995).

Análisis de Afirmación Personal (*Personal Assertion Analysis, PAA*; Hedlund y Lindquist, 1984, citado en Corcoran y Fischer, 2000). Evalúa el grado de conducta pasiva, agresiva y asertiva de una persona; esta valora lo que haría en una situación, no lo que siente o piensa. Consta de 30 ítems que describen los tres tipos de comportamientos en diversas situaciones y la persona debe contestar en una escala de 1 (justo lo que yo haría) a 4 (no lo haría en absoluto) en qué medida su comportamiento es similar al descrito. Presenta tres factores: conducta pasiva (10 ítems), agresiva (10 ítems) y asertiva (10 ítems); puntuaciones más bajas indican mayor grado de estos tipos de respuesta. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000).

Escala de Conducta Asertiva Infantil (*Children's Assertive Behavior Scale, CABS*; Michelson y Wood, 1982). Pensada para niños a partir de 9 años, sus ítems pueden ser escritos asimismo en tercera persona para que pueda ser contestada también por padres o maestros. Consta de 27 ítems sobre temas como hacer y recibir cumplidos, iniciar conversaciones, recibir críticas, expresar empatía, hacer quejas, pedir favores, decir "no", pedir explicaciones, etc. Cada ítem tiene cinco breves afirmaciones que corresponden a respuesta muy pasiva (-2), pasiva (-1), asertiva (0), agresiva (+1) y muy agresiva (+2), aunque no se sigue este orden de presentación. Pueden calcularse tres puntuaciones: pasiva, agresiva y no asertiva, la cual es la suma en términos absolutos de las otras dos. A partir de esta puntuación no asertiva, se calcula el porcentaje de respuestas asertivas (véase Michelson et al., 1983/1987). El instrumento puede consultarse en Michelson et al. (1983/1987) y, en inglés, en la fuente original. [El instrumento presentado en Ballester y Gil (2002) mezcla ítems de la versión para niños con ítems de la versión para padres o maestros.]

Informe Personal de Confianza como Orador (*Personal Report of Confidence as a Speaker, PRCS*; Paul, 1966). Evalúa las respuestas afectivas, cognitivas y conductuales del miedo a hablar en público. Consta de 30 ítems valorados verdadero/falso y referidos a la charla más re-

ciente, aunque su redacción gramatical hace pensar más en una medida de tipo rasgo que de tipo estado. El instrumento original puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y una versión con escala de respuesta de 1 (completamente de acuerdo) a 6 (completamente en desacuerdo) y haciendo referencia al miedo a hablar en público en general, en Bados (1995, 2001b).

Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) aplicaron esta última versión a 799 estudiantes de 16 a 18 años y estudiaron sus propiedades psicométricas. Como resultado han propuesto una versión abreviada con seis ítems positivos y seis negativos. Este **PRCS-12** correlaciona muy alto con el PRCS (0,87) y presenta dos factores débilmente correlacionados (-0,29): seguridad/disfrute al hablar en público y miedo a hablar en público. Méndez, Inglés e Hidalgo (2004) han estudiado las propiedades psicométricas del PRCS-12, han confirmado su estructura bifactorial y presentan datos normativos por sexo y edad para 788 adolescentes de 12 a 17 años.

Inventario de Rasgo de Miedo a Hablar en Público (*Trait Speech Anxiety Inventory, TSAI*; Lamb, 1972). Consta de 28 ítems valorados en una dimensión de frecuencia con una escala de 1 a 4 y mide el miedo a hablar en público que una persona siente en general. Puede consultarse en Bados (1991).

Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público (*Self-Statement during Public Speaking Scale, SSPSS*; Hofmann y DiBartolo, 2000). Evalúa según una escala de 0 a 5 en qué medida una persona considera representativos de sí misma cinco pensamientos positivos y cinco negativos en situaciones de hablar en público. Según análisis factoriales en muestras clínicas y no clínicas, presenta dos subescalas: pensamientos positivos y pensamientos negativos. La segunda subescala, pero no la primera, es sensible a los efectos del tratamiento psicológico. Se requieren más estudios para determinar si el cuestionario mide sólo cogniciones o también aspectos afectivos. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Inventario de Pensamientos relacionados con la Ansiedad al Hablar en Público (*Speech Anxiety Thoughts Inventory, SATI*; Cho, Smits y Telch, 2004). Evalúa cogniciones disfuncionales que se tienen al hablar en público y considera una mayor gama de cogniciones que el SSPSS. Consta de 23 ítems o pensamientos valorados de 1 a 5 según el grado en que se cree en los mismos. Presenta dos factores: predicción de una mala ejecución (p.ej., “mi charla será incoherente”) y miedo a la evaluación negativa por parte del auditorio (p.ej., “será terrible si la gente nota que estoy ansioso”). Por el momento no ha sido estudiado en muestras clínicas.

Inventario de Interacciones Heterosexuales (*Survey of Heterosexual Interactions, SHI*; Twentyman y McFall, 1975, citado en Caballo, 1993). Evalúa la capacidad para desenvolverse en interacciones con personas de distinto sexo, aunque tal como está redactado este cuestionario es útil sólo para hombres. Consta de 4 preguntas generales sobre la frecuencia de citas con el sexo opuesto y 20 ítems más, cada uno de los cuales es puntuado en una escala de 7 puntos según el grado en que el cliente se considera capaz de interactuar con la persona del otro sexo en la situación considerada. Puntuaciones más altas indican más competencia heterosocial o menos evitación heterosocial. Puede consultarse en Kelly (1982/1987) y, en inglés, en Corcoran y Fischer (2000).

Inventario de Interacciones Heterosexuales para Mujeres (*Survey of Heterosexual Interactions for Females, SHIF*; Williams y Ciminero, 1978, citado en Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). Es una forma paralela del Inventario de Interacciones Heterosexuales. Consta de 5 preguntas generales, cuatro sobre la frecuencia de citas con chicos y una sobre el atractivo físico en comparación a la gente de la misma edad. La segunda parte está formada por 20 situaciones de interacción heterosexual y la habilidad para manejarse en ellas debe valorarse según una escala de 1 (incapaz de establecer la comunicación) a 5 (máxima capacidad para establecer la comunica-

ción). Puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Inventario de Evaluación Heterosocial para Mujeres (*Heterosexual Assessment Inventory for Women, HAIW*; Kolko, 1985, citado en Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). Consta de 12 situaciones extraídas de las tres principales categorías de dificultades heterosociales en mujeres universitarias: salir con un hombre, comenzar una conversación e iniciar algún tipo de contacto físico o sexual. En cada situación la mujer debe evaluar en una escala de 1 a 9 cada una de las siguientes dimensiones: probabilidad de realizar la conducta heterosocial descrita, ansiedad que experimentaría al realizarla, habilidad para llevarla a cabo, influencia de su atractivo físico en dicha situación y respuesta esperada del hombre (interés/desinterés, agrado/desagrado). Se obtienen cinco puntuaciones correspondientes a las cinco dimensiones mencionadas. Puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Autoinformes referidos al miedo y actuación justo antes o durante una situación social temida

Existen **autoinformes y cuestionarios más situacionales** referidos al miedo y actuación justo antes o durante una situación social temida, ya sea en la vida real o en un test conductual. Entre ellos se encuentran los siguientes:

Inventario de Estado de Ansiedad (*State-Trait Anxiety Inventory, A-State, STAI-S*; Spielberger et al., 1983). Los 20 ítems de la forma Estado pueden emplearse para preguntar al cliente cómo se ha sentido en una situación determinada; para ello emplea una escala de intensidad de 1 (nada) a 4 (mucho). Este cuestionario no considera explícitamente los aspectos somáticos y conductuales de la ansiedad. El instrumento ha sido publicado por TEA en su versión de 1970 (con escalas que van de 0 a 3) y puede consultarse también en Echeburúa et al. (1995). Existe una versión para niños (Spielberger, 1973, citado en Echeburúa, 1993b) también publicada por esta editorial.

Termómetro de Miedo (*Fear Thermometer*). Se trata de una escala de 0 a 10 ó de 1 a 10 en la que el primer número indica ausencia de miedo y el último, un miedo extremo; una versión ha sido la escala de unidades subjetivas de ansiedad o alteración (USAs), la cual va de 0 a 100. También se han empleado otros sistemas como líneas horizontales o verticales para marcar en ellas, un termómetro dibujado con varios niveles diferenciados por color o caras que expresan desde ausencia a miedo a miedo máximo. El termómetro de miedo, en cualquiera de sus versiones, ha sido frecuentemente empleado en uno o más momentos a lo largo de los tests de evitación o aproximación conductual para evaluar la ansiedad media, la máxima o ambas. La persona necesita ser entrenada en el uso del mismo, pidiéndole que piense en situaciones específicas y personalmente relevantes que correspondan a ciertos puntos de la escala; por ejemplo, 25, 50, 75 y 100 en la escala de USAs.

Autocalificación por parte del cliente en una escala de 0 a 10 **de su actuación** en la situación considerada. La idea es similar a la del termómetro de miedo, pero evaluando la propia actuación.

Inventario de Estado de Miedo a Hablar en Público (*State Speech Anxiety Inventory, SSAI*; Lamb, 1972). Consta de 23 ítems calificados de 1 a 4 en una dimensión de intensidad y mide el miedo experimentado al dar una charla en particular. Puede consultarse en Bados (1991).

Cuestionario de Autoverbalizaciones en Interacciones Sociales (*Social Interaction Self-Statement Test, SISST*; Glass et al., 1982). Evalúa la frecuencia de pensamientos positivos y negativos en situaciones de interacción heterosocial. Consta de 30 ítems en los que hay que valo-

rar de 1 a 5 la frecuencia con que se ha tenido cada pensamiento mencionado antes y durante una interacción con una persona del sexo opuesto. De sus dos subescalas, la de pensamientos negativos predice más fiablemente la ansiedad y conducta social. En ocasiones el SISST se ha utilizado no como una medida de estado, en referencia a una situación social que se acaba de experimentar, sino como una medida de rasgo en la que la persona valora la frecuencia con la que tiene cada pensamiento en interacciones heterosociales típicas o tras imaginar que participa en una situación heterosocial imaginada que ha acabado de leer. El cuestionario puede consultarse en Caballo (1993, 2005) y en Comeche, Díaz y Vallejo (1995). Botella, Baños y Perpiñá (2003) presentan: a) una traducción referida a gente en general en vez de a una persona del sexo opuesto y b) una modificación del cuestionario para ser contestado tras dar una charla.

Cuestionario de Autoverbalizaciones Asertivas (*Assertiveness Self-Statement Test, ASST*; Schwartz y Gottman, 1976, citado en Corcovan y Fischer, 2000). Evalúa la frecuencia de pensamientos positivos y negativos en situaciones sociales recientes de rechazo de peticiones. Consta de 32 ítems en los que hay que valorar con una escala de 1 a 5 la frecuencia con que se ha tenido cada pensamiento. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000).

Cuestionario Revisado de Autoverbalizaciones Asertivas (*Assertion Self-Statement Test-Revised, ASST-R*; Heimberg et al., 1983, citado en Corcoran y Fischer, 2000). Evalúa la frecuencia de pensamientos positivos y negativos tenidos en situaciones sociales recientes. Consta de 24 ítems en los que hay que valorar con una escala de 1 a 5 la frecuencia con que se ha tenido cada pensamiento. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000).

Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público (*Self-Statement During Public Speaking Scale, SSPSS*; Hofmann y DiBartolo, 2000). Aunque concebido como una medida tipo rasgo, tal como se explicó antes, pueden modificarse sus instrucciones para que hagan referencia a una charla que se acaba de dar.

Cuestionarios de discapacidad

Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (*Sheehan Disability Inventory, SDI*; Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj, 1996, citado en Bobes et al., 1998a, Bobes, Badía et al., 1999 y Bobes, González et al., 1999). Consta de 5 ítems valorados de 0 a 10, excepto el último que lo es de 0 a 100. Los tres primeros evalúan respectivamente la disfunción producida por los síntomas en el trabajo, vida social y vida familiar/responsabilidades domésticas. El cuarto valora el estrés percibido (las dificultades en la vida producidas por eventos estresantes y problemas personales), y el quinto, el apoyo social percibido o el grado de apoyo recibido de personas allegadas con relación al apoyo necesitado. Este cuestionario ha sido validado en castellano por Bobes, Badía et al. (1999) y puede consultarse en Bobes et al. (1998, 2002).

Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz (Liebowitz, 1987, citado en Bobes et al., 1998a y Bobes, González et al., 1999). Sus 11 ítems, valorados de 0 a 3, evalúan el grado en que los problemas emocionales impiden realizar determinadas acciones: beber con moderación, evitar medicamentos no prescritos, estar de buen humor, avanzar en los estudios, mantener un trabajo, tener buenas relaciones con la familia, tener relaciones románticas/íntimas satisfactorias, tener amigos y conocidos, dedicarse a aficiones, cuidado de personas y de la casa, y desear vivir y no pensar en el suicidio. El paciente debe contestar cada ítem en referencia primero a las dos últimas semanas y segundo a lo largo de la vida o la vez que peor estuvo. Puede consultarse en Bobes et al. (1998a).

Cuestionario de Interferencia. Pueden emplearse diversas escalas (0-5, 0-8, 0-10, etc.) en las que la persona valora la interferencia producida por sus problemas en su vida en general y/o la

interferencia en áreas más específicas tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. Ejemplos de estas escalas pueden verse en Bados (2000) y Echeburúa (1995). Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) presentan datos normativos para su Escala de Inadaptación, en la cual la persona valora de 0 a 5 la medida en que sus problemas actuales afectan a su vida en general como a áreas más concretas (trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar). El punto de corte que maximiza la sensibilidad y especificidad es 12 para la escala en su conjunto y 2 (correspondiente a la respuesta “poco”) para los ítems individuales.

Hay que tener en cuenta que estos cuestionarios podrían estar midiendo no sólo la discapacidad producida por el trastorno de interés, sino también por otros trastornos presentados por los clientes.

ESCALAS DE CALIFICACIÓN CLÍNICA

Requieren la realización de una entrevista y la calificación de diversos ítems por parte de un clínico. Algunos autores recomiendan su uso para recoger información no proporcionada por los cuestionarios.

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*; Liebowitz, 1987, citado en Bobes et al., 1998a). Concebida como una escala heteroaplicada, puede emplearse también como autoinforme. Consta de 24 ítems que miden tanto la ansiedad (0-3) como la evitación (0-3) asociadas a diversas situaciones sociales durante la última semana; la correlación entre ansiedad y evitación es muy alta. Trece ítems corresponden a ansiedad de rendimiento (ejecución de conductas delante de los demás) y 11 a ansiedad social (ansiedad en situaciones de interacción social); como cada ítem recibe una calificación para miedo y otra para evitación, aparecen cuatro subescalas. Pueden obtenerse así cuatro puntuaciones; también pueden calcularse puntuaciones globales de miedo y evitación y una puntuación global general (30 o más indica una ansiedad social grave). Sin embargo, se ha encontrado una solución factorial distinta a las de las subescalas propuestas y que incluye interacción social, hablar en público, ser observado y comer/beber en público (Oakman et al., 2003; Safren et al., 1999). En una muestra española también se han encontrado cuatro factores que no han reproducido el modelo teórico general.

La Escala de Ansiedad Social no contiene ítems que evalúen síntomas cognitivos y fisiológicos asociados con la fobia social. Esta escala ha sido validada en castellano por Bobes, Badía et al. (1999). Puede consultarse en este artículo y en Bobes et al. (1998a), Bobes, González et al. (1999), Bobes et al. (2002) y Echeburúa (1995). En inglés, en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y Heimberg et al. (1995, cap. 9). Las instrucciones para la escala de autoinforme, así como datos normativos para ambas versiones, pueden consultarse en Fresco et al. (2001). Hope, Heimberg y Turk (2006) presentan la escala de autoinforme y la forma de corrección. Zubeidat, Salinas y Sierra (2008) presentan la escala en castellano con datos normativos para adolescentes. Existe también la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz para Niños y Adolescentes (Masia-Warner et al., 2003).

AUTORREGISTRO

Es útil que los autorregistros incluyan, además del día y la hora, **aspectos** como los siguientes: a) situación, b) ansiedad (0-100), c) pensamientos tenidos, d) conducta realizada, e) respuestas de los demás, y f) satisfacción con la propia actuación (0-100) y lo que gustaría haber hecho. El autorregistro puede limitarse sólo a cierto tipo de situaciones. Asimismo, puede ser simplificado

en función del nivel de comprensión y motivación del cliente. Así, según los casos, pueden emplearse sólo las dos o tres primeras columnas. En el contexto del tratamiento, Caballo (1993) presenta un modelo en el que el paciente sólo debe apuntar cada día el número de veces que ha llevado a cabo las conductas que se quieren potenciar (p.ej., iniciar y mantener conversaciones, hacer cumplidos, expresar su opinión, etc.). Para el diseño de autorregistros en niños de 8 a 12 años, puede verse Beidel, Neal y Lederer (1991).

Otro modelo de autorregistro es el de Clark (1989), el cual incluye seis columnas además de la fecha: a) situación que lleva a la emoción desagradable (qué se estaba haciendo o que se estaba pensando en general); b) emoción/es experimentada/s e intensidad de la/s misma/s (0-100); c) pensamientos específicos que preceden a la emoción [una alternativa es preguntar también por los pensamientos que intensifican la emoción] y grado de creencia (0-100) en los mismos; y – durante el tratamiento– d) pensamientos alternativos y grado de creencia en los mismos; e) creencia en los pensamientos negativos originales y tipo y grado de la/s emoción/es subsecuente/s; y f) acciones emprendidas o a emprender. El autorregistro propuesto por Wells (1997) es similar. Las tres primeras columnas son iguales, en la cuarta se apuntan los pensamientos alternativos y se valora la creencia en los pensamientos automáticos originales (en vez de en los pensamientos alternativos) y en la quinta columna se anota el tipo y grado de la emoción subsecuente y las acciones emprendidas o a emprender.

En Echeburúa (1995, págs. 78-81) pueden verse varios **modelos de autorregistro**: Registro de situaciones evitadas, registro de tareas de exposición, registro de cogniciones y registro de tareas de exposición y de cogniciones. Por lo que respecta al **autorregistro para el miedo a hablar en público**, se le puede pedir al cliente que intente realizar en su medio natural algunas intervenciones en público y que anote, por ejemplo, la siguiente información: fecha, descripción de la situación y tipo y duración de la intervención, nivel de ansiedad antes y durante, pensamientos tenidos, calificación de la actuación, reacciones de los demás, y lo que hubiera podido mejorar.

Para que un paciente complete adecuadamente los autorregistros, necesita ser **entrenado** al respecto. Mediante las debidas instrucciones (verbales y escritas), modelado y retroalimentación, el cliente debe demostrar que sabe completar bien el autorregistro a partir de un par de ejemplos simulados o recordados antes de que se le pida que lo emplee en su medio natural. Creer que sólo con instrucciones los pacientes realizarán bien los autorregistros es una suposición normalmente desacertada. Un problema frecuente con los autorregistros es que muchos clientes **olvidan completarlos**. **Medidas** para minimizar esto son: a) justificar adecuadamente la necesidad del autorregistro; b) adaptar la complejidad del autorregistro a la comprensión y motivación del paciente; c) revisar los autorregistros al principio de cada sesión y graficar los datos en diversos momentos de la terapia para que el paciente observe su progreso; d) hacer preguntas retrospectivas específicas, de modo que el cliente vea que sin un autorregistro adecuado no las puede contestar debido a fallos de memoria; e) proporcionar pequeñas recompensas por completar el autorregistro en el caso de los niños; f) permitir que los niños completen los registros no cada día, sino de forma intermitente.

OBSERVACIÓN

La observación puede realizarse en situaciones naturales, artificiales y simuladas. La primera tiene lugar en el medio natural del cliente. En la segunda, se recrea en la consulta de un modo real, aunque artificial, una situación similar a la que se da en el medio natural (p.ej., dar una charla). En la tercera, se pide al cliente que actúe en situaciones que simulan a aquellas que se dan en su medio natural (p.ej., mantener una discusión con un colaborador que hace el papel de encargado de la empresa donde trabaja). Las dos últimas serían las más fáciles de emplear en la clínica habitual, aunque hay que reconocer la dificultad de hacerlo. A continuación, se expondrán estos tres tipos

de observación y luego las medidas que pueden obtenerse de la misma.

Observación en situaciones naturales

La manera más práctica de llevarla a cabo es pedir a familiares, amigos y/o conocidos del cliente que observen a este en una o más situaciones previamente especificadas y que registren o califiquen una serie de aspectos prefijados más o menos específicos (mirada, volumen de voz, entonación, expresión de opiniones propias, autorrevelaciones, actitud de escucha, ansiedad manifestada, actuación global, etc.). Si la situación lo permite y el terapeuta tiene tiempo, puede acompañar al cliente a alguna de estas situaciones y observar a distancia.

Este tipo de observación también puede llevarse a cabo con más facilidad relativa con pacientes internados, con niños en la escuela y con familias en el hogar. El terapeuta también puede observar cómo el cliente interactúa con él, con personal administrativo de la clínica, con otras personas que estén esperando y, una vez comenzado el tratamiento, con el resto del grupo, si la intervención es grupal.

Observación en situaciones artificiales

En algunos casos se ha empleado un procedimiento de *engaño*. Al cliente al que se va a evaluar no se le dice ni que se le va a observar ni que la persona con la que va a interactuar es una colaboradora del terapeuta. Por ejemplo, una persona con ansiedad heterosexual puede estar en la sala de espera al lado de otra persona que es en realidad una colaboradora del terapeuta. Una manera de evitar el engaño es pedir permiso al cliente para observarle, pero sin que sepa cuándo será ni en qué situación. Otra opción sería que el terapeuta organizara alguna fiesta, reunión o encuentro social en el que la conducta del cliente pudiera ser observada.

En el caso del **miedo a hablar en público**, un cliente puede dar o intentar dar sin notas una **charla de unos 5 o, mejor, 10 minutos, sobre un tema previamente asignado y preparado con tiempo suficiente, ante un grupo de al menos 2-3 personas en la consulta y responder a un par de preguntas** formuladas por estas. Esta charla puede ser grabada en vídeo para que luego pueda analizarse la actuación del cliente; si la grabación no pudiera realizarse, podrían emplearse las valoraciones de las personas presentes durante la charla. **Variantes** de este procedimiento son dejar sólo 3-5 minutos para preparar un tema asignado, dar al cliente la opción de elegir uno de tres temas propuestos o dejarle elegir y preparar el tema con antelación; esto último es útil cuando se quieren reducir los elementos ansiógenos de la situación y medir habilidad. Conviene decir al paciente que intente hablar durante todo el tiempo que se le ha pedido, aunque puede poner fin a la charla en cualquier momento caso de experimentar un malestar excesivo.

Beidel et al. (1989) han propuesto y estudiado otra forma de evaluación que consiste en dar una **charla cuasi-improvisada ante tres personas**. Se le dan cinco posibles temas al cliente (p.ej., energía nuclear, castigo corporal en la escuela), se le dice que puede hablar de hasta 3 de ellos durante una charla de 10 minutos y se le dejan 3 minutos de preparación. Se le dice además que es necesario que hable al menos durante 3 minutos, pero que es preferible que hable los 10 minutos; sin embargo, también se le comunica que puede poner fin a la charla en cualquier momento, una vez pasados los 3 minutos, caso de experimentar un malestar significativo.

Observación en situaciones simuladas

Aunque existen varios tests conductuales con situaciones predeterminadas (véase Caballo,

1993), parece aconsejable **individualizar las situaciones** a simular. También es útil dejar un tiempo para que el **cliente se prepare en la imaginación** para cada situación, de modo que sea más fácil que se meta en el papel y sus respuestas sean más válidas. En la observación bajo condiciones de simulación se hace un muestreo de una serie de situaciones problemáticas para el cliente que se representan en vivo con la ayuda de colaboradores y con el mayor realismo posible.

En la observación bajo condiciones de simulación **siempre hay** a) una explicación de la situación, b) el/los comentario/s del interlocutor, y c) la/s respuesta/s del cliente. **La conducta del interlocutor puede estar más o menos estructurada:**

- **Estructuración alta.** El comentario o comentarios del interlocutor están planeados de antemano. Ejemplo: Se supone que el cliente ha estado trabajando sin descanso en un proyecto a entregar al final del día, mientras que sus compañeros que le tenían que ayudar llevan media hora conversando. El cliente se levanta a tomar un café y entonces el jefe se acerca y le dice: *"A ver si dejamos de perder el tiempo y hacemos el trabajo"*. (Respuesta del cliente.) Con situaciones tan cortas como la anterior puede muestrearse un gran número de ellas, pero se pierde el flujo de interacción recíproca extensa propio de las situaciones naturales. De aquí que sea conveniente muestrear interacciones más amplias (4-5 minutos) y preparar, por tanto, más comentarios por parte del interlocutor (independientes de las contestaciones de cliente).

Un ejemplo de esto último lo proporcionan McFall y Lillesand (1971, citado en Bernstein y Nietzel, 1980/1988). Un estudiante está preparando bajo presión de tiempo un examen que será el viernes por la tarde. Un amigo íntimo (el interlocutor) le pide que vaya el viernes por la mañana a tomarle los apuntes de una clase en la que va muy mal, ya que sus padres le han pagado un billete de avión para que vaya a verlos. El estudiante no tiene dicha clase. El interlocutor le dice si le hará ese favor. A partir de aquí, si el estudiante se niega o se sigue negando tras cada nueva petición, el interlocutor tiene pautada la siguiente secuencia de comentarios:

a) Supongo que estoy medio loco por esperar que lo hagas, pero tengo muchas cosas que hacer para preparar el vuelo y no quiero perder el tiempo pidiéndoles el favor a otras personas. Venga, ¿me harás este favor sólo por esta vez? b) Mira, ¿para qué sirven los amigos si no se ayudan cuando están en apuros? Yo te haría el favor si tú me lo pidieras. ¿Qué dices, lo harás? c) Estaba seguro de que lo harías. Será horrible si tengo que llamar a mis padres para decirles que no voy. ¿No puedes dedicar sólo una hora para ayudarme? d) (Con tono sarcástico) Mira, no quiero ponerme por encima de tu precioso tiempo. Sólo dime una cosa, ¿lo harás o tendré que llamar a mis padres?

- **Estructuración media.** Muchas situaciones no van a permitir estructurar de antemano los comentarios del interlocutor sin que se cree una sensación de artificialidad. En estos casos, se limita la conducta del interlocutor, pero se le deja también un margen de manobra. Por ejemplo, en el caso de un cliente con instrucciones para iniciar y mantener una conversación, podría decirse al interlocutor que deje que la iniciativa la tome el cliente, que no hable más de 20 segundos seguidos, que no pregunte a no ser que pregunte el cliente, que diga algo tras un silencio de 30 segundos, que no sonría ni asienta frecuentemente, que no dé respuestas desagradables, etc. Aquí también las interacciones más largas son preferibles a las cortas.
- **Estructuración nula.** El interlocutor responde libremente, sin tener pautas marcadas. El problema es que si el interlocutor se apodera de la situación, será difícil evaluar las habilidades del cliente. Esta falta de estructuración puede ser más útil en la observación bajo

condiciones artificiales (pedir a un adolescente y a su padre que se sienten en una habitación y comiencen a hablar de un tema determinado) o naturales (observar la conversación anterior en casa de los clientes).

En la observación bajo condiciones de simulación pueden darse al cliente uno o más de **tres tipos diferentes de instrucciones**:

- Pedirle que **responda tal como lo hace o lo haría** en la situación correspondiente. El comportamiento del cliente puede coincidir con el que ocurre en su medio natural, pero esto no tiene por qué ser necesariamente así. De hecho, muchas personas actúan de forma más autoafirmativa en situaciones simuladas, probablemente porque están representando un papel y no hay consecuencias reales.
- Pedirle que **responda tal como querría hacerlo**. Esto proporciona información sobre las metas del cliente y puede permitir decidir si hay o no déficit de habilidades, aunque no necesariamente. Por ejemplo, un adolescente que ha reaccionado con sumisión ante la persona que hace de profesor bajo el primer tipo de instrucciones, reacciona con agresividad al responder como querría hacerlo. En este caso, no está claro si posee o no las correspondientes conductas asertivas.
- Pedirle que **responda tan apropiadamente como él cree** que lo haría una persona competente o del modo que él considera más adecuado, teniendo en cuenta el objetivo a conseguir, el cual se especifica. Esto permite saber realmente lo que el cliente es capaz de hacer, independientemente de que lo haga o no en la vida real. Es la forma de evaluar habilidades y no sólo ejecución, suponiendo que la simulación ha suscitado sólo una ansiedad mínima.

Medidas que pueden obtenerse mediante observación

Durante la observación o, más frecuentemente, durante el visionado en vídeo de la grabación realizada en situaciones artificiales o simuladas, se **registran** las respuestas verbales y no verbales oportunas del cliente. Esto puede hacerse de dos formas básicas: a) Mediante **medidas objetivas** (p.ej., duración de la mirada, número de perturbaciones del habla), las cuales suponen la utilización de observadores entrenados, por lo que suelen resultar inviables en la práctica clínica. b) Mediante **calificaciones por jueces** tanto de distintos aspectos más o menos específicos de la actuación (p.ej., interés del contenido frente a contenido en general, mirada frente a aspectos no verbales) como de la actuación global del cliente y de la ansiedad global manifestada.

A través de la observación, pueden realizarse evaluaciones moleculares, molares y de nivel intermedio; estas dos últimas parecen las más adecuadas en la clínica. Las **evaluaciones molares** son calificaciones subjetivas sobre aspectos muy generales (actuación global, asertividad; suelen emplearse también pares de adjetivos contrapuestos como gratificante-no gratificante, cordial-distante, ansioso-relajado, pasivo-activo, etc.) que no señalan específicamente lo que está haciendo bien o mal la persona, pero indican cómo afecta su conducta a los demás. Las **evaluaciones de nivel intermedio** son calificaciones que presentan un mayor nivel de especificidad que las anteriores y son más útiles de cara al tratamiento. Ejemplos son las calificaciones de volumen, contacto ocular, interés del contenido, etc. Por lo que respecta a las **evaluaciones moleculares** consisten en mediciones objetivas de aspectos muy concretos, tales como duración de los silencios y latencia de respuesta.

Problemas con este último enfoque, además de su mayor coste son: a) el impacto social viene determinado no por la frecuencia o duración de una conducta, sino por la integración de una serie

de conductas en interacción con las de la otra parte en la relación; b) no se ha establecido qué elementos moleculares constituyen una determinada conducta molar; c) no se sabe cómo se relacionan entre sí los elementos moleculares para dar lugar a un comportamiento social habilidoso. Algunas de estas críticas pueden hacerse también extensivas al segundo tipo de evaluación.

Entre las **medidas observacionales objetivas** más empleadas se encuentran el porcentaje de tiempo que una persona habla durante una interacción, la duración de la charla, el porcentaje del tiempo de la charla que el cliente permanece en silencio y la Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución de Paul (1966). Esta enumera 20 supuestos síntomas de ansiedad cuya presencia o ausencia es registrada durante intervalos sucesivos de 30 segundos. Los 20 síntomas son:

Caminar de un lado a otro, balancearse, arrastrar los pies, temblor de rodillas, movimientos extraños de brazo y mano (balanceo, rascarse, *jugueteo*), brazos rígidos, manos refrenadas (en los bolsillos, detrás de la espalda, cruzadas), temblor de manos, ausencia de contacto visual, músculos faciales tensos (tensión, tics, muecas), cara sin expresión, cara pálida, sonrojamiento, humedecerse los labios, tragar saliva, aclararse la garganta, respirar fuertemente, sudoración, temblor de voz y bloqueos de la charla o tartamudeos.

Por otra parte, existen versiones de la Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución en las que los jueces califican de 0 a 9 o de 0 a 10 en intervalos sucesivos de un minuto o al final de la interacción diversas manifestaciones de ansiedad y hacen también una estimación global de ansiedad (Granell de Aldaz, comunicación personal; Mulac y Sherman, 1974).

Las **medidas observacionales de calificación** (molares o de nivel intermedio) se obtienen a partir de jueces que pueden estar entrenados al respecto o bien no entrenados si se desean calificaciones con mayor validez social. **Ejemplos** de estas medidas son: a) calificación mediante escalas tipo Likert de aspectos vocales: volumen, entonación, fluidez, velocidad, pausas, pronunciación, tiempo de habla, latencia de respuesta; b) calificación de aspectos no verbales: mirada, gestos, expresión facial (incluida la sonrisa), orientación, postura, distancia, movimiento, apariencia; c) calificación de aspectos verbales tales como interés del contenido, flujo de la conversación, autorrevelaciones y manifestaciones asertivas; d) calificación global de la actuación y e) calificación global de la ansiedad manifiesta, calificación que es más precisa si se hace en vivo que a través de una grabación de vídeo. Ejemplos de sistemas de calificación de componentes no verbales, paralingüísticos (vocales) y verbales pueden verse en Caballo (1993) y Fydrich et al. (1998). Otros ejemplos de sistemas de evaluación pueden consultarse en Kelly (1982/1987). Por otra parte, **Escalas de Evaluación de Charlas** que contemplan múltiples aspectos pueden verse en Bados (2001b) y Botella, Baños y Perpiñá (2003).

Fydrich et al. (1998) han desarrollado la **Escala de Calificación de la Actuación Social** (*Social Performance Rating Scale*), una escala de cinco ítems (mirada, calidad vocal, duración de la intervención, malestar y flujo de la conversación), cada uno con cinco puntos de anclaje muy bien detallados y especificados. La puntuación que se calcula es la suma de las cinco calificaciones. La escala está pensada para ser aplicada a conversaciones en vivo o grabadas en vídeo entre dos personas, ya sea en una situación real artificial o en una situación simulada (iniciar y mantener una conversación con una persona del sexo opuesto en una cena). Es necesario entrenar a los calificadores y no se sabe si la escala sería tan fiable si fuera aplicada por calificadores menos entrenados. Las propiedades psicométricas de la escala son buenas, aunque faltan datos sobre su fiabilidad test-retest y su validez concurrente con calificaciones de actuación social hechas por los compañeros de los pacientes en su medio natural.

La evaluación de la adecuación de las respuestas depende muchas veces de los juicios del propio terapeuta (y de sus colaboradores) y del cliente. Sin embargo, lo ideal sería extraer estos

juicios de la población a la que pertenece el cliente y del medio en que se mueve. De lo contrario, **conductas que pueden ser muy útiles en los contextos en que el terapeuta se mueve, pueden ser ineficaces o incluso perjudiciales en el ambiente del cliente**. Por ello, conviene, como mínimo, tener en cuenta al respecto las opiniones de las personas allegadas del medio del cliente.

REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS

Finalmente, y aunque no se emplean en la práctica clínica, puede ser útil en el marco de una investigación la obtención de registros psicofisiológicos antes y/o durante la exposición a las situaciones temidas (p.ej., intervención en público). El **ritmo cardíaco**, el **nivel de conductividad de la piel** y la **sudoración digital** han sido las medidas más empleadas, aunque el nivel de tensión muscular, la tasa y profundidad respiratoria y las fluctuaciones espontáneas de la conductividad de la piel pueden ser también medidas interesantes en función del patrón fisiológico de respuesta de cada persona. Una medida que se puede tomar discretamente en el medio natural antes y durante la situación temida es el electrocardiograma registrado en cinta mediante un pequeño aparato que la persona lleva discretamente consigo. Otra medida fácil de tomar en el medio natural antes de la situación temida es el índice de sudoración digital, el cual se obtiene mediante una pequeña banda colocada alrededor del dedo índice. Un problema con las medidas psicofisiológicas es que tienen poca capacidad predictiva. Hoy por hoy, no merece la pena emplearlas como práctica habitual.

SIGNIFICACIÓN CLÍNICO-SOCIAL

Turner, Beidel y Wolff (1994) han presentado un **índice de mejora** de la fobia social que permite decidir en qué medida un paciente ha mejorado. Para ello, tienen en cuenta cinco medidas que cubren **varias áreas básicas**: ansiedad social general, gravedad global del trastorno, intensidad del miedo social primario, ejecución en una tarea conductual y ansiedad en esta tarea, la cual implica una situación de evaluación social. La 1ª, 3ª y 5ª de estas áreas se evalúan mediante autoinforme, la 2ª mediante calificación por parte de un clínico y la 4ª mediante observación. Las cinco medidas y los criterios de mejora son los siguientes:

- a) Diferencia entre la subescala de ansiedad y fobia social y la subescala de agorafobia del *Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)*. Amplitud teórica: -78 a 192. Reducción $\geq 20\%$.
- b) Calificación por parte de un evaluador independiente de la gravedad de la fobia social en la *Clinical Global Impression Scale*. Amplitud teórica: 1-7. Reducción ≥ 2 puntos.
- c) Autocalificación del grado de perturbación/incapacitación producido por el miedo social según el último ítem del *Fear Questionnaire*. Amplitud teórica: 0-8. Reducción ≥ 2 puntos.
- d) Duración en minutos de una charla de 10 minutos ante tres personas y preparada en tres minutos; se podía hablar de hasta tres temas sobre cinco propuestos. Aumento $\geq 50\%$.
- e) Autocalificación del malestar experimentado durante la charla de 1 = “completamente calmado y relajado” a 9 = “miedo o terror extremos”. Reducción ≥ 2 puntos.

Si uno de estos criterios no puede ser alcanzado debido a efectos de techo o suelo, entonces debe obtenerse la puntuación más alta o más baja para considerar satisfecho el criterio. Dando un punto por criterio alcanzado, se consideran tres **categorías de mejora**: nula o mínima (0-1 punto), moderada (2-3 puntos) y significativa (4-5 puntos). Este índice de mejora ha sido más sensible a los efectos del tratamiento que la calificación de 1 a 7 por parte de un evaluador independiente de la mejora de la fobia social en la *Clinical Global Impression Scale*. Por otra parte, el porcentaje o

magnitud absoluta de cambio en cada criterio de mejora fue fijado arbitrariamente. Aunque esto supuso para cada medida un cambio mayor que el conseguido por término medio por un grupo de placebo farmacológico, una alternativa hubiera sido establecer que se produjera un cambio estadísticamente fiable (p.ej., mediante el índice de cambio estadísticamente fiable de Jacobson y Truax, 1991).

Turner et al. (1993) han propuesto también un **índice de recuperación o estado final de funcionamiento** basado en las cinco medidas anteriores. Si se aplica un tratamiento, este índice es útil para decidir en qué medida un cliente alcanza un estado final de funcionamiento bajo, moderado o alto. El **punto de corte** en cada medida se calculó teniendo en cuenta el funcionamiento de un grupo de **personas sin trastornos psiquiátricos**. En concreto, una desviación típica a partir de la media de este grupo en la dirección de la disfuncionalidad sirvió como punto de corte en cada medida; es decir, un paciente que alcanzó o superó este punto de corte en la dirección de la funcionalidad en una medida recibió un punto. Los puntos de corte son respectivamente los siguientes para cada una de las cinco medidas descritas más arriba: a) ≤ 59 , b) ≤ 2 , c) ≤ 2 , d) $\geq 5,7$ y e) ≤ 5 . Dando un punto por criterio alcanzado, se establecieron las siguientes **categorías de estado final de funcionamiento**: elevado (4-5 puntos), medio (2-3 puntos) y bajo (0-1 puntos) (o bien, puede hablarse de pacientes totalmente, moderadamente y poco recuperados).

Al menos hay **tres problemas** con los criterios de recuperación:

- a) No se exige además que la persona haya hecho un cambio significativo en las medidas consideradas. Algunos pacientes satisfacen los puntos de corte sin haber mejorado significativamente porque ya estaban próximos a los mismos en el postratamiento o incluso ya los satisfacían en alguna/s de las medidas. Por tanto, debería pedirse una mejora significativa en la medida de interés y sobrepasar además el punto de corte. De lo contrario, se sobrestima el porcentaje de pacientes recuperados. Himadi, Boice y Barlow (1986) han expresado que los criterios de estado final de funcionamiento deben aplicarse sólo a los pacientes que responden o mejoran con el tratamiento para que así la consecución de un estado final de funcionamiento elevado quede ligada a los cambios durante el tratamiento y no a fluctuaciones aleatorias y mínimas en pacientes que estuvieran ya en el pretratamiento cerca de dicho estado final de funcionamiento.
- b) La muestra normativa utilizada para fijar los puntos de corte fue muy pequeña ($n = 21$).
- c) Los puntos de corte se calcularon a partir de una desviación típica de la media de un grupo de personas sin trastornos psiquiátricos. Este criterio es adecuado cuando las distribuciones de la población funcional y de la disfuncional no se solapan, pero cuando lo hacen, lo cual es bastante frecuente, un criterio más adecuado es el siguiente:

$$\text{Criterio de funcionalidad} = [(M_d \times DT_f) + (M_f \times DT_d)] / (DT_f + DT_d)$$

M_d y DT_d son la media y desviación típica de la población o grupo disfuncional y M_f y DT_f la media y desviación típica de la población o grupo funcional. Un cliente cuya puntuación postratamiento en la variable de interés vaya más allá del valor del criterio de funcionalidad en la dirección de la funcionalidad es más probable que pertenezca a la distribución de la población funcional que a la de la población disfuncional.

Naturalmente, otros índices son posibles, pero los propuestos por Turner y colaboradores tienen las ventajas de utilizar medidas con buenas propiedades psicométricas, cubrir diversos aspectos de la fobia social, emplear varias fuentes de información, basarse en datos normativos y haber sido estudiados empíricamente. Por otra parte, también hay varios **problemas** con las medidas propuestas: a) Se centran en la reducción de síntomas y no se incluye ninguna relativa al dete-

rioro o interferencia producido por el trastorno en diferentes áreas de la vida, o, más ampliamente, a la calidad de vida percibida o satisfacción con diversas áreas de la vida. Todavía no se ha demostrado que cumplir los criterios de significación clínica vaya acompañado por cambios en el medio natural de los pacientes. b) No se recaba la opinión de ninguna persona allegada. c) Existen dudas sobre cuán adecuado resulta emplear el criterio de duración de la charla (véase Turner et al., 1994). d) Aunque es un tema discutido, quizá sería más conveniente utilizar la puntuación directa de fobia social del SPAI en vez de la puntuación diferencial entre fobia social y agorafobia.

Por otra parte, aunque dar una charla es algo temido por todos los fóbicos sociales, para muchos puede no tener mucha trascendencia. Probablemente, sería mejor utilizar una jerarquía de 5 a 15 actividades temidas e individualizadas para cada paciente y pedir a este y a una persona allegada que valoraran el grado de ansiedad y/o evitación de las mismas. Además, podría pedirse al paciente que llevara o intentara llevar a cabo estas actividades y que valorara el grado de ansiedad experimentada.

Finalmente, uno puede preguntarse si puede considerarse recuperado a un paciente que cumple los criterios propuestos, pero sigue tomando medicación o recibiendo cualquier tipo de tratamiento para su problema.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

A continuación se expondrá el tratamiento de la fobia social como trastorno diferenciado de ansiedad. Sin embargo, existen **modelos transdiagnósticos de la ansiedad** que postulan una patología nuclear que subyace a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV y la CIE-10. Dentro de esta patología nuclear habría un factor específico de hiperactivación fisiológica y, compartido con la depresión, un factor general de afectividad negativa, esto es, una tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos tales como preocupación, ansiedad, miedo, alteración, enfado, tristeza y culpabilidad¹. Esta patología compartida, una comorbilidad entre trastornos de ansiedad mayor de la que sería esperable y la reducción de estos trastornos comórbidos al tratar sólo el trastorno principal hacen pensar que hay más similitudes que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad. Todo esto, junto con el hecho de que los programas cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, ha llevado a algunos autores a desarrollar diversos protocolos dirigidos cada uno de ellos a tratar múltiples trastornos de ansiedad (principalmente, fobias, pánico y ansiedad generalizada; con menor frecuencia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés post-traumático); de este modo, pueden tratarse en grupo a pacientes con diversos trastornos de ansiedad.

Los **programas transdiagnósticos** de tratamiento pueden incluir elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad (educación, incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, entrenamiento en conciencia emocional, relajación, reestructuración cognitiva, exposición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad). Según el metaanálisis de Norton y Philipp (2008), estos programas han logrado un alto tamaño del efecto pre-post ($d = 1,29$) que ha sido significativamente mayor que el de los grupos control ($d = 0,14$); además, las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Falta comprobar si el tratamiento en grupos con trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos homogéneos; de ser así, se facilitaría la aplicación y propagación de la terapia cognitivo-conductual.

¹ Mientras que una alta hiperactivación fisiológica caracterizaría a los trastornos de ansiedad, una baja afectividad positiva (o entusiasmo por la vida) sería típica de los trastornos depresivos.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Esta sección se centra exclusivamente en el tratamiento de la fobia social. De todos modos, dada la frecuente existencia de **comorbilidad**, es necesario llevar a cabo un análisis previo para decidir qué problemas conviene abordar y en qué orden. Allí donde coexista un problema más importante –como, por ejemplo, depresión grave, dependencia física de sustancias, abuso de sustancias que interfiere con la capacidad de procesamiento cognitivo o trastorno grave por estrés postraumático–, este tendrá que ser abordado primero o más o menos en paralelo. La presencia de otros trastornos, como el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada no impide el tratamiento de la fobia social, aunque es probable que se requieran intervenciones adicionales para dichos trastornos.

Varios son los **objetivos** que pueden perseguirse a la hora de tratar la fobia social (Bados, 2001a): a) aprender a establecer metas realistas en las interacciones sociales; b) corregir las expectativas, interpretaciones y valoraciones negativas y, en general, los errores cognitivos que contribuyen a incrementar o mantener la ansiedad; y modificar los supuestos en los que se basan estas cogniciones negativas; c) aprender a concentrarse en la tarea o interacción social en vez de en las sensaciones internas y pensamientos negativos; d) reducir significativamente las conductas de evitación y las conductas defensivas al tiempo que se potencian las interacciones sociales pertinentes; e) reducir significativamente la activación autonómica y somática o aceptar la misma cuando no se puede cambiar; f) reducir significativamente la ansiedad social tanto en las situaciones sociales temidas como al anticipar estas; g) aprender a comportarse habilidosamente en aquellas situaciones en las que la persona presenta déficits al respecto; h) reducir significativamente la interferencia producida por el trastorno. La idea no es *curar* totalmente al paciente, sino dotarle de unos recursos básicos que le permitan, tras haber conseguido un progreso notable en la terapia, seguir trabajando por su cuenta para incrementar y ampliar los cambios conseguidos.

A la hora de conseguir los objetivos anteriores se han empleado diversas intervenciones psicológicas cuya eficacia ha sido revisada por Barlow, Raffa y Cohen (2002), Beidel y Turner (1998), Botella, Baños y Perpiñá (2003), Echeburúa (1993b), Heimberg y Juster (1995), Hope, Holt y Heimberg (1993), Ponniah y Hollon (2008), Rodebaugh, Holaway y Heimberg (2004), Salaberría y Echeburúa (2003) y Turk, Heimberg y Hope (2001). Se cuenta además con los metaanálisis de Fedoroff y Taylor (2001), Feske y Chambless (1995), Gould et al. (1997), Méndez, Sánchez y Moreno (2001) y Taylor (1996).

Entre los tratamientos empleados se encuentran la exposición (en vivo y/o imaginal), el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento autoinstruccional y la relajación aplicada. Las técnicas más investigadas y **más eficaces** son la **exposición** (especialmente en vivo, pero también imaginal) –que puede incluir exposición simulada o ensayos de conducta en la sesión e incluye autoexposición en vivo (AEV) en el entorno natural–, la **reestructuración cognitiva combinada con exposición** y la **terapia cognitiva de Clark y Wells**.

La **exposición** ha sido superior a la lista de espera en varios estudios. La exposición ha sido superior al placebo farmacológico y al atenolol en un estudio, y a la autorrelajación en dos, aunque en estos dos últimos se combinó con estrategias de afrontamiento no especificadas y los principales análisis fueron hechos uniendo diversos tipos de fóbicos (sociales, específicos y agorafóbicos). Hay datos de que la **AEV sola suele ser menos eficaz que** cuando se combina con exposición **asistida por el terapeuta o por otras personas allegadas** (Al-Kubaisy et al., 1992; Feske y Chambless, 1995; Yang, Yang y Liu, 1999).

Aparte de en vivo, en la imaginación y mediante ensayos, la exposición puede llevarse a cabo

mediante **realidad virtual**. Con estudiantes con MHP esta exposición mediante realidad virtual se ha mostrado más eficaz que el no tratamiento (véase Krijn et al., 2004). Además, los resultados de Légeron et al. (2003; véase también Klinger et al., 2005) con fóbicos sociales generalizados sugieren que la exposición virtual combinada con reestructuración cognitiva y AEV es tan eficaz como la exposición simulada combinada con reestructuración cognitiva y AEV.

Heimberg et al. (1990; Heimberg y Becker, 2002; Hope y Heimberg, 1993; Turk, Heimberg y Hope, 2001) han desarrollado una **terapia cognitivo-conductual (TCC)** que ha sido mejor que la lista de espera en varios estudios. Además, ha sido superior a un placebo psicológico igualmente creíble (terapia educativa de apoyo: explicaciones/demostraciones/discusiones sobre temas pertinentes a la fobia social, discusión en grupo de las actividades de la semana anterior y de preocupaciones sobre acontecimientos ansiógenos venideros) en un estudio, a dos grupos placebo (farmacológico y psicológico) en otro trabajo y a una intervención de reducción del estrés basada en la conciencia plena. Además, aunque en un estudio fue menos eficaz que la fenelcina en algunas medidas en el postratamiento, resultó más eficaz en el seguimiento (los pacientes ya no recibían tratamiento). El programa de Heimberg se aplica individualmente (16 sesiones de 1 hora) o en grupo (12 sesiones de 2,5 horas) y consta de los siguientes componentes:

- a) Proveer a los pacientes con una **explicación** cognitivo-conductual de la **fobia social** y con una **justificación del tratamiento** y de su eficacia.
- b) **Identificar y cuestionar cogniciones problemáticas** a través de ejercicios estructurados.
- c) **Exposición dentro del grupo** a situaciones ansiógenas simuladas o artificiales e individualizadas para cada cliente.
- d) Ejercicios de **reestructuración cognitiva** para controlar los pensamientos desadaptativos **antes y después de las exposiciones dentro del grupo**. Cada cliente cuenta con la ayuda de los terapeutas y de los demás miembros del grupo.
- e) Tareas entre sesiones de **autoexposición en vivo (AEV)** a las situaciones ansiógenas; se sigue en la situación hasta que esta acabe o la ansiedad se reduzca. Las tareas son revisadas al comienzo de la siguiente sesión.
- f) Aplicar la **reestructuración cognitiva antes y después de llevar a cabo las tareas de autoexposición**.
- g) **Prevención de recaídas**.

La **terapia cognitiva de Beck** incluye exposición en sus experimentos conductuales, aunque la extensión de la misma es menor que en la TCC de Heimberg y persigue, no la habituación de la ansiedad, sino someter a prueba las creencias del paciente. Esta terapia ha sido más eficaz que el placebo farmacológico y la moclobemida en un estudio, y más que la terapia asociativa (asociar libremente pensamientos y memorias de encuentros sociales pasados y recientes; el terapeuta refleja lo dicho por el paciente) en otro. También ha sido superior a la lista de espera e igual a la terapia racional emotiva, al entrenamiento autoinstruccional, a la resolución de problemas interpersonales y al entrenamiento asertivo en un estudio realizado con personas con ansiedad social. La **reestructuración cognitiva sin incluir tareas explícitas de exposición** y aplicada en grupo con sesiones largas (2 horas o más) ha sido también más eficaz que la lista de espera en un par de estudios y posiblemente en un tercero en que no hubo comparaciones estadísticas directas.

Voncken y Bögels (2006) han **simplificado, abreviado y estandarizado la terapia cognitiva de Beck** para intervenir **sólo** sobre los sesgos de interpretación y juicio (mediante reestructuración y experimentos conductuales) y sin considerar otros elementos como la atención centrada en uno mismo, las conductas defensivas y los déficits de habilidades sociales. Estos autores describen específicamente las técnicas utilizadas y presentan los datos favorables obtenidos por 13 pacientes. De confirmarse la eficacia de este tipo de terapia, sería más fácil de utilizar y requeriría menos entrenamiento de los terapeutas.

Otro tipo de **terapia cognitiva es la basada en el modelo de Clark y Wells (1995)** y que puede ser encontrada en forma abreviada en Wells (1997). Puede abarcar hasta 16 sesiones de unos 75-90 minutos (más 3 de apoyo) e incluye los siguientes componentes:



- a) Desarrollo con el paciente de una **versión individualizada del modelo de Clark y Wells** empleando los pensamientos, imágenes, síntomas de ansiedad, conductas defensivas y estrategias atencionales del paciente.
- b) **Demostración experimental de los efectos adversos de la atención centrada en sí mismo y de las conductas defensivas.** El paciente representa una situación social difícil primero mientras centra la atención en sí mismo y realiza sus conductas defensivas, y luego mientras centra la atención externamente e intenta eliminar sus conductas defensivas. Luego, se discuten los efectos de ambas actuaciones.
- c) **Entrenamiento para focalizar la atención en la situación social en vez de en uno mismo.** Se alienta y se entrena al paciente para que se centre en la situación social externa, reduzca la atención centrada en sí mismo y obtenga información más precisa de cómo reaccionan los demás. Tras el entrenamiento, el paciente practica en cambiar a un foco externo de atención y abandonar sus conductas defensivas en situaciones sociales problemáticas. De este modo, puede comprobar si lo que teme es o no cierto.
- d) **Uso de retroalimentación mediante vídeo** para corregir la imagen distorsionada que los pacientes tienen de sí mismos. El paciente ve el vídeo del apartado b y vídeos de otras ocasiones en que afronta actividades sociales temidas. Este visionado se hace tras una **preparación cognitiva** que facilita la discrepancia entre su autoimagen negativa y distorsionada y su actuación social objetiva. En concreto, antes de ver el vídeo, se pide al cliente que: 1) prediga el tipo e intensidad de los síntomas y conductas que mostrará, 2) imagine claramente cómo cree que aparecerá, y 3) se mire a sí mismo como miraría a un extraño, fijándose sólo en lo que ve y oye en la cinta, e ignorando explícitamente lo que siente.
- e) **Modificación de la autoimagen negativa** sustituyéndola por otra menos negativa (p.ej., una proveniente de una situación social en la que la persona se sintió relajada) o más precisa (la derivada del visionado de una interacción propia grabada en vídeo).
- f) **Identificación y modificación del procesamiento problemático anticipatorio.** La identificación se consigue mediante preguntas y autorregistro. La modificación implica analizar las pruebas a favor y en contra de una idea, buscar interpretaciones alternativas y explorar la utilidad del procesamiento anticipatorio.
- g) **Experimentos conductuales** en los que el paciente especifica las consecuencias temidas en diversas situaciones sociales y las somete a prueba afrontando dichas situaciones dentro y fuera de la sesión. Para maximizar la disconfirmación, se alienta al paciente a centrar su atención en la situación social y a eliminar las conductas defensivas. Además, se le pide que actúe en contra de sus reglas excesivamente rígidas y que observe las consecuencias. A diferencia del programa de Heimberg, no se emplea una justificación de habituación para la exposición implicada en los experimentos.
- h) **Identificación y modificación del procesamiento problemático post-acontecimiento.** Se emplean las mismas técnicas que en la identificación y modificación del procesamiento anticipatorio. Una diferencia entre Clark y Wells al abordar el procesamiento anticipatorio y post-acontecimiento es que el segundo no desafía el contenido de los pensamientos negativos y las creencias generales sobre uno mismo, sino que examina las ventajas y desventajas de ambos y resalta las últimas.
- i) **Identificación y modificación de los supuestos y creencias disfuncionales** mediante cuestionamiento verbal y experimentos conductuales.

La terapia cognitiva individual de Clark y Wells ha resultado superior a un grupo de **lista de espera** en varios estudios (Clark et al., 2006; Stangier, 2007; Stangier et al., 2003). También ha sido más eficaz que la **fluoxetina más AEV** y al placebo más AEV en el postratamiento, aunque

los grupos con autoexposición tuvieron menos tiempo de terapia y fueron llevados por terapeutas poco experimentados; en el seguimiento a los 12 meses se compararon los dos primeros grupos y la terapia cognitiva siguió siendo superior (Clark et al., 2003). En otro estudio, la terapia cognitiva de Clark y Wells ha sido superior a la lista de espera y a la **exposición más relajación aplicada** (la exposición no incluyó exposiciones simuladas ni asistencia por parte del terapeuta u otras personas ni un foco externo de atención; además, se introdujo antes del dominio de las técnicas de relajación); la diferencia entre tratamientos persistió en el seguimiento al año (Clark et al., 2006). La terapia cognitiva de Clark y Wells ha sido también más eficaz a corto y medio plazo (1 año) que la **TCC grupal aplicada intensivamente** durante 3 semanas y que al **tratamiento psiquiátrico usual** (medicación, principalmente antidepresivos serotoninérgicos) (Mörtberg et al., 2007). La TCC intensiva fue tan o algo más eficaz que el tratamiento psiquiátrico usual aplicado durante 12 meses.

Stangier (2007) halló que la terapia cognitiva de Clark y Wells y la **psicoterapia interpersonal** fueron superiores a la lista de espera y que el primer tratamiento fue superior al segundo en el post y al año en escalas de calificación. En otro estudio, la terapia cognitiva de Clark y Wells y la psicoterapia interpersonal fueron igualmente eficaces en el post y al año cuando fueron aplicadas en formato residencial y combinando sesiones individuales y, sobre todo, grupales (88% del tiempo); la duración de las sesiones fue un poco menos de la mitad de lo que es habitual en la terapia cognitiva (Borge et al., 2008). Estos cambios y el tipo de pacientes atendidos pueden explicar que la eficacia de la versión de la terapia cognitiva de Clark y Wells en este estudio fuera menor que la de dicha terapia cuando ha sido aplicada individualmente en otros estudios.

Varios estudios apoyan la utilidad de los componentes más novedosos incluidos en la terapia cognitiva de Clark y Wells: demostración experimental de los efectos adversos de la atención centrada en sí mismo y de las conductas defensivas (McManus et al., 2005, citado en Clark et al., 2006), entrenamiento para focalizar la atención (Amir et al., 2008; Bögels, 2006; Wells y Papageorgiou, 1998), eliminación de las conductas de seguridad dentro del marco de los experimentos conductuales (Kim, 2005; Morgan y Raffle, 1999; Wells et al., 1995), modificación de la autoimagen negativa (Hirsch et al., 2003, 2004) y retroalimentación mediante vídeo (Harvey et al., 2000; Kim, Lundh y Harvey, 2002). Esta última mejora la autoimagen y la percepción de la propia actuación social y reduce la discrepancia respecto a los juicios de evaluadores externos; además, la mejora es mayor si ha habido preparación cognitiva.

Ahora bien, **no parece que la retroalimentación mediante vídeo contribuya a reducir la ansiedad social**. En un estudio (Smits, Powers, Buxkamper y Telch, 2006), la adición de retroalimentación mediante vídeo a la exposición en vivo no aumentó la reducción de la ansiedad social. Los autores comentan que la reducción duradera de la ansiedad social requiere un cambio en la tendencia a sobrestimar las consecuencias desastrosas de una mala actuación (sesgo respecto a los costes) más que el cambio en la tendencia a sobrestimar la probabilidad de dicha actuación (sesgo de probabilidad). La retroalimentación mediante vídeo de la propia actuación puede reducir este último sesgo, pero puede dificultar el cambio del primero al pedir a la persona que se centre en su actuación, lo cual puede comunicar el mensaje implícito de que hay que actuar bien. Si esto es así, la retroalimentación mediante vídeo podría ser útil cuando se pide al paciente que actúe deliberadamente mal durante la exposición; esto le permitiría ver que una mala actuación no es una catástrofe. De todos modos, la conclusión de que reducir el sesgo respecto a los costes es más importante que reducir el sesgo de probabilidad ha sido puesta en entredicho y, de hecho, Smits, Rosenfield, McDonald y Telch (2006) han establecido que mientras la reducción del sesgo de probabilidad dio lugar a una disminución del miedo, la reducción del sesgo de coste fue sólo una consecuencia de la disminución del miedo. Teniendo en cuenta las limitaciones de los distintos estudios, quizá lo más sensato sea intentar cambiar ambos tipos de sesgos.

Hofmann y Scepkowski (2006) han presentado la **Terapia Social de Reevaluación de Sí**

Mismo, la cual, **al igual que la terapia cognitiva** de Clark y Wells, también incluye la eliminación de conductas defensivas, el uso del vídeo con preparación cognitiva (y también del audio, espejos y retroalimentación del grupo) para modificar la autoimagen y la percepción de la propia actuación, el cambio de atención y otras estrategias cognitivas (reestructuración del sesgo respecto a los costes sociales, experimentos respecto a las consecuencias de los contratiempos sociales, discusión del procesamiento post-acontecimiento). **Sin embargo, también implica** fijación de metas realistas y discusión de la mejor estrategia para alcanzarlas, exposición en vivo y técnicas para aumentar el control emocional percibido (exposición repetida y prolongada a la ansiedad en situaciones sociales al tiempo que se alienta al paciente a aceptar los síntomas; uso del vídeo y de la retroalimentación del grupo para comprobar que una cosa es lo que se siente y otra lo que los demás perciben). En concreto, la terapia se aplica en 12 sesiones de 2,5 horas. Las 6 primeras son en grupo; el resto comienzan en grupo, pero siguen con exposición en vivo individual y terminan con la discusión en grupo de las experiencias. La exposición dura 10-20 minutos y puede implicar contratiempos sociales; en algunas exposiciones, el terapeuta acompaña al paciente. En un estudio piloto con 8 pacientes, la terapia social de reevaluación de sí mismo se mostró eficaz y consiguió un tamaño del efecto comparable al de la terapia cognitiva de Clark y Wells.

El **entrenamiento en habilidades sociales** parece eficaz, pero limitaciones metodológicas importantes en los estudios realizados impiden extraer conclusiones firmes. Ha sido igual de eficaz que la terapia racional-emotiva en un estudio y que la exposición en otro (ambos citados en Stravynski et al., 2000). Por otra parte, Van Dam-Baggen y Kraaimaat (2000) emplearon un diseño cuasi-experimental (sin asignación aleatoria a los grupos) para comparar en un contexto clínico el entrenamiento grupal en habilidades sociales con la terapia cognitivo-conductual tipo Ellis, aplicada también en grupo. Aunque ambos grupos mejoraron, el primero fue superior en medidas de ansiedad y evitación social. Finalmente, Stravynski et al. (2000) no hallaron que los efectos de la exposición fueran potenciados por la adición del entrenamiento en habilidades sociales. En cambio, según Herbert et al. (2005) dicho entrenamiento potenció claramente la eficacia de la TCC de Heimberg en pacientes con fobia social generalizada, el 75% con trastorno de personalidad evitativa.

Se ha dicho que el entrenamiento en habilidades sociales puede ser más eficaz que otros tratamientos en el caso de fóbicos sociales con déficits de habilidades y que, por tanto, conviene emplearlo –ya sea sólo o, más frecuentemente, en combinación con otros procedimientos– cuándo hay un déficit de este tipo de habilidades; por ejemplo, en muchos casos de fobia a hablar en público y de fobia social generalizada grave (incluido el trastorno de personalidad evitativa) y también frecuentemente en población infantil. Turner et al. (1994) han presentado la **terapia para la efectividad social**, un tratamiento multicomponente que incluye secuencialmente a) educación sobre el trastorno, b) entrenamiento en habilidades sociales (percepción/discriminación/interpretación, contacto interpersonal, hablar en público) y c) exposición en vivo o imaginal, según las necesidades del paciente, y autoexposición en el medio natural. Los resultados fueron muy positivos, aunque no hubo una condición control de comparación. Con niños y adolescentes, la terapia para la efectividad social se ha mostrado muy eficaz, tal como se describirá en el apartado correspondiente.

Si se confirma la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales, esto puede deberse no necesariamente a un déficit de habilidades, sino a otras razones tales como la facilitación de la exposición a las situaciones sociales, el fomento de habilidades sociales infrautilizadas y el aumento de la autoeficacia en situaciones sociales.

Otros tratamientos investigados han sido la **relajación aplicada** y la **desensibilización sistemática**, la **resolución de problemas interpersonales** y el **entrenamiento asertivo**. En comparación con la lista de espera, han sido superiores en un estudio cada uno, y el **entrenamiento autoinstruccional** en dos; los participantes presentaron ansiedad social, aunque no se sabe si cum-

plían criterios para la fobia social. En un estudio con fóbicos sociales japoneses la adición de entrenamiento autógeno a la terapia cognitiva aumentó la eficacia de esta y redujo el número de sesiones necesarias.

En un estudio no controlado, Dalrymple y Herbert (2007) hallaron que la integración de la **exposición** (simulada, en vivo, entrenamiento en habilidades sociales) **con la terapia de aceptación y compromiso**² produjo cambios significativos en ansiedad social (más en evitación que en miedo) y calidad de vida en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses. Los tamaños del efecto fueron comparables a los de otros estudios con TCC. Finalmente, los cambios tempranos en evitación experiencial predijeron cambios posteriores en la gravedad de los síntomas incluso después de controlar los cambios tempranos en los síntomas, lo cual es congruente con los mecanismos explicativos propuestos por la terapia de aceptación y compromiso.

Koszycki et al. (2007) compararon la **reducción del estrés basada en la conciencia plena** (ser consciente momento a momento de los estados mentales y experiencias sin juzgarlos ni controlarlos) con la TCC de Heimberg. Ambos grupos mejoraron por igual en estado de ánimo, discapacidad y calidad de vida, pero el último fue superior en medidas de ansiedad social y en los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados. Sin embargo, el conductor del primer grupo no fue un profesional de la salud mental. Sería interesante estudiar la eficacia de combinar el tratamiento de conciencia plena con otros tratamientos eficaces (exposición, TCC).

Merom et al. (2008) han mostrado que la eficacia de la TCC en una medida de ansiedad, depresión y estrés se ve aumentada cuando se combina con la práctica de **ejercicio** (meta final de 5 sesiones de 30 minutos de paseo vigoroso a la semana). El mecanismo por el que actuaría el ejercicio podría ser un aumento en autoestima o autoeficacia, pero se requieren más estudios.

Akillas y Efran (1995) investigaron **dos tipos de intenciones paradójicas** aplicadas en tres sesiones con universitarios que cumplían criterios de fobia social: a) Prescripción del síntoma (p.ej., a una persona preocupada por sus silencios se le pedía no hablar en los eventos sociales a menos que tuviera algo importante que decir). b) Prescripción del síntoma más reformulación; se añadía una explicación lógica para la prescripción: las conductas problemáticas eran conceptualizadas como elecciones legítimas que debían ser practicadas y exploradas. El primer grupo no se diferenció de la lista de espera, mientras que el segundo fue superior a los otros dos en medidas de ansiedad social, ansiedad general y depresión en el postratamiento y en el seguimiento al mes.

La **terapia psicodinámica grupal breve** ha sido superior a terapia educativa de apoyo en un estudio en una de tres medidas de calificación (LSAS) (Knijnik et al., 2004). La **psicoterapia interpersonal** ha sido superior a la lista de espera, pero menos eficaz que la terapia cognitiva de Clark y Wells en el post y al año en escalas de calificación (Stangier, 2007). La psicoterapia interpersonal no ha sido superior a un grupo de terapia de apoyo, aunque hubo solapamiento entre ambas terapias (Lipsitz et al., 2008).

Los programas más actuales tienden a combinar varios procedimientos. Así, la exposición en vivo (EV) suele ser complementada con la **focalización de la atención en la tarea o interacción social** (esto es, la atención se centra en el otro cuando habla y en el propio mensaje cuando se está hablando en vez de en las sensaciones internas y pensamientos negativos, que llevan a centrarse en uno mismo), el empleo de estrategias de afrontamiento –tales como la **respiración controlada y la relajación aplicada** (esta puede ser útil con pacientes que presenten fuertes reacciones auto-

² La terapia de aceptación y compromiso no intenta modificar el contenido de las cogniciones o controlar las sensaciones, sino que persigue la aceptación de las mismas de cara conseguir las metas que uno valora en su vida. Además, incluye técnicas que promueven la conciencia plena de las experiencias internas sin intentar analizarlas o modificarlas.

nómicas en las situaciones sociales)– y el **(auto)reforzamiento positivo**. Este último parece básico, dada la tendencia de los fóbicos sociales a la autoevaluación negativa, pero es especialmente importante con niños, en cuyo caso los reforzadores pueden ser de actividad y materiales además de sociales.

Con relación a la **combinación terapéutica más frecuente (exposición más reestructuración cognitiva)**, varios estudios han investigado si se obtiene algún beneficio adicional al llevar a cabo dicha combinación. Los resultados han sido **contradictorios**, ya que, según los casos, el tratamiento combinado ha resultado mejor que la exposición (y que la reestructuración cognitiva), igual a la misma o incluso inferior en un estudio. Los metaanálisis realizados (Fedoroff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Méndez, Sánchez y Moreno, 2001; Taylor, 1996) y, en nuestro país, los estudios de Antona et al. (2006) y Salaberria y Echeburúa (1995b) no indican que dicho tratamiento combinado sea superior a la exposición ni a corto ni a medio plazo. Ambos tratamientos son igualmente eficaces en medidas de ansiedad social, síntomas cognitivos, ansiedad generalizada y depresión. Incluso cuando Feske y Chambless (1995) eliminaron los estudios que habían empleado terapia racional-emotiva y entrenamiento autoinstruccional y consideraron sólo los que habían utilizado terapia cognitiva de Beck-Heimberg, siguió sin haber diferencias entre el tratamiento combinado y la exposición. Por otra parte, en el estudio de Antona et al. (2006) el tratamiento combinado tampoco fue superior a la reestructuración cognitiva aplicada en grupo.

De todos modos, Taylor (1996) halló una tendencia en el postratamiento a que el tratamiento combinado tuviera un mayor tamaño del efecto y fue el único que se diferenció estadísticamente del placebo. Igualmente, en el metaanálisis de Fedoroff y Taylor (2001), el **tratamiento combinado, pero no la exposición, fue más eficaz que el placebo psicológico y farmacológico** y que la relajación aplicada.

No haber encontrado diferencias claras y consistentes entre la exposición y su combinación con reestructuración cognitiva ha recibido al menos **dos tipos de explicaciones**: a) La reestructuración cognitiva ha sido mal aplicada. Sin embargo, esto no ha sido así en todos los casos; además, si la correcta aplicación de la reestructuración requiere un gran entrenamiento por parte de los profesionales, esto iría en contra de la propagación de la técnica y habría que estudiar si los beneficios obtenidos compensarían los costes. b) La exposición puede incluir elementos cognitivos, ya que terapeuta y paciente pueden discutir informalmente sobre los riesgos implicados, la sobrestimación de su probabilidad, las interpretaciones realizadas y otros errores cognitivos. Por otra parte, también puede concluirse que **la ausencia de diferencias entre la exposición y su combinación con reestructuración cognitiva implica que puede reducirse el tiempo dedicado a la exposición**.

A pesar de este estado de cosas, Hope, Holt y Heimberg (1993) **recomiendan** emplear exposición (en vivo y simulada) y **añadir técnicas cognitivas**, ya que esto puede favorecer la generalización a otras situaciones, es difícil que reduzca la eficacia de la exposición en la medida que se dedique a esta el tiempo adecuado, y el tratamiento combinado ha sido el más rigurosamente investigado y superior a la lista de espera y a grupos placebo. Además, el programa combinado citado puede ser **aceptable para un mayor número de pacientes** que un tratamiento consistente sólo en exposición y permite reducir el tiempo dedicado a esta última sin que se produzca una merma en los resultados. Si la técnica cognitiva a añadir debe ser la reestructuración cognitiva u otra más simple, como el entrenamiento autoinstruccional, es algo que está por dilucidar.

Como Heimberg y Juster (1995) señalan, caso de que llegue a comprobarse que la adición de técnicas cognitivas es útil, esto no indica necesariamente que sea debido a su naturaleza cognitiva. Podría ser que otras técnicas de afrontamiento no cognitivas fueran igualmente eficaces o que algún aspecto no cognitivo de las técnicas cognitivas fuera el elemento esencial. Además, la **utilidad de las técnicas cognitivas puede depender de** características de los pacientes: lo cognitivos



que son, su grado de aceptación de las técnicas cognitivas, su grado de control sobre sus procesos cognitivos en las situaciones fóbicas, etc. Finalmente, diferentes pacientes pueden beneficiarse de diferentes técnicas cognitivas.

Herbert et al. (2004) estudiaron si había **diferencias entre aplicar la TCC más entrenamiento en habilidades sociales a lo largo de 12 sesiones repartidas en 12 ó 18 semanas**. Esto último supuso hacer las últimas seis sesiones cada dos semanas, lo cual se aproxima a lo que puede ocurrir en la práctica clínica, aunque se empezaron a espaciar sesiones demasiado pronto. El tratamiento espaciado fue abandonado por un porcentaje mucho mayor de pacientes (42% contra 7%), especialmente durante la fase de espaciamiento de las sesiones.

Fedoroff y Taylor (2001) llevaron a cabo un **metaanálisis** de estudios publicados y no publicados en el que ponderaron los tamaños medios del efecto por el tamaño de la muestra. La reestructuración cognitiva (incluyó también estudios con entrenamiento autoinstruccional sólo), la combinación de esta con exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y la relajación aplicada fueron más eficaces que la lista de espera. La reestructuración cognitiva más exposición fue más eficaz que el placebo psicológico y farmacológico y que la relajación aplicada. Salvo esta última, **no hubo diferencias entre los distintos tratamientos psicológicos**. En contraste con otras revisiones y metaanálisis, la exposición no fue mejor que la lista de espera, lo cual pudo ser debido a una gran variabilidad en los tamaños del efecto encontrados y a una falta de potencia estadística. La gran variabilidad encontrada requiere una explicación: ¿se debe, por ejemplo, a distintos modos de llevar a cabo la exposición o a la mayor o menor competencia de los terapeutas que la aplican?

Méndez, Sánchez y Moreno (2001) tampoco hallaron en su metaanálisis que la exposición, la reestructuración cognitiva de Ellis, la reestructuración cognitiva de Beck, la combinación de cada una de estas dos últimas con la exposición y el entrenamiento en habilidades sociales difirieran en tamaño del efecto (ponderado por el inverso de la varianza). En tres estudios en que se empleó reestructuración cognitiva sin exposición, los tamaños del efecto fueron similares a los de la exposición. Una posible explicación es que en estos estudios la reestructuración cognitiva fue aplicada en grupo durante 6-8 sesiones de 2-2,5 horas, lo cual constituiría de hecho una exposición real. Ahora bien, uno podría preguntarse si sería suficiente este tipo de exposición no programada ni presentada como tal, en la que las personas son siempre las mismas y en la que el cliente no se expone a sus distintas situaciones temidas. En conclusión, **la reestructuración cognitiva sin exposición no parece inferior a la exposición o a la combinación de ambas técnicas** según los metaanálisis de Fedoroff y Taylor (2001) y Méndez, Sánchez y Moreno (2001), **aunque** esto podría ser debido a una falta de potencia estadística. Por otra parte, en el metaanálisis de Gould et al. (1997), los tratamientos que incluyeron exposición fueron más eficaces que la reestructuración cognitiva sin exposición en vivo o experimentos conductuales.

No haber hallado, en general, diferencias entre los distintos tratamientos puede explicarse tentativamente de diversas maneras: a) Aunque no haya diferencias globales, sí que las habría en aspectos más específicos; por ejemplo, la exposición reduciría más la conducta de evitación y la reestructuración, las distorsiones cognitivas, aunque esto no está claro. b) Cada tratamiento actuaría directamente sobre aspectos diferentes de la fobia social, pero debido a las interrelaciones entre dichos aspectos, terminaría produciéndose un cambio en todos ellos. c) Todos los tratamientos mencionados favorecerían la autoexposición, la cual permitiría reducir la ansiedad y confirmar que las consecuencias temidas no ocurren. d) Los distintos tratamientos son igualmente eficaces debido a factores comunes no específicos tales como la relación terapéutica, reconceptualización de los problemas del paciente en términos plausibles y convincentes, ofrecimiento de procedimientos terapéuticos en los que creen terapeuta y paciente, las expectativas de mejora, etc.

Unos pocos estudios han investigado **si es útil o no adaptar el tratamiento al perfil de res-**

puesta de cada fóbico social (p.ej., reestructuración cognitiva para aquellos con reactividad cognitiva y relajación aplicada para aquellos con reactividad somática). Los resultados parecen ser sólo **parcialmente favorables** a la mayor eficacia de dicha adaptación. Trower et al. (1978) encontraron que los fóbicos sociales mejoraron igualmente con entrenamiento en habilidades que con desensibilización sistemática, mientras que los pacientes con inadecuación social (falta de habilidades sociales) mejoraron más con el entrenamiento en habilidades. Öst, Jerrelmam y Johansson (1981) hallaron que este último tratamiento fue más eficaz que la relajación aplicada en fóbicos sociales caracterizados por un predominio de conducta social inadecuada, mientras que ocurrió lo contrario en los pacientes en que predominó la activación cardiovascular; sin embargo, no hubo diferencias en la mayoría de las medidas. Jerrelman et al. (1986) no encontraron que la relajación aplicada fuera más eficaz que el entrenamiento autoinstruccional en pacientes reactivos fisiológicos (predominio de la activación cardiovascular); en cambio, en los reactivos cognitivos este último tratamiento fue más eficaz que el primero. Nelson et al. (1987) hallaron que aquellos tratamientos adaptados a las clases de respuestas problemáticas (ansiedad social, habilidades sociales, cogniciones irracionales) de los pacientes con dificultades heterosociales dieron lugar a mejores resultados que los tratamientos no adaptados. Sin embargo, Mersch et al. (1989, 1991) observaron que el entrenamiento en habilidades y la terapia racional emotiva fueron igualmente eficaces tanto con fóbicos sociales poco habilidosos, pero relativamente racionales, como con pacientes menos racionales, pero relativamente habilidosos.

Una vía de tratamiento a **investigar** es la **producción deliberada de las sensaciones temidas** delante de otros, primero ante el terapeuta o el grupo y luego en las situaciones sociales reales. Esto puede ser especialmente importante para los fóbicos sociales con un miedo acusado a **sonrojarse, sudar o temblar**. Un modo de producir estos síntomas en las sesiones de grupo es ponerse delante del mismo para ser observado y recibir comentarios acerca de los síntomas temidos (p.ej., “te estás empezando a poner rojo”). Otros medios que pueden ser útiles tanto en la sesión como fuera son los siguientes: a) Para producir la **sudoración**: beber líquidos calientes, ponerse delante de un radiador, llevar ropa de abrigo, llevar camisas de tejidos que favorecen la sudoración y la hacen más visible, y hacer ejercicio fuerte antes de la exposición; también puede uno mojarse a sí mismo o la ropa para simular el sudor. b) Para **ponerse rojo**: pensar en veces anteriores en que uno se ha puesto rojo, pensar en cosas vergonzosas, contener la respiración y tensar los músculos de la cara, darse maquillaje de tonos rojizos, ponerse una crema vasodilatadora y frotarse intensamente las mejillas antes de una situación. Esta producción deliberada de las sensaciones temidas se combina con la exposición a situaciones en las que dichos síntomas aparecen naturalmente. Otros puntos importantes para estos fóbicos son (Emmelkamp, Bouman y Scholing, 1992):

- Hay que considerar como **meta del tratamiento no la eliminación del temblor, sudor o rubor, sino la del miedo a los mismos**. Dichos fenómenos son presentados como susceptibilidades individuales con las que hay que aprender a convivir en vez de intentar evitarlas. Si esto se logra, se supone que, al reducirse el miedo, disminuirán en intensidad, frecuencia y/o duración; al contrario, cuanto más se intentan controlar, más se agravan. De todos modos, los clientes suelen esperar inicialmente que su temblor, rubor o sudor desaparecerán y sólo tras varias semanas comienzan a aceptarlos y a estar menos perturbados por ellos.
- Debe tenerse en cuenta no sólo la evitación directa de situaciones para prevenir que los demás observen el rubor, sudor o temblor, sino también la **evitación sutil**, mucho más difícil de descubrir. Las conductas defensivas para el miedo a sonrojarse, sudar o temblar fueron ya enumeradas al hablar de las reacciones conductuales en la fobia social.
- Algún autor ha propuesto que los fóbicos sociales podrían emplear la estrategia de **dar explicaciones aceptables de sus síntomas** con el fin de reducir sus miedos; así, las personas con miedo a temblar podrían decir que están nerviosos para no ser tomados por



neuróticos o alcohólicos. **Sin embargo**, esto puede ser una conducta defensiva que, aunque puede permitirse inicialmente en el tratamiento, no permite comprobar si lo que se teme es cierto. Una alternativa probablemente más eficaz es que el fóbico **reconozca delante de los otros que está sudando**, sonrojándose o temblando y que no dé **ninguna justificación** al respecto.

Varias son las **fuentes en las que se describen con detalle diversos programas de tratamiento eficaces para la fobia social**. Una descripción completa del tratamiento de **Heimberg** paso a paso puede verse en Heimberg y Becker (2002) y en Hope, Heimberg y Turk (2006). Una presentación resumida del tratamiento grupal puede verse en la **tabla 3**. La intervención incluye exposición simulada y en vivo, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas a lo largo de 12 sesiones de 2,5 horas de duración y periodicidad semanal, dos terapeutas de sexo distinto y aplicación en grupo de 4-7 pacientes. Sin embargo, no se sabe si estos **parámetros** son los óptimos. Por ejemplo, quizá no sean necesarios dos terapeutas ni que sean de distinto sexo y es muy probable que los resultados fueran mejores con más sesiones, especialmente en el caso de la fobia social generalizada (Echeburúa, 1993b). De hecho, con 12 sesiones de tratamiento en grupo no pueden trabajarse más de 2-3 situaciones por paciente; este debe seguir trabajando por su cuenta tras el tratamiento y aplicando las habilidades aprendidas. En algunas investigaciones del grupo de Heimberg los grupos han recibido 6-7 sesiones adicionales de tratamiento, una por mes.

En **Echeburúa (1995)** aparece un programa de **tratamiento** que combina ensayos conductuales, exposición gradual en vivo (incluye implicación en actividades lúdicas y de ocio) y reestructuración cognitiva. Puede consultarse resumido en Salaberría y Echeburúa (1998). **Scholing, Emmelkamp y van Oppen (1996)** describen un tratamiento que combina básicamente reestructuración cognitiva y exposición a lo largo de 12 sesiones, junto con entrenamiento en habilidades sociales en caso necesario. **Caballo, Andrés y Bas (1997)** también presentan detalladamente un tratamiento para la fobia social, el cual incluye educación, relajación, reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades sociales. La intervención se lleva a cabo a lo largo de 14 sesiones de 2,5 horas, una por semana, aplicadas en grupo de 6-8 personas, más 6 sesiones de apoyo, una vez al mes.

Otros tratamientos para la fobia social son la terapia para la efectividad social, comentada antes (**Beidel y Turner, 1998**; Turner et al., 1994), y el de **Rapee y Sanderson (1998)**, el cual combina reestructuración cognitiva, entrenamiento en atención, EV, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaída. **Bados (2001a)** describe cómo llevar a cabo tanto un tratamiento de exposición (simulada y en vivo) como una terapia cognitivo-conductual que integra la exposición con reestructuración cognitiva y, en caso necesario, con entrenamiento en habilidades sociales y/o entrenamiento en respiración controlada; también se lleva a cabo un programa de mantenimiento de los resultados. **Botella, Baños y Perpiñá (2003)** presentan un programa detallado que incluye reestructuración cognitiva, exposición (con retirada de conductas defensivas, uso de vídeo y cambio de foco atencional) y prevención de recaída, así como componentes adicionales (entrenamiento en autoestima y en habilidades sociales). **Andrews et al. (2003)** presentan tanto unas guías para el terapeuta como un manual para el paciente a la hora de aplicar la TCC. La **tabla 4** presenta un resumen de un programa de intervención para las **dificultades para hablar en público** (miedo y déficit de habilidades) propuesto por **Bados (2001b)**.

En cuanto a **material para el paciente**, pueden mencionarse los libros de autoayuda de Pastor y Sevilá (2000) y de Hope et al. (2000). En plan más breve, están las guías para el cliente de Bados (2001a) y Andrews et al. (2003). Botella, Baños y Perpiñá (2003) presentan también varios apéndices interesantes con información sobre “miedo, ansiedad y fobias”, “la fobia social”, “el sistema de defensa y el sistema de seguridad: modo agónico *versus* modo hedónico de funciona-

miento”³, “la reestructuración cognitiva” y “la exposición”.

Pueden consultarse estudios de **casos de fobia social generalizada** en Bados (2001a; reestructuración cognitiva, ensayos conductuales con entrenamiento en habilidades cuando fue necesario, AEV y entrenamiento en respiración controlada), Baños, Botella y Quero (2000; EV, reestructuración, focalización de la atención), Brown y Barlow (1997, cap. 3; exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales), Emmelkamp, Bouman y Scholing (1992, cap. 7; entrenamiento en habilidades, terapia racional-emotiva y EV), García, Olivares y Rosa (2003, adolescente), Hope y Heimberg (1993; tratamiento de Heimberg antes descrito), Olivares y García (2002; terapia para la efectividad social en adolescentes), Olivares, Piqueras y García-López (2005; reestructuración cognitiva, exposición, entrenamiento en habilidades sociales), Pastor y Sevilla (2006; reestructuración cognitiva, exposición entrenamiento en habilidades), Pedro, Quiles y Méndez (2002; reestructuración cognitiva, exposición imaginal y en vivo), Salaberria y Echeburúa (1995a; exposición simulada y AEV), Scholing, Emmelkamp y van Oppen (1996; EV y reestructuración cognitiva), Turk, Heimberg y Hope (2001; programa de Heimberg a lo largo de 52 semanas) y Turner, Beidel y Townsley (1992; inundación imaginal e inundación en vivo).

En cuanto a **casos de fobias sociales específicas**, Bados (1995, 2001b) presenta uno de fobia a hablar en público, en el que se aplicó entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva y EV. Otro caso de miedo a hablar en público puede consultarse en Labrador (1990). Alario (1993, cap. 5) presenta un caso de fobia social específica (miedo a dirigir una orquesta y a impartir clases, ciertos déficits asertivos), tratada mediante exposición imaginal y en vivo y entrenamiento asertivo.

Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados

El **13-17%** de los pacientes **rechazan iniciar el tratamiento** por una diversidad de razones: negarse a la asignación aleatoria, dificultades horarias, tratamiento no aceptable. El primero de estos motivos no se da en la práctica clínica habitual, por lo que es de suponer que el porcentaje de rechazos debe ser menor. El **16-19%** de los pacientes **abandonan** la intervención una vez iniciada, aunque el porcentaje es mayor en la práctica clínica habitual (30-35% en los trastornos de ansiedad). No hay diferencias entre tratamientos en cuanto al porcentaje de rechazos y abandonos, excepto en que parecen ser menos de la mitad en la terapia cognitiva individual de Clark y Wells: 6,5% de rechazos y 6,2% de abandonos.

Según los metaanálisis realizados, los **tamaños del efecto** con las intervenciones más eficaces (exposición y TCC) en comparación a la **lista de espera/placebo** han sido los siguientes en diversas medidas de autoinforme: ansiedad/evitación social (EXP: 0,89, 1,06, TCC: 0,38, 0,80), cogniciones disfuncionales (EXP: 0,53, 0,60, TCC: 0,47, 0,79), depresión/ansiedad (EXP: 0,48, TCC: 0,51) (Feske y Chambless, 1995; Gould et al., 1997). Así pues, la magnitud de los resultados es alta en las medidas de ansiedad social y moderada en el resto. Considerando a la exposición y TCC conjuntamente, Hofmann y Smits (2008) dan un tamaño medio del efecto de 0,62 en comparación al placebo psicológico o farmacológico.

³ El modo agónico se pone de manifiesto al interactuar con personas que tienen una mayor jerarquía social o en situaciones de competición. Permite reconocer y anticipar situaciones que implican amenaza (p.ej., expresiones de enfado o dominancia) y reaccionar con cautela y sumisión para evitar las reacciones negativas. El modo hedónico entra en juego en situaciones de cooperación y se caracteriza por confiar en los otros y buscar su colaboración, ayuda y protección. Dependiendo de las circunstancias, uno u otro modo son más adecuados y todos funcionamos con ambos, aunque solemos funcionar en el modo hedónico la mayor parte de las veces. Los fóbicos sociales tienen dificultades para funcionar dentro de este modo y tienden a utilizar el modo agónico.

Los tamaños del efecto **pre-post** son algo más elevados: ansiedad/evitación social (EXP: 0,82, 0,99, 1,08, TCC: 0,84, 0,90, 1,06), cogniciones disfuncionales (EXP: 0,72, TCC: 1,02), depresión/ansiedad (EXP: 0,56, TCC: 0,58) (Fedoroff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Taylor, 1996). Norton y Price (2007) dan un tamaño medio del efecto de 1,53 para la exposición y 1,16 para la TCC considerando las medidas principales del trastorno. Los tamaños del efecto observados **tienden a ser algo más altos cuando** los pacientes son solicitados, los tratamientos se aplican en universidades, los terapeutas han sido específicamente entrenados y se emplean manuales de tratamiento (Lincoln y Rief, 2004).

La **terapia cognitiva individual de Clark y Wells** parece dar lugar a mayores tamaños del efecto que los observados en otras formas de terapias cognitivo-conductuales o conductuales. En medidas de ansiedad social el tamaño del efecto respecto a un grupo control ha sido de 1,31 y 2,63 (Clark et al., 2003, 2006), mientras que los tamaños del efecto pre-post han sido de 1,17, 1,81, 2,14 y 2,39 (Clark et al., 2003; Clark et al., 2006; Mörtberg et al., 2007; Stangier et al., 2003). Habrá que esperar a ver si estos datos son replicados por equipos independientes y a que se realicen comparaciones directas con la TCC. Por otra parte, en un estudio piloto, la terapia social de reevaluación de sí mismo ha conseguido un tamaño del efecto pre-post (1,8) similar al de la terapia cognitiva de Clark y superior al de la TCC grupal de Heimberg aplicada en el mismo centro (Hofmann y Scepkowski, 2006). Asimismo, una versión actualizada de la TCC de Heimberg, aplicada de forma individual, ha conseguido un tamaño controlado del efecto (1,19) mayor que la terapia grupal original, aunque algo menor que el de la terapia de Clark (Rodebaugh, Holaway y Heimberg, 2004).

De acuerdo con los criterios de cada autor, el **61-64% de los clientes tratados** con las intervenciones más eficaces **mejoran bastante o mucho**. Las diferencias respecto al placebo psicológico/farmacológico (40%) son significativas (Bados, García-Grau y Fusté, 2003). Se consiguen cambios significativos en medidas de ansiedad social, evitación de situaciones sociales, cogniciones disfuncionales, depresión y calidad de vida. De todos modos, las mejoras se generalizan sólo de forma limitada a aquellas áreas no abordadas durante el tratamiento. Un estudio ha encontrado también mejoras pequeñas tras la TCC en la inclinación a experimentar y expresar ira cuando se es criticado o tratado injustamente por otros y en la ira interna (Erwin et al., 2003).

De acuerdo con los criterios de cada autor, el porcentaje de clientes tratados que pueden considerarse **moderadamente o muy recuperados** (es decir, que alcanzan valores normativos o criterios arbitrarios de recuperación en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables) **es del 41% con TCC, del 63% con exposición y del 64% con la terapia cognitiva individual de Clark y Wells** (sólo 2 estudios); la diferencia es estadísticamente significativa entre los dos primeros tratamientos, aunque en los estudios que los han comparado directamente no se han hallado diferencias. El porcentaje de pacientes **muy recuperados** (cumplen criterios en al menos el 75% de tres o más variables) es bajo y alcanza sólo el **22% para la TCC y el 29% para la exposición** considerando los pacientes tratados.

Los resultados de algunos estudios ofrecen datos sugerentes sobre ciertas **variables que pueden influir en el porcentaje de pacientes mejorados y/o recuperados**. Los trabajos de Brown, Heimberg y Juster (1995), Hope, Herbert y White (1995) y Turner et al. (1996) indican que: a) el porcentaje de pacientes con fobia social generalizada que mejora no varía en función de si tienen o no un trastorno de personalidad evitativa o de si tienen o no un trastorno comórbido; b) los datos que permitirían valorar si el porcentaje de pacientes mejorados con fobia social circunscrita o no generalizada es superior al de las personas que presentan fobia social generalizada son inconsistentes; c) el porcentaje de pacientes recuperados con fobia social circunscrita o no generalizada es mayor que el porcentaje de pacientes recuperados que presentan fobia social generalizada; y d) el porcentaje de pacientes recuperados tiende a ser significativamente menor en los que presentan trastornos comórbidos, pero no hay diferencias en función de si tienen o no trastorno de persona-

lidad evitativa.

Rapee (1993) halló que la variable experiencia de los terapeutas incidió en los resultados. Los terapeutas con sólo 1 año de experiencia lograron en el postratamiento un porcentaje de pacientes mejorados significativamente más bajo (15%) que el terapeuta con muchos años de experiencia (47%). Esta diferencia se mantuvo en el seguimiento a los 3 meses (14% frente a 54%), pero desapareció en el seguimiento a los 6 meses (25% frente a 36%). En el estudio de Heimberg et al. (1990, 1993), hubo significativamente más pacientes mejorados en el postratamiento entre aquellos que tenían pareja (78,6%) que entre los que no tenían (46,2%); en el seguimiento no hubo diferencias.

En cuanto al mantenimiento de los resultados, hay **pocos estudios de seguimiento y estos han sido llevados a cabo con pacientes moderadamente deteriorados**, ya que en muchos casos no ha sido posible conseguir la participación de los pacientes más graves en términos de fobia social y/o comorbilidad. Los **resultados se mantienen e incluso mejoran** en seguimientos realizados hasta 6 años después, aunque la duración media de los seguimientos no sobrepasa los 6 meses. La reestructuración cognitiva más exposición es la única que parece diferenciarse del placebo psicológico en el seguimiento según el metaanálisis de Fedoroff y Taylor (2001). El **13-25% de los pacientes mejorados o recuperados recaen**. El **20-40% de los pacientes tratados reciben tratamiento adicional** para su fobia social durante el periodo de seguimiento, lo que podría explicar, al menos en parte, el mantenimiento e incluso la mejora de los resultados (Beidel y Turner, 1998; Echeburúa, 1993b, 1995; Feske y Chambless, 1995; Heimberg y Juster, 1995; Hope, Holy y Heimberg, 1993; Turner, Beidel y Townsley, 1992; Turner et al., 1996). En el único estudio realizado con la terapia cognitiva individual de Clark y Wells que proporciona datos al respecto, sólo el 6% buscó tratamiento adicional durante el seguimiento.

En un estudio interesante con fóbicos sociales generalizados sin comorbilidad con depresión mayor, agorafobia o trastorno obsesivo-compulsivo, Fava et al. (2001) establecieron que la **probabilidad de permanecer en remisión tras un tratamiento de AEV** supervisada por terapeutas muy experimentados fue 98% después de 2 años, 85% tras 5 años y 85% tras 10 años.

Variables predictoras

Por lo que se refiere a los **predictores de no iniciar el tratamiento o de abandono del mismo**, no se ha encontrado ningún predictor consistente (Lincoln et al., 2005). Erwin et al. (2003) encontraron que los fóbicos sociales que abandonaron el tratamiento presentaron puntuaciones más altas en rasgo de ira. Estos pacientes pueden tener dificultades para confiar en otras personas y en el terapeuta, lo que interferirá en la relación terapéutica, expectativas de mejora y cumplimiento del tratamiento. En el estudio de Fogler et al. (2007), una menor crítica percibida por parte de otros estuvo asociada a una mayor probabilidad de abandono.

No hay **predictores** claros de éxito terapéutico, aunque un firme candidato es la reducción del **miedo a la evaluación negativa**; las recaídas parecen más probables cuando este tipo de cogniciones no cambian. El déficit de habilidades sociales, las bajas expectativas de mejora, la gravedad del deterioro producido por el trastorno, el abuso/dependencia del alcohol y no cumplir con las tareas entre sesiones pueden estar asociados con peores resultados del tratamiento conductual o cognitivo-conductual (a corto y/o medio plazo) o abandono del mismo; sin embargo, los resultados no son consistentes ni entre estudios ni entre medidas. Por otra parte, si un fóbico social no mejora después de unas pocas semanas (8) de tratamiento, es poco probable que se beneficie de la continuación del tratamiento que está recibiendo (Echeburúa, 1993b, 1995; Rodebaugh, Holaway y Heimberg, 2004; Hope, Holy y Heimberg, 1993; Scholing y Emmelkamp, 1999; Turner, Beidel y Townsley, 1992).

Algunos **predictores de peores resultados del tratamiento identificados en estudios aislados** han sido los siguientes: menos cambio en el grado en que los pacientes piensan que los eventos sociales negativos indican características personales negativas (Wilson y Rapee, 2005), maltrato durante la infancia (asociado también a una peor relación con el terapeuta; Alden et al., 2006) y haber recibido tratamiento psicológico anteriormente (Delsignore, 2008). Además, en este último caso, los resultados fueron peores entre aquellos que calificaron sus tratamientos anteriores como exitosos; entre aquellos con tratamientos previos infructuosos alcanzaron mejores resultados los que más se implicaron en el tratamiento.

Los pacientes con o sin trastorno comórbido de ansiedad generalizada responden igual a la TCC. Lo mismo puede decirse cuando hay depresión mayor comórbida, aunque si no se interviene sobre la misma, la fobia social puede agravarse más tarde (Hermesh y Marom, 2008). Fogler et al. (2007) no hallaron que la hostilidad por parte de cónyuges o padres o los comentarios críticos no hostiles (aquellos centrados en conductas concretas y que no implican descalificaciones globales) predijeran los resultados del tratamiento.

En cuanto a los **factores predictores en el seguimiento**, en el estudio de Fava et al. (2001), factores asociados con un peor resultado fueron la presencia de trastorno de personalidad en el pretratamiento y la evitación residual y seguir tomando benzodicepinas tras el tratamiento. Por otra parte, una mayor responsabilidad percibida para el cambio ha predicho la mejora en el seguimiento; esta mejora es mediada por una mayor implicación en el tratamiento y una mayor autoeficacia referida a la terapia (Delsignore et al., 2008).

Los pacientes con fobia social generalizada, mejoran lo mismo que aquellos con fobia social circunscrita, pero un menor porcentaje de los mismos alcanzan un elevado estado final de funcionamiento (Turner et al., 1996). Es decir, el nivel de cambio puede ser similar, pero no así el estado final conseguido cuando ya se presenta un mayor deterioro en el pretratamiento. Es posible que el resultado de los fóbicos sociales generalizados pueda ser mejorado incorporando a la intervención un entrenamiento en habilidades sociales. Por otra parte, **los fóbicos sociales con otros trastornos** del Eje I (ansiedad, depresión), con trastorno de personalidad por evitación o con varios trastornos de personalidad **mejoran igual** que los fóbicos sociales puros a corto y medio plazo (6-15 meses), **pero presentan una mayor sintomatología en el pretratamiento, pos-tratamiento y seguimiento** (Erwin et al., 2002; Ruipérez, García-Palacios y Botella, 2002; van Velzen, Emmelkamp y Scholing, 1997).

Hasta el momento sólo dos estudios del mismo grupo de investigación han comparado directamente tratamientos de distinta duración (8 contra 16 sesiones); los **resultados fueron mejores con el tratamiento más largo**, ya fuera exposición o TCC (Scholing y Emmelkamp, 1993a, 1993b, citados en Feske y Chambless, 1995). En el metaanálisis de Feske y Chambless (1995) un mayor número de sesiones de exposición, pero no de TCC, llevó a mayores mejoras en ansiedad social en el postratamiento, aunque no en el seguimiento. Por otra parte, existen datos contradictorios sobre que el **grado de cumplimiento de las actividades entre sesiones**, tal como es valorado por los terapeutas, prediga mejores resultados (Edelmann y Chambless, 1995; Leung y Heimberg, 1996; Woody y Adessky, 2002). Quizá sería interesante investigar qué actividades en concreto, si es que alguna, son las que están asociadas a mejores resultados.

El tratamiento de la fobia social ha sido aplicado tanto **individualmente como en grupo**. Scholing y Emmelkamp (1993b, citado en Feske y Chambless, 1995) compararon directamente la aplicación individual o grupal de la exposición y de la combinación de esta con la reestructuración y encontraron que **ambos formatos fueron igualmente eficaces**. Similarmente, Lucas y Telch (1993, citado en Eng, Roth y Heimberg, 2001) hallaron que la aplicación grupal e individual del programa de Heimberg fueron igualmente eficaces y superiores a un placebo psicológico (terapia educativa de apoyo). **En contraste** con los estudios anteriores, Stangier et al. (2003) hallaron que

la terapia cognitiva de Clark y Wells fue más eficaz, tanto en el pretratamiento como en el seguimiento, cuando se aplicó individualmente. Según el metaanálisis de Méndez, Sánchez y Moreno (2001), el tratamiento individual es menos eficaz en el seguimiento, mientras que en el metaanálisis de Fedoroff y Taylor (2001) no hubo diferencias entre ambos tipos de aplicación. Por otra parte, en el estudio de Woody y Adessky (2002), el grado de cohesión del grupo no predijo los resultados de la TCC, mientras que en el de Taube-Schiff et al. (2007), el grado de cohesión aumentó de mitad al final del tratamiento y correlacionó con la mejora obtenida. Sofi y cols. (2007) aplicaron la TCC de Heimberg en grupos de 6 a 22 participantes y hallaron que los grupos más pequeños obtuvieron mejores resultados, aunque dieron lugar a más abandonos.

UTILIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Discutida hasta aquí la cuestión de la eficacia de los tratamientos psicológicos con relación a condiciones control, queda por ver la de la **utilidad clínica** de los mismos. La utilidad clínica implica tres aspectos a) **Generalizabilidad** de los resultados a los contextos clínicos reales, lo que incluye las características de los pacientes y terapeutas, y la forma de trabajar en dichos contextos. b) **Viabilidad** de la intervención: aceptabilidad de la misma por parte de los clientes (coste, dolor, duración, efectos secundarios, etc.), probabilidad de cumplimiento, facilidad de diseminación entre los profesionales. c) **Eficiencia**: relación costes/beneficios tanto para el cliente como para la sociedad.

Varios estudios muestran que la **TCC aplicada en la práctica clínica habitual (pública o privada)**, ya sea de forma individual o grupal, **da lugar a resultados similares a los obtenidos en investigaciones controladas** (Gaston et al., 2006; Leveni, Piacentini y Campana, 2002; Lincoln et al., 2003; McEvoy, 2007). En cambio, el tamaño del efecto de la **TCC intensiva** (2 bloques de 3-5 días separados por una semana) en un contexto clínico real puede ser algo menor que el de las investigaciones controladas (Hunt y Andrews, 1998; Mörtberg, Berglund y Sundin, 2005; Mörtberg et al., 2006), aunque dicha TCC intensiva ha sido más eficaz que la lista de espera y puede requerir más tiempo para que se vean sus efectos; de hecho, los tamaños del efecto son mayores en el seguimiento. Por otra parte, Gaston et al. (2006) compararon directamente el mismo programa de TCC aplicado por terapeutas experimentados durante 10 sesiones en una unidad universitaria de investigación y en la práctica privada. Ambos grupos mejoraron significativamente y mantuvieron los resultados a los 3 meses, sin que se encontraran diferencias entre ellos.

Un estudio muy ambicioso sobre la utilidad clínica de la TCC para la fobia social es el de Lincoln et al. (2003). La TCC consistió en **exposición y autoexposición prolongadas e intensivas combinadas con reestructuración cognitiva**. El tratamiento incluyó 6-8 horas diarias con el terapeuta durante 1 semana y una fase de autoaplicación supervisada mediante contactos telefónicos o personales. Un 10% de los pacientes no aceptaron el tratamiento y 8% lo abandonaron, aunque en un estudio posterior con 287 pacientes, estos porcentajes fueron 16% y 15% respectivamente (Lincoln et al., 2005). Los resultados conseguidos por 57 terapeutas en 4 centros distintos con 217 fóbicos sociales –que en elevada proporción habían recibido ya tratamientos previos, tomaban medicación y presentaban trastornos comórbidos– fueron muy positivos. El 56% de los pacientes mejoraron de forma muy significativa y la mayoría redujo de forma notable la interferencia del trastorno en sus vidas; un 2% de los pacientes empeoraron. Los tamaños del efecto fueron similares a los obtenidos en diversos metaanálisis de estudios controlados. La experiencia de los terapeutas (categorizada según el número de pacientes tratados) no correlacionó con los resultados. La restricción de la muestra a aquellos pacientes que cumplían los criterios de selección típicos de los estudios controlados no dio lugar a mayores tamaños del efecto. Similarmente, McEvoy (2007) halló que la eficacia de la TCC en un centro de salud mental no se vio afectada por variables como: puntuar 18 o más en el BDI, tener 50 o más años, presentar trastorno comórbido de ansiedad o depresión, tener problemas con el alcohol o ser estudiante.

En el estudio de van Dam-Baggen y Kraaimaat (2000) el **entrenamiento grupal en habilidades sociales** aplicado en un contexto clínico alcanzó en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses tamaños del efecto comparables o superiores a los obtenidos en investigaciones controladas. Por otra parte, Blomhoff et al. (2001) han mostrado que puede enseñarse a médicos generales a evaluar la fobia social generalizada y a tratarla mediante **AEV** en un contexto de atención primaria con resultados relativamente buenos a corto plazo (el estudio es descrito más adelante).

Aunque los resultados obtenidos en investigaciones controladas parecen ser generalizables a la práctica clínica habitual, hay que tener en cuenta que la **duración del tratamiento** y el **porcentaje de abandonos** (30-35% en los trastornos de ansiedad) son **mayores** en el último caso (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007; Turner et al., 1995). Por lo que se refiere a la **duración de la terapia conductual y cognitivo-conductual en la práctica clínica habitual**, Turner et al. (1995) hallaron que el tratamiento de la fobia social requirió de media **29 horas** a lo largo de **3-6 meses**, lo cual es algo más que las 21 horas de media de las investigaciones (Bados, García y Fusté, 2003); la duración fue menor que en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo (46 h, 3-12 meses), similar a la del trastorno de pánico con/sin agorafobia (27 h, 3-6 meses) y el trastorno de ansiedad generalizada (23 h; 3-6 meses), y mayor que la de las fobias específicas (13 h, 3 meses) y la fobia la sangre (11 h, 3 meses). Hay que tener en cuenta que la duración del tratamiento es mayor en los casos que presentan comorbilidad con otros problemas y menor en caso contrario.

Halperin et al. (2000) aplicaron TCC en grupo para tratar la ansiedad social en pacientes **esquizofrénicos**. Mientras que el grupo de lista de espera no mejoró, el grupo tratado lo hizo en ansiedad y evitación social, estado de ánimo y calidad de vida. Kingsep, Nathan y Castle (2003) también hallaron en pacientes con esquizofrenia que la TCC fue mejor que la lista de espera en las medidas anteriores, miedo a la evaluación negativa y psicopatología general; las mejoras se mantuvieron en el seguimiento a los dos meses.

Con vistas a reducir la duración y abaratar los costes de la TCC, Scholing y Emmelkamp (1993a, 1993b, citados en Feske y Chambless, 1995) compararon 8 y 16 sesiones de terapia y hallaron **mejores resultados con el tratamiento más largo**, ya fuera TCC o exposición. Esto coincide con los resultados del metaanálisis de Sánchez, Rosa y Olivares (2004); y también en parte con el metaanálisis de Feske y Chambless (1995), según el cual, un mayor número de sesiones de exposición, pero no de TCC, llevó a mayores mejoras en ansiedad social en el postratamiento, aunque no en el seguimiento. Wells y Papageorgiou (2001) han presentado una terapia cognitiva breve (4-8 sesiones) con resultados satisfactorios por parte de 6 fóbicos sociales, pero no hubo comparación con un tratamiento más largo. Herbert, Rheingold y Goldstein (2002) hallaron que una TCC grupal a lo largo de 6 semanas produjo mejoras significativas que se acentuaron durante las 6 semanas siguientes; los resultados se mantuvieron a los 3 meses. Los tamaños del efecto en el seguimiento a las 6 semanas fueron comparables a los obtenidos en otros estudios previos en los que se aplicó la TCC grupal durante 12 semanas.

Gruber et al. (2001) compararon en fóbicos sociales solicitados 12 sesiones del programa de TCC grupal de Heimberg con una versión abreviada de este programa que incluyó 8 sesiones y el empleo de un **ordenador de bolsillo** que ayudaba a aplicar la reestructuración cognitiva durante la exposición en vivo. Ambos tratamientos fueron superiores a la lista de espera, especialmente el primero, y no hubo diferencias entre ellos ni en el postratamiento ni a los 6 meses. Una limitación importante de este estudio es que el porcentaje de fóbicos sociales generalizados fue mucho mayor en el grupo de lista de espera.

Se han desarrollado también **programas de ordenador que permiten reducir el tiempo de contacto directo con el cliente**. Por ejemplo, el ordenador se encarga de tareas más rutinarias

como justificar el tratamiento, ayudar a identificar los antecedentes del miedo, ayudar a elaborar objetivos y dar retroalimentación sobre el progreso. El terapeuta, en sesiones muy breves que totalizan 1,5-2 horas, supervisa cómo le ha ido al cliente durante la AEV. Este tipo de programas puede ser tan eficaz como la AEV guiada totalmente por el terapeuta (6-7 horas) y más que la autorrelajación, aunque el número de abandonos puede ser mayor (Kenwright, Liness y Marks, 2001; Marks et al., 2004). Estos estudios se han realizado mezclando distintos tipos de fobias; además, haría falta investigar qué pasaría si la intervención fuera más larga.

Walter et al. (1999, citado en Cox et al., 2002) compararon tres formas de administrar la TCC (relajación, reestructuración cognitiva, EV y AEV): **dirigida por un terapeuta profesional, dirigida por un terapeuta no profesional** (un miembro de una asociación de trastornos de ansiedad) **y biblioterapia con un contacto mínimo con el terapeuta**. Los tres tratamientos fueron más eficaces que un grupo de lista de espera y no difirieron entre sí, salvo en depresión en que el grupo con terapeuta no profesional fue superior al de biblioterapia.

Los resultados de Rapee et al. (2007) contrastan con los anteriores. Estos autores compararon cuatro condiciones en fóbicos sociales graves. El grupo con **biblioterapia pura** de tipo cognitivo-conductual sólo difirió del de lista de espera en el porcentaje de pacientes libres del diagnóstico de fobia social en el postratamiento (20% frente a 6%), aunque este porcentaje se redujo a la mitad a los 3 meses. Así, pues la **eficacia** de la biblioterapia pura (sin asistencia por parte de un terapeuta) fue **muy limitada** con este tipo de pacientes. En contraste, la biblioterapia más 10 horas de contacto grupal con un terapeuta fue claramente superior a la lista de espera y no difirió de la TCC grupal (reestructuración, exposición, entrenamiento en atención) que implicó 20 horas con un terapeuta. Además, estos dos tratamientos fueron mejores que la biblioterapia pura tanto en el post como en el seguimiento a los 3 meses. De este modo, el **uso supervisado de biblioterapia parece eficaz y permite reducir el tiempo de dedicación por parte de un profesional**.

Para aumentar la disponibilidad del tratamiento, se han comenzado a investigar programas aplicados a través de **internet** y con un mínimo contacto con el terapeuta vía correo electrónico (3 h). Estos programas han sido superiores a la lista de espera a corto y medio plazo (Andersson et al., 2006; Titov, Andrews y Schwencke, 2008) y parecen útiles al menos para pacientes con alto nivel educativo y que están interesados en dicho tipo de programas. El tratamiento de Andersson et al. (2006) incluyó dos sesiones de 3 horas de EV en grupo, pero los datos de un estudio no controlado de los mismos autores sugieren que pueden conseguirse los mismos efectos sin las sesiones de exposición (Carlbring et al., 2006). De hecho, Tillfors et al. (2008) no hallaron ninguna diferencia entre el tratamiento de internet más cinco sesiones grupales de EV y el tratamiento de internet solo. En estos estudios, los tamaños del efecto fueron comparables a los de las intervenciones presenciales.

Botella, Hofmann y Moscovitch (2004) han presentado un **programa autoaplicado de evaluación y tratamiento del MHP (HÁBLAME) que se sigue a través de internet**. La intervención incluye información sobre la ansiedad, reestructuración cognitiva, exposición ante ciertos auditorios grabados (clase, entrevista laboral, tribunal de oposición, examen oral, reunión laboral, congreso, grupo de amigos) y actividades entre sesiones. Los miembros del auditorio pueden adoptar una actitud positiva, negativa o neutral. El programa es de pago y puede encontrarse en castellano en <http://www.internetmeayuda.com>. Los autores aconsejan su empleo único para los casos menos graves, aunque para el resto puede ser útil en combinación con el trabajo hecho con un terapeuta. Existen datos preliminares que sugieren que el programa es eficaz con universitarios voluntarios (Botella, Guillén y García-Palacios, 2007). Gallego (2006) ha constatado en fóbicos sociales solicitados con miedo a hablar en público que el programa es igual de eficaz cuando es totalmente autoaplicado por internet que cuando lo es por un terapeuta; ambos tratamientos fueron superiores a un grupo de lista de espera, aunque el porcentaje de abandonos fue muy alto en ambos tratamientos (50% y 39%). Las mejoras se mantuvieron a los 6 meses.

Los **programas de autoayuda** que se basan en manuales y/u otro material de apoyo (cintas de vídeo y magnetofónicas, programas de ordenador, internet) y un **contacto mínimo** con el terapeuta –ya sea directo o no presencial (unas 2-4 horas mediante teléfono o correo postal o electrónico)– se han mostrado **moderadamente más eficaces que los grupos control** y sus resultados se mantienen a medio plazo; son especialmente útiles si el trastorno no es muy grave, no hay una depresión grave y los clientes están muy motivados y no pueden acceder a un tratamiento presencial con un terapeuta por razones geográficas, económicas o personales. Sin embargo, su eficacia puede ser menor que la de las intervenciones presenciales (Hirai y Clum, 2006). Por otra parte, con los programas de autoayuda puede **aumentar el número de los que no aceptan o abandonan el tratamiento**, aunque esto no ha sido confirmado en el metaanálisis de Hirai y Clum (2006) por lo que a los abandonos se refiere. Para reducir los abandonos, ha sido útil suplementar el programa basado en internet y correos electrónicos con breves contactos telefónicos semanales con el terapeuta en los que este da retroalimentación y responde preguntas sobre el tratamiento (Carlbinding et al., 2007). Finalmente, **los programas de autoayuda puros funcionan peor** que aquellos con un contacto mínimo con el terapeuta (Hirai y Clum, 2006; Titov et al., 2008).

Finalmente, Gould et al. (1997, citado en Eng, Roth y Heimberg, 2001) calcularon la **relación coste/beneficio** de los tratamientos de la fobia social y concluyeron que la TCC, especialmente el programa grupal de Heimberg, resulta más barata que la terapia farmacológica. El estudio de Roberge et al. (2004) también sugiere que la TCC tiene una mejor relación coste/beneficio en comparación a la terapia farmacológica. Sin embargo, la terapia cognitiva de Clark resulta costosa, ya que, para ser muy eficaz, requiere ser aplicada individualmente y con sesiones de 75-90 minutos.

A continuación se tratarán algunos **aspectos generales** importantes de cara a la intervención con adultos y se describirán algunas pautas específicas importantes para llevar a cabo la **exposición** (en vivo y simulada) y la **terapia cognitiva** en el caso de la fobia social, ya que estos son o bien los tratamientos más usuales o bien los componentes de la intervención combinada más aconsejada (TCC que integra reestructuración cognitiva y exposición); las instrucciones o el entrenamiento más formal en concentración en la tarea o interacción social está o debería estar incluido en todos los casos. De todos modos, conviene tener en cuenta que el tratamiento conductual y el cognitivo-conductual no se diferencian en que el primero no tenga en cuenta los factores cognitivos, sino en que los enfatiza mucho menos y sólo los aborda directamente cuando interfieren con la exposición. Cuando se dispone de poco tiempo de tratamiento, la exposición es un tratamiento menos complejo que la intervención combinada y debe ser preferida.

Cuando se combinen, **la exposición y la reestructuración deben estar integradas**: la reestructuración verbal debe facilitar la exposición y los experimentos conductuales, mientras que los resultados de estos dos últimos se emplean para modificar las cogniciones desadaptativas. De todos modos, en tres estudios sobre el tema (Antona et al., 2006; Scholing and Emmelkamp, 1993a, 1993b, resumidos estos dos últimos en Scholing y Emmelkamp, 1999), los resultados no han variado en general, ni a corto ni a largo plazo, según que la exposición precediera, siguiera o estuviera integrada desde el principio con la reestructuración cognitiva (terapia cognitiva de Beck o terapia racional-emotiva de Ellis). De todos modos, hubo una tendencia a que los resultados fueran peores en el grupo que comenzó por reestructuración.

Por otra parte, **el tratamiento debe ser individualizado**: el peso de cada componente y la adición de otras posibles técnicas, como el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en respiración o relajación, dependerá de los problemas específicos y características de los pacientes; de todos modos, la exposición parece un ingrediente esencial.

Para acabar el tema del tratamiento de la fobia social en adultos, se comentarán algunos as-

pectos sobre el **entrenamiento en habilidades sociales** —el cual es necesario con ciertos pacientes, al menos los más graves—, el **programa de mantenimiento** de los logros y los aspectos a tener en cuenta **cuando el tratamiento se aplica en grupo**. Finalmente, se comentarán algunos programas existentes para el tratamiento de la fobia social en **adolescentes y niños**.

ASPECTOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN

Al igual que con cualquier otro trastorno, es fundamental: a) establecer una buena **relación terapéutica**, la cual puede verse interferida por los miedos sociales del paciente, b) acordar, a partir de los datos obtenidos en la evaluación y de las experiencias del cliente, una **conceptualización** del problema en la que se destaquen los elementos del mismo y los factores que contribuyen a su mantenimiento (puede ofrecerse también una breve explicación sobre el posible origen del trastorno), c) acordar con el cliente los **objetivos específicos** a conseguir, y d) justificar y describir en general el **tratamiento a seguir** y su eficacia. Se aconseja que, a no ser que las características del cliente aconsejen lo contrario, la conceptualización del problema no se presente de un modo directivo, sino que se llegue a la misma en colaboración con el paciente y apoyándose en las experiencias de este. También es aconsejable que el modelo explicativo se vaya dibujando en una pizarra u hoja de papel para que terapeuta y paciente puedan verlo y discutirlo juntos. Una vez acordado el modelo explicativo, conviene darle al cliente una copia por escrito para que pueda consultarla cuando desee o se le pida.

La conceptualización variará naturalmente según la orientación terapéutica que se siga. Si esta es **cognitivo-conductual**, puede seguirse una forma simplificada del modelo presentado en la figura 1. En este pueden omitirse, por una parte, los apartados de activación de supuestos (los cuales se considerarán más adelante), humor deprimido, reacciones negativas por parte de los otros y déficit de habilidades sociales, caso de no estar implicado; y por otra, la atención selectiva y la impresión distorsionada pueden agruparse bajo el término “atención hacia sí mismo”. El tratamiento que se deriva es una combinación de exposición y reestructuración cognitiva y, caso de ser necesario, entrenamiento en habilidades sociales más o menos amplio. Botella, Baños y Perpiñá (2003) presentan en los apéndices 26 y 27 unas páginas dirigidas a los pacientes en las que se les explican qué es la fobia social, cómo surge, qué puede hacerse para tratarla y los modos defensivo y hedónico de relacionarse con los demás.

El **impacto negativo de las conductas defensivas** puede ser difícil de captar por parte de algunos clientes. En estos casos, para demostrar los efectos de estas conductas sobre los síntomas físicos, actuación y conciencia de sí mismo, se pide al cliente que participe en la consulta en una interacción social, artificial o simulada, bajo dos condiciones opuestas (llevando o no a cabo sus conductas de seguridad) y luego se discuten los efectos en ambas condiciones. (Conviene tener en cuenta que al retirar las conductas defensivas, puede producirse un cierto incremento temporal de la ansiedad subjetiva, aunque mejora la actuación y la impresión que se da. Puede verse un ejemplo en Bates y Clark, 1998.) Por otra parte, aunque el **papel negativo de la autoconciencia** suele ser visto mucho más fácilmente, también se pueden llevar a cabo interacciones sociales bajo dos condiciones contrarias: atención centrada en sí mismo contra atención centrada en la tarea o interacción social.

Si la orientación es más conductual, el modelo explicativo simplificado que se presenta al cliente será diferente. En este caso, puede argüirse que las situaciones sociales temidas dan lugar a ansiedad y a atención centrada en uno mismo, las cuales se influyen mutuamente entre sí. La ansiedad genera conductas defensivas y de evitación, las cuales, si bien reducen la ansiedad a corto plazo, contribuyen a mantenerla. El resto del modelo puede quedar igual, excepto que las expectativas negativas pueden ser presentadas básicamente como concomitantes de la ansiedad que se

reducirán al disminuir esta como resultado de terminar con las conductas defensivas y de evitación y con la atención hacia sí mismo. El tratamiento que se deriva es exposición –con el empleo de vídeo para combatir la impresión errónea que los fóbicos sociales tienen de sí mismos– y, caso de ser necesario, entrenamiento en habilidades sociales más o menos amplio. Un modelo aún más conductual no consideraría la atención centrada en sí mismo, sino que haría hincapié en la ansiedad y en las conductas defensivas y de evitación y tendría como objetivos la habituación de la ansiedad, la reducción o eliminación de las conductas citadas y el entrenamiento de las habilidades sociales necesarias.

Los **objetivos terapéuticos** a conseguir no tienen por qué incluir todas las situaciones temidas por el cliente, ya que esto alargaría mucho la terapia. Una alternativa es seleccionar con el paciente unas cuantas situaciones importantes para trabajarlas directamente en el tratamiento y dejar el resto para que el cliente las maneje por su cuenta a partir de lo aprendido. Sin embargo, un posible riesgo de esta forma de actuar es que aumente la probabilidad de recaída en función del número de situaciones que se sigan evitando.

Los miedos sociales del paciente pueden activarse también ante el terapeuta. Este puede ser visto como una fuente de evaluación negativa, con la consiguiente repercusión en el comportamiento del paciente durante la sesión: evitación del contacto visual, rubor, menor concentración en lo que se explica, dificultad para expresar ciertas opiniones, problemas para compartir y analizar cogniciones negativas, perturbación de la relación terapéutica, etc. Para que la ansiedad social vaya disminuyendo poco a poco, el terapeuta debe mostrarse comprensivo (“imagino qué es difícil decir ciertas cosas a un extraño”) y no juzgador, pasar por alto inicialmente las cuestiones que el cliente no desee abordar y reservar el posible empleo de la confrontación para más adelante. Además, si es preciso favorecer la concentración del cliente, pueden emplearse medios como los siguientes: repetir más de una vez las ideas importantes, emplear la pizarra, hacer resúmenes frecuentes, dar por escrito la información importante, pedir al paciente que resuma y/o escriba los puntos importantes en la sesión (como mínimo las actividades entre sesiones) y pedirle también que escuche en casa grabaciones de las sesiones (Bados, 2001a).

Si bien algunos pacientes se muestran ya ansiosos al principio, otros desarrollan el miedo cuando el terapeuta les conoce mejor y piensan que han suscitado expectativas que no pueden satisfacer. En consecuencia, temen defraudar al terapeuta si expresan ciertas opiniones, protestan por ciertas actividades entre sesiones o formulan dudas sobre la marcha del tratamiento. Hay que estar atento al hecho de que un paciente pueda estar intentando complacer al terapeuta en vez de expresar sus propios deseos y sentimientos, ya que, si esto no se corrige, se facilitará el abandono del tratamiento y la consiguiente atribución del fracaso a sí mismo por parte del paciente. La solución en estos casos es que el miedo del cliente interfiera seriamente con la marcha de la intervención es abordar directamente este miedo mediante el cuestionamiento de los pensamientos automáticos correspondientes y la realización de las actividades temidas respecto al terapeuta (Scholing, Emmelkamp y van Oppen, 1996).

Hay que **vigilar para que los pacientes no mantengan metas del tratamiento poco realistas**. Algunos piensan que aprenderán a sentirse siempre sin malestar al interactuar con otra gente, pero no hay tratamiento, por prolongado que sea, que pueda conseguir esto; además, un cierto grado de ansiedad social es normal e incluso deseable en muchas situaciones. Otros creen que aprenderán reglas claras de cómo comportarse en las situaciones sociales, pero aunque el tratamiento ofrece cierta ayuda al respecto, es imposible tener en cuenta toda la diversidad de situaciones sociales; además, y más importante, muchas situaciones sociales son impredecibles y existen opiniones diversas sobre qué comportamientos son más adecuados. Finalmente, los clientes con miedo a sus síntomas somáticos (rubor, sudor, temblor) en situaciones sociales suelen desear la desaparición de estos síntomas, pero estos son susceptibilidades individuales con las que hay que aprender a convivir; si esto se consigue, se supone que, al reducirse el miedo, disminuirán en in-



tensidad, frecuencia y/o duración (Bados, 2001a).

Los fóbicos sociales **tienden a menospreciar los logros conseguidos**, más aún si son lentos o pequeños. Menospreciar el progreso es más fácil cuando las tareas que se propone el cliente son cosas que resultan fáciles para la mayoría de la gente. A continuación se presentan varios ejemplos de cómo la gente degrada sus éxitos y, entre paréntesis, de las **respuestas que ayudan** a enfocar las cosas de forma positiva. La derivación de estas respuestas puede hacerse a través de la reestructuración cognitiva, del entrenamiento autoinstruccional o de la provisión de información por parte del terapeuta o del grupo (los fóbicos sociales tienden a infravalorar su actuación, pero no la de los demás).

- a) “Cualquiera podría hacer esto”. (“No, si se sintieran tan ansiosos como yo”).
- b) “Debería haberlo hecho mejor”. (“Con tiempo lo conseguiré; ahora haré lo que pueda”).
- c) “Nadie creerá que eso era importante”. (“A lo mejor no, pero yo sé lo importante que es”).
- d) “He conseguido hacer X, pero no estoy satisfecho porque me he sentido muy ansioso”. (“Lo importante ahora es lograr X, luego ya irá disminuyendo la ansiedad con la práctica”).
- e) “Hoy ha sido un día horrible”. (“Tan sólo ha sido un día malo, ni más ni menos. Todo el mundo los tiene, Mañana será un día mejor”).

Conviene **avisar** al paciente (y prepararlo para ello) de que la **superación de la fobia social puede no producir efectos positivos inmediatos con las personas conocidas**, debido a las actitudes previas de los demás hacia él. Por otra parte, la exposición y los experimentos conductuales en la reestructuración cognitiva no pueden llegar a demostrar que los juicios negativos de los otros no existan realmente, ya que la gente puede callarlos o ser más suave por educación o consideración. La única manera de trabajar esto es aprender a **tolerar la evaluación negativa y a comprender que esta es compatible con la aceptación por parte de la mayoría de los otros**. En otras palabras, **lo importante no es tanto convencerse de que la evaluación negativa es menos probable de lo que se cree, sino aceptar que no es tan catastrófica como se piensa**: los demás pueden evaluar negativamente ciertos comportamientos de uno en algún momento, pero no por eso le rechazan (aunque una minoría puede hacerlo) (Bados, 2001a).



En principio, y hasta que no haya más datos al respecto, no se recomienda introducir **medicación** junto con el tratamiento psicológico, ya que no constituye un remedio a medio/largo plazo y puede favorecer la dependencia. De todos modos, medicaciones como los betabloqueantes y benzodiazepinas pueden ser útiles como medidas temporales cuando un paciente llega al tratamiento en un momento de crisis (p.ej., tiene que dar en breve una importante charla en público). **Si un cliente ya está tomando medicación de forma regular**, lo más recomendable es llegar a un compromiso que implique estabilizar la dosis y, una vez que el cliente haya aprendido a manejar la ansiedad y las situaciones temidas y tenga más confianza en sí mismo, plantearle el abandono gradual de la medicación bajo supervisión médica. Conviene estar vigilantes durante este periodo para prevenir una posible recaída. Asimismo, es importante hablar con el paciente para que **no emplee nunca la medicación antes de una exposición**, sesión de grupo o experimento conductual, ya que esto favorece la dependencia respecto a la misma y no aumenta la confianza en sí mismo y en los recursos que va aprendiendo. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el abuso de **alcohol** dificulta o impide la solución de la fobia social.

Hay que avisar a los clientes de que el **progreso no será lineal**. Aunque se irá avanzando, es normal que haya altibajos y contratiempos. Lo que se logró ayer, puede parecer imposible hoy y se puede perder parte de lo que se había ganado. Sin embargo, esto es inevitable y lo importante es seguir practicando.

De cara al mantenimiento de los resultados, deben perseguirse ciertos **cambios en el estilo de vida** del paciente, tales como potenciar sus contactos con conocidos, ampliar su red de contactos sociales, participar en actividades que le permitan interactuar con otros (trabajo voluntario, grupos de aficiones), etc. Esto es especialmente importante en personas que carecen de un empleo estable y/o se encuentran aisladas.

Otros aspectos que conviene tener en cuenta en el tratamiento son los posibles **beneficios** de la conducta de evitación, aunque esto es poco frecuente, y la existencia de una familia o pareja que no apoyan al paciente o que incluso pueden reforzar sus conductas de evitación.

EXPOSICIÓN EN VIVO

La exposición **permite lograr tres objetivos**: a) Aprender a **romper o reducir la asociación** entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones. b) Aprender que las **consecuencias negativas anticipadas no ocurren** y que, por tanto, no hay base para el miedo. c) Aprender que uno puede llegar a **manejar o tolerar la ansiedad y el pánico**, ya sea mediante los propios recursos o con las técnicas de afrontamiento enseñadas (reestructuración cognitiva, respiración controlada, relajación), si este ha sido el caso. De hecho, la exposición a las situaciones temidas es el contexto requerido para que alcancen un nivel adecuado de eficacia otras técnicas tales como las de afrontamiento mencionadas, la concentración en la tarea y el entrenamiento en habilidades sociales (Bados, 2001a). □

La EV por sí sola es una técnica **necesaria, pero generalmente insuficiente**. Por ejemplo, puede no reducir la ansiedad si los pacientes se caracterizan por errores cognitivos graves y evalúan incorrectamente las situaciones sociales y su desempeño en ellas. Además, puede no reducir suficientemente el miedo a la evaluación negativa, reducción que parece ser un predictor de la mejora clínica. Los efectos principales de la exposición se dan en la conducta de evitación, ansiedad subjetiva y activación fisiológica.

Los programas de exposición implican como **recurso esencial del tratamiento la AEV**, la cual es básica de cara a la generalización del cambio. Además, suelen incluir la práctica simulada de situaciones problemáticas (**exposición simulada o ensayo de conducta**). Conviene no emplear **AEV sola**, al menos inicialmente, ya que **suele ser menos eficaz que** cuando se combina con exposición simulada o en vivo **asistida por el terapeuta o por otras personas allegadas** (Bados, 2001a). □

En general, se aconseja que, como mínimo al inicio del tratamiento y también en las situaciones que el cliente encuentre más difíciles, **la AEV sea precedida por la exposición simulada, por la EV asistida** por el terapeuta o por otras personas debidamente preparadas, **o por la exposición imaginal**. Esta última puede ser especialmente útil para pacientes muy evitadores o extremadamente ansiosos y para aquellas situaciones temidas que son poco frecuentes en la vida real o difíciles de simular con realismo en la consulta; también, como se explicará más tarde, puede ser provechosa para abordar las peores consecuencias temidas.

La **duración** de un tratamiento de exposición variará en función del número de situaciones sociales temidas, entre otras variables. Es normal que hagan falta al menos 10 sesiones y no es extraño que se necesite el doble, el triple o más conforme aumenta el número de situaciones temidas. En el caso de comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación, el tratamiento puede durar 1 año o más. La posible **distribución por sesiones** se comenta a continuación (Bados, 2001a):

- La **primera sesión** se dedica al acuerdo sobre la conceptualización del problema (a partir de los datos obtenidos en la evaluación y de las experiencias del cliente), especificación de los objetivos a lograr y descripción y justificación el tratamiento a seguir (exposición simulada y en vivo) y su eficacia. En aquellos casos en que vaya a emplearse la respiración controlada para manejar la activación autonómica, se comienza el entrenamiento en esta sesión y se prolonga habitualmente a lo largo de las dos siguientes. Esta sesión termina, al igual que las posteriores, pidiendo al cliente que resuma lo que ha aprendido y preguntándole si hay cuestiones que no han quedado claras o han sido poco consideradas. Como actividades para casa, el cliente puede seguir completando el autorregistro introducido en la evaluación (situación, nivel de ansiedad, conducta, reacciones de los demás) y escribir situaciones para la elaboración de la jerarquía de exposición.

Si el tratamiento es en grupo, puede empezarse por reforzar a los pacientes por haberse decidido a cambiar y por formar parte de una terapia de grupo; asimismo, se puede señalar las ventajas de este formato de terapia. Después se pasa a las presentaciones de los miembros (cada miembro puede presentar a otro tras haber hablado con él), a la explicación de las reglas básicas de funcionamiento (asistencia a las sesiones, puntualidad, participación en el grupo, respeto a las intervenciones y opiniones de los otros, confidencialidad de lo tratado en el grupo –puede establecerse un contrato de grupo si se desea, véanse Botella, Baños y Perpiñá (2003) y Heimberg y Becker (2002)– y realización de las actividades entre sesiones) y a que los clientes compartan detalladamente sus miedos sociales y metas de tratamiento.

- En la **segunda sesión** se acuerda el orden del día y se revisan las actividades entre sesiones. Estas son una parte fundamental del tratamiento y se cree que contribuyen a corto y/o medio plazo a una mayor eficacia del mismo (Leung y Heimberg, 1996). Después, se elaboran los primeros pasos de la jerarquía o jerarquías de exposición, se selecciona alguna actividad para la exposición simulada, se acuerda una o más metas no perfeccionistas y se lleva a cabo la exposición; conviene poner especial énfasis en focalizar la atención en la tarea y en prevenir más o menos gradualmente las conductas defensivas. Luego, se revisa la exposición simulada y se repite en caso necesario. Finalmente, se acuerdan las actividades que el cliente practicará en su medio natural y anotará en un autorregistro (véase más abajo).

Es importante discutir con el paciente las guías básicas a la hora de llevar a cabo la exposición y proporcionárselas por escrito. Por otra parte, en aquellos casos en que vaya a trabajarse la asertividad, se discute, justo antes de introducir este tema, los derechos básicos que toda persona tiene y las características del comportamiento sumiso, asertivo y agresivo; también se presentan varias situaciones por escrito con respuestas de estos tres tipos para que los pacientes aprendan a discriminar entre las mismas (véanse Caballo, 1993, págs. 226-228 y 360-365; Lange y Jakubowski, 1976, págs. 41-52; Roca, 2003).

- En las **siguientes sesiones** se acuerda el orden del día, se revisa cómo han ido las actividades de AEV, se refuerzan los esfuerzos y progresos y se buscan soluciones para las posibles dificultades habidas. Se llevan a cabo nuevos ensayos de exposición simulada con situaciones anteriores que no han podido ser manejadas y/o con nuevas situaciones de la jerarquía.

Salvo que el cliente manifieste claros aspectos negativos, conviene introducir a partir de la tercera sesión la **grabación en vídeo** de alguna o algunas de las exposiciones simuladas para que su visionado ayude al cliente a modificar la imagen distorsionada que tiene de sí mismo. Si es necesario, se introduce el **entrenamiento en habilidades sociales** para la situación que se precise o bien, si el problema es más general, se integra con la

exposición ya desde el principio. Tras la exposición simulada, se acuerdan nuevas actividades entre sesiones. Se sigue este proceso trabajando cada vez situaciones más difíciles y eliminando conductas defensivas hasta lograr las metas del tratamiento o la mayor aproximación posible a las mismas.

- La **última sesión** se dedica a la presentación del programa de mantenimiento.

Las pautas para programar la EV a las situaciones sociales temidas son similares en muchos casos a los de otros tipos de fobias y han sido ya explicadas en los temas de “Fobias específicas” y “Agorafobia y pánico”. A pesar de esto, existen ciertas **particularidades** de la EV en el tratamiento de la fobia social que conviene tener en cuenta y que serán también comentadas a continuación. Es preciso destacar que aunque la exposición parece una técnica de fácil aplicación, requiere una gran experiencia, flexibilidad y capacidad de motivación por parte del terapeuta a la hora de elaborar tareas de exposición y persuadir a los clientes para que las afronten; por poner sólo un ejemplo, hay que ser empático y firme, pero no autoritario. Las guías a tener en cuenta para la EV se exponen a continuación (Bados, 2001a).

- **Justificación de la técnica.** Tras explicar en qué se basa la técnica y por qué es eficaz, se presenta la exposición como un programa sistemático y estructurado que requiere un esfuerzo continuado y que implica tolerar cierta cantidad de ansiedad y malestar. (Para un ejemplo de cómo hacer esto, véase Scholing, Emmelkamp y van Oppen, 1996, pág. 149). Debe avisarse al cliente que la exposición será gradual, que la velocidad de avance se decidirá en función de sus circunstancias y progresos, que no se verá obligado a hacer cosas que no desee y que las situaciones que ahora le parecen más difíciles no lo serán tanto una vez que vaya dominando otras situaciones menos difíciles. Asimismo, si se va a enseñar alguna estrategia de afrontamiento, conviene señalar al paciente que esto le permitirá manejar más fácilmente las situaciones a las que se exponga.

- **Graduación de la exposición.** Para aumentar la motivación y prevenir los abandonos, se aconseja que la exposición sea **gradual**. Se comienza por ítems o situaciones que produzcan ansiedad relativamente baja o moderada; una buena pauta es que **el primer paso a intentar** sea una situación en la que el cliente tendrá éxito, es decir, en la que podrá permanecer y actuar con al menos un nivel moderado de competencia. Luego, se va **avanzando lo más rápido que se pueda** hacia situaciones muy ansiógenas y totalmente evitadas, pero sin abrumar al cliente con ansiedad o pánico inmanejables. No conviene que la exposición sea demasiado graduada, ya el progreso será muy lento y el cliente se puede desanimar. De todos modos, el **carácter impredecible** de muchas interacciones sociales hace más difícil programar la exposición gradual en vivo, ya que una situación en principio fácil puede convertirse en algo o mucho más difícil según la actuación de los demás. Una forma de paliar esto es explicar al paciente que la **exposición gradual es deseable, pero no es siempre posible**, por lo que es mejor estar preparado para ello. Otra solución, no incompatible con la anterior, es preparar a los pacientes mediante **ensayos de conducta o exposición simulada** (véase más abajo).

- **Jerarquía de exposición.** Utilizar un enfoque gradual de exposición implica elaborar una o más jerarquías ordenando de mayor a menor ansiedad las **situaciones problemáticas** para el paciente. Lo primero es identificar el **tipo de situaciones generales** que conviene que cada cliente en particular practique en la EV. Por ejemplo, a) decir que “no”, b) iniciar, mantener y terminar conversaciones (puede incluirse aquí aprender a tolerar algunos silencios), c) pedir un favor, d) ser criticado y saber responder a la crítica, e) expresar y mantener la propia opinión, f) hacer cumplidos, g) dar información sobre uno mismo, h) pedir ayuda, i) expresar las propias emociones, j) formular una queja, l) admitir la propia ignorancia sobre un tema, m) concertar una cita, n) hablar en público, ñ) hablar por teléfono, o) disculparse, p) responder a las bromas, q) unirse a una conversación o actividad ya en marcha, r) solicitar un cambio en una conducta o suceso molesto, s) ser observado, t) cometer “errores” (comportarse de un modo “inepto” o “inaceptable”): llamar a

números de teléfono equivocados delante de otra gente, derramar el café, dar de menos al pagar, decir incorrectamente el autor de una obra, emplear mal el tiempo pasado de un verbo irregular, dar información incorrecta sobre cuestiones no esenciales, etc. El paciente debe aprender que estos errores sociales son normales y que sus consecuencias son, según los casos, inexistentes, leves o de corta duración. **La exposición a cometer “errores” es esencial**, ya que la reducción duradera de la ansiedad social requiere un cambio en la tendencia a sobrestimar las consecuencias desastrosas de una mala actuación y no sólo el cambio en la tendencia a sobrestimar la probabilidad de dicha actuación (Hofman y Scepkowski, 2006; Smits, Rosenfield, McDonald y Telch, 2006).

Una vez identificadas las situaciones generales o temas problemáticos, se puede construir **una sola jerarquía multitemática** (incluye diversos tipos de situaciones sociales temidas) o, **más frecuentemente, diversas jerarquías**, una para cada tipo o categoría de situación temida (p.ej., iniciar y mantener conversaciones, mantener la propia opinión, manejar las críticas). Cada una de estas jerarquías se trabaja separadamente, algunas de ellas en paralelo y otras, que corresponden a temas más difíciles, más tarde. Al trabajar **pasos de distintas jerarquías a la vez**, si su nivel de ansiedad es similar, se acelera el progreso. □

El primer paso para construir una jerarquía es que cliente y terapeuta identifiquen las posibles situaciones que la integrarán, aunque hay que favorecer la máxima **iniciativa** por parte del **cliente**. Deben incluirse todas aquellas situaciones temidas/evitadas o, si son muchas, una muestra **representativa** de las mismas y lo preferible, por razones motivacionales, es que sean **pertinentes y significativas** para el cliente; es decir, situaciones reales que debe afrontar en su vida o que es probable que encuentre o tema encontrar. De todos modos, puede haber situaciones que el cliente rechace porque dice que no las va a querer hacer en su vida diaria, pero que pueden ser muy útiles para provocar las sensaciones y pensamientos temidos y aprender a manejarlos.

Las situaciones a incluir en la jerarquía deben ser descritas con la suficiente **especificidad para poder ordenarlas** y, por tanto, para tener control sobre el nivel de ansiedad que generan al cliente. En este sentido, “presentar un informe oral durante 15 minutos ante los jefes y compañeros del departamento” es más específico que “presentar un informe”. Así pues, es fundamental tener en cuenta los **factores que influyen en el miedo/evitación** del cliente; por ejemplo, formalidad de la situación, estructura (el que las reglas sociales definidas sean más o menos claras), lugar, duración, ocurrencia anticipada o más o menos improvisada, características de los otros (medida en que se les conoce, nivel socioeconómico, atractivo físico, sexo, edad, educación, nivel de autoridad, estado civil, nivel de experiencia en la materia de que se trate), reacciones de los otros, número de personas presentes, probabilidad de contacto futuro y contar o no con la compañía del terapeuta u otra persona.

El número de situaciones o pasos a incluir en una jerarquía es muy variable, aunque suele oscilar **entre 10 y 20**. La jerarquía o jerarquías de exposición pueden elaborarse **ya enteras desde el principio o por partes conforme avanza la intervención**. Esto último puede ser preferible por varias razones: a) es probable que una jerarquía completa inicial tenga que ser modificada más adelante, b) puede ser muy difícil para un cliente elaborar el extremo amenazante de la jerarquía, y c) el hecho de que el terapeuta mencione al principio los pasos finales de la jerarquía puede conducir al cliente a rechazar la intervención o a pensar en las *cosas terribles* que vendrán en vez de concentrarse en el tratamiento. □

En la **tabla 5** pueden verse **ejemplos de posibles pasos** más o menos generales para los temas de ser observado, aserción en las compras y hablar en público. Heimberg y Becker (2002, págs. 213-226) presentan posibles contenidos para trabajar dentro de la sesión los siguientes temas: iniciar conversaciones con una persona con la que se tiene un interés romántico, concertar una cita, otras conversaciones, hablar en público, escribir delante de otros, comer o beber delante de otros, trabajar mientras se es observado, interacción con figuras de autoridad, entrevistas labo-

rales, unirse a conversaciones en curso (para ello, se forman varias parejas en el grupo a las que el paciente se acerca), dar y recibir cumplidos, cometer errores delante de otros, revelar información personal, expresar opiniones y defenderlas, abandonar una situación social y ser observado, y miedo a estar en un grupo. También presentan (págs. 278-281) ejemplos de posibles actividades entre sesiones para algunos de estos temas. A la hora de cometer errores delante de otros, es aconsejable crear situaciones en que es probable que ocurran; puede utilizarse la tarea Stroop o juegos de habilidad (p.ej., Tangram) o de conocimientos (p.ej., el Trivial).

- **Duración de la exposición.** Se aconseja que la **exposición sea prolongada**, es decir hasta que la ansiedad se reduzca sustancialmente (p.ej., hasta la mitad del nivel máximo experimentado en la situación) y desaparezca el posible deseo de escapar. Sin embargo, muchas **situaciones sociales son de duración limitada** (iniciar una conversación, tomar la palabra brevemente, saludar a un desconocido, preguntar algo, firmar, responder preguntas cerradas, expresar ciertas críticas), por lo que la exposición prolongada no es posible. En estos casos se requieren **exposiciones cortas y repetidas**, lo más seguidas que las circunstancias permitan. Un ejemplo sería la persona que hace una pregunta a otra en la calle y luego va repitiendo con distintas personas. También pueden llevarse a cabo una tras otra diversas actividades distintas, pero que suscitan un nivel de ansiedad similar.

Otra perspectiva diferente de la anterior tiene en cuenta que es la habituación entre sesiones y no la habituación intra-sesiones la que predice resultados positivos. En consonancia con esto, desde esta perspectiva se pide al paciente que permanezca en la situación el tiempo suficiente o la repita no hasta que la ansiedad disminuya, sino **hasta que aprenda que las consecuencias que teme no ocurren o lo hacen raramente o que puede afrontar el estímulo temido y tolerar la ansiedad** (Craske, Anthony y Barlow, 2006). De este modo, aunque la ansiedad puede mantenerse en mayor o menor grado durante una sesión, terminará por disminuir en sesiones posteriores. Siguiendo el criterio propuesto por esta perspectiva, una sesión de exposición suele durar 60 minutos o más durante los cuales se lleva a cabo una exposición prolongada o repetida a la situación temida. Antes de cada exposición, el paciente debe identificar lo más específicamente que pueda aquello que le preocupa que pueda suceder y, tras la misma, debe anotar si ha ocurrido realmente lo que le preocupaba (y, en caso afirmativo, en qué grado). Por otro lado, desde una tercera perspectiva (la de la **autoeficacia**) el criterio de duración de la EV es que el cliente permanezca en la situación o la repita hasta que **sienta que tiene suficiente control**.

Por otra parte, a pesar de recomendar a los pacientes que permanezcan y se impliquen en las situaciones de exposición, se les puede decir que en caso de experimentar una ansiedad excesiva en un momento dado, pueden **emplear estrategias de afrontamiento** (distracción, respiración controlada, autoinstrucciones) o **escapar temporalmente de la situación**. Esto último debe ser breve, ya que de prolongarse, reduce la eficacia de la exposición.

- **Velocidad de la exposición (criterio para dar por superado un paso).** Existen varias opciones para decidir cuándo se puede proceder con el siguiente paso de la jerarquía: a) Desde la perspectiva de habituación de la ansiedad, el cliente repite cada paso de la jerarquía (el mismo día o lo antes posible), hasta lograr que en **dos exposiciones consecutivas la ansiedad sea nula o leve** (p.ej., 2 o menos en la escala 0-8) o hasta conseguir **reducir la ansiedad rápidamente**. b) Desde la perspectiva del aprendizaje correctivo, se repite un paso de la jerarquía hasta que **el paciente aprende verdaderamente que las consecuencias que teme no ocurren nunca o lo hacen raramente y su nivel de ansiedad es leve** (2 o menos sobre 10) (Barlow y Craske, 2007; Craske, Anthony y Barlow, 2006). c) Desde la perspectiva de la autoeficacia, el cliente repite un paso hasta que **siente suficiente confianza para afrontar el siguiente paso**. Lo importante aquí no es la habituación de la ansiedad, sino la adquisición de un sentido de control.

Es frecuente que los clientes **se contenten con haber manejado bien un tipo de situa-**

ción una sola vez y piensen que no hay necesidad de repetirla. Sin embargo, es normal que esta actitud enmascare el miedo de los clientes a cómo puedan ir las cosas la próxima vez, por lo que conviene que sigan afrontando la situación. Si realmente no tienen miedo, no pasará nada por repetir la exposición, pero lo habitual es que se requieran exposiciones repetidas a la misma situación para que la ansiedad disminuya y aumente la confianza en uno mismo. Afrontar con éxito la situación una sola vez comporta un riesgo elevado de que el paciente atribuya el resultado a la suerte en vez de a su propia habilidad.

- **Periodicidad de la exposición.** En la práctica clínica habitual, independientemente de la frecuencia de veces que el terapeuta acompañe al cliente durante la EV, se aconseja a los pacientes que hagan exposiciones **5-6 días a la semana**, aunque el promedio de práctica suele ser 3-4 días a la semana. Los clientes que más y mejor practican parecen mejorar más, aunque los datos son contradictorios. Naturalmente, la frecuencia con la que se practique una situación en particular dependerá de las posibilidades de hacerlo. **Algunas situaciones sociales temidas pueden ser poco frecuentes:** reuniones de departamento, charlas de un maestro ante grupos de padres, enfrentamientos con el jefe, recibir cumplidos. Posibles soluciones son **simular situaciones** del mismo tipo, **practicar situaciones similares** (p.ej., dar charlas ante otras personas, hacer preguntas en conferencias), llevar a cabo la exposición en la **imaginación** o, si puede hacerse, **aumentar la frecuencia de dichas situaciones**.

- **Implicación en la exposición y concentración en la tarea.** Por una parte el paciente debe aceptar su ansiedad o manejarla, si es excesiva. Por otra, es especialmente importante enseñar a los clientes a **concentrarse en la tarea o interacción social** (conductas requeridas en una situación determinada, comportamientos de los otros, aspectos del ambiente necesarios para llevar a cabo la tarea) en vez de en las sensaciones internas, errores propios y pensamientos negativos, que les llevan a centrarse en sí mismos. Esto les permitirá: a) reducir la conciencia e intensidad de los síntomas de ansiedad; b) minimizar o evitar la interferencia que la conciencia de sí mismos tiene en su comportamiento; y c) obtener información que les ayudará a juzgar más realísticamente la situación social y a invalidar sus creencias negativas (“todo el mundo se da cuenta de lo nervioso que estoy”, “los demás me ven tal como yo me siento”).

El estudio de Wells y Papageorgiou (1998) sugiere que la eficacia de la exposición es aumentada si se añade una focalización de la atención en el mundo externo con el fin de someter a prueba las creencias negativas (p.ej., que uno es percibido por los demás de la forma en que uno se siente). Bögels, Mulken y de Jong (1997) han descrito un **entrenamiento en concentración en la tarea** (ECT) dirigido al tratamiento del miedo a sonrojarse, pero que es también extensible a otros miedos a manifestar síntomas de ansiedad (temblor, sudor); los autores aconsejan que en una segunda fase se aplique reestructuración cognitiva dirigida a las creencias básicas que el paciente tenga sobre el hecho de sonrojarse. Los pasos de la primera fase, así como otras técnicas para facilitar la concentración en la tarea, pueden verse en la **tabla 6**. En un estudio de 6 semanas con fóbicos sociales con miedo a sonrojarse como queja principal, Mulken et al. (2001) hallaron que al añadir ECT a la exposición en vivo hubo una tendencia a una mayor reducción del miedo a sonrojarse en el postratamiento y una mayor reducción de cogniciones negativas en el seguimiento a los 6 meses; sin embargo, no se observaron diferencias en el seguimiento al año. En un estudio posterior con fóbicos sociales con miedo a sonrojarse, temblar o sudar como queja principal, Bögels (2006) comparó ECT y relajación aplicada, seguidas ambas de terapia cognitiva. Ambos tratamientos fueron eficaces, pero el **ECT fue mejor que la relajación aplicada** antes de introducir la terapia cognitiva. Tras esta, desaparecieron las diferencias, pero en el seguimiento al año el grupo con ECT fue superior no sólo en disminuir la atención centrada en sí mismo, sino también en reducir el miedo y las creencias negativas sobre los síntomas. Esto último sugiere la **importancia de abordar directamente el sistema de procesamiento automático y no sólo el contenido de los esquemas disfuncionales**.

Rapee y Sanderson (1998) presentan otro **entrenamiento en atención** que incluye: a) Discutir con el paciente los efectos negativos de centrar la atención en sí mismo o en la posible evaluación negativa por parte de los demás; para ello se emplean ejemplos extraídos de la experiencia del paciente. b) Ejercicios para fortalecer la atención durante periodos cada vez más prolongados; por ejemplo, leer pasajes relativamente poco interesantes de libros o revistas, tachar determinadas letras en textos escritos, hacer crucigramas o realizar ejercicios de aritmética mental. c) Meditación de cualquier tipo, aunque recomiendan uno en el que se asocia la respiración con el conteo. Tras lograr una respiración lenta y regular, el paciente cuenta mentalmente y visualiza el número 1 cuando inhala y la palabra “calma” cuando exhala. Esto se repite durante el tiempo estipulado o bien puede ir aumentándose la cuenta hasta 10 con cada inhalación y volver a empezar con 1. La atención debe mantenerse en los números y en la palabra “calma”; si aparecen pensamientos extraños, la atención debe redirigirse al ejercicio de meditación.

Botella, Baños y Perpiñá (2003) presentan un **ejercicio interesante para ayudar a focalizar la atención**. Se entrega a los pacientes una cinta de **vídeo** de 5 minutos en la que aparece un **auditorio** de 7-8 personas; una reacciona de forma negativa (bosteza, se mueve inquieta, mira el reloj, hace gestos de aburrimiento), dos de forma positiva (asientes, sonríen) y el resto, de modo neutral. Se pide a los pacientes que preparen una charla de 5 minutos y que cada día la den ante el auditorio grabado, imaginando que es real y prestando atención a los aspectos positivos de la situación (p.ej., personas que miran con interés) y de sí mismo (p.ej., “me estoy expresando con claridad”), lo cual les facilitará la tarea de dar la charla. Tras la primera semana, se discute cómo ha ido y se sigue con el entrenamiento formal al tiempo que se dan instrucciones para aplicar lo aprendido a las actividades de EV y a las situaciones sociales con las que se encuentran.

Un **entrenamiento en atención** muy diferente a los anteriores ha sido propuesto por Wells, White y Carter (1997) y se basa en la escucha de estímulos auditivos. El procedimiento requiere fijar la vista en un punto fijo y procede a través de tres fases en cada sesión: atención selectiva (a una variedad de sonidos, primero dentro y luego fuera de la sala), cambio de atención (centrarse en un sonido y luego cambiar rápidamente a otro) y atención dividida (centrarse en tantos sonidos diferentes como se pueda simultáneamente y contarlos). Las fases duran respectivamente 5, 5 y 2 minutos y el nivel de dificultad se va incrementando. La técnica es practicada fuera de sesión por el paciente mientras no está ansioso y no debe ser empleada como estrategia de afrontamiento. Se supone que esta técnica mejora el control atencional y reduce la atención centrada en sí mismo. La técnica por sí sola, sin el empleo de otras técnicas dirigidas a cambiar directamente el contenido de las valoraciones negativas, redujo la ansiedad y la creencia en los pensamientos de consecuencias negativas, aunque los datos provienen sólo de tres casos con diseño experimental. Por otra parte, Wells (2007) ha señalado que la utilización de cualquier entrenamiento en atención puede requerir el desafío de las creencias positivas de mantener la atención en sí mismo y de las creencias negativas sobre fijarse en el mundo externo.

Es fundamental considerar la **implicación de los clientes durante las tareas de exposición**, dada la tendencia de los fóbicos sociales a la evitación sutil durante las situaciones sociales: permanecen en estas, pero no se implican en las mismas. Por ejemplo, están en un grupo, pero no participan; hablan con una persona, pero no la miran; hablan mucho para que el otro no pueda plantear temas más difíciles; piden disculpas para no tener que escuchar las críticas de los otros; preguntan a otros, pero no dan información sobre sí mismos; hablan con otros, pero terminan la conversación abruptamente si se sienten mal. Además hay que prestar atención a otras **conductas defensivas** tales como beber alcohol, llevar gafas oscuras o echarse el pelo largo por delante (en caso del miedo a sonrojarse), agarrar fuertemente los objetos o mantener rígido el cuerpo (en caso de miedo a temblar o a perder el control), comer poco o desmenuzar la comida (en caso de miedo a vomitar), etc.

Estas conductas defensivas deben ser eliminadas más o menos gradualmente. Los estu-

dios de Kim (2005), Morgan y Raffle (1999) y Wells et al. (1995) indican que puede aumentarse la eficacia de la exposición si se dan instrucciones a los pacientes para **reducir y abandonar las conductas de seguridad**, las cuales, aunque empleadas para prevenir o minimizar las supuestas consecuencias negativas y reducir la ansiedad, impiden comprobar si las consecuencias temidas (humillación, rechazo) ocurren o no y ayudan a mantener la ansiedad. El trabajo de Kim (2005) indica que al retirar las conductas defensivas es más eficaz emplear una **justificación cognitiva** (la retirada de dichas conductas permitirá comprobar si las consecuencias temidas ocurren o no) que una justificación en términos de extinción (la retirada de dichas conductas permite reducir la ansiedad).

Las conductas defensivas pueden facilitar el afrontamiento en las primeras fases del tratamiento y cuando surgen obstáculos más tarde y son especialmente útiles en personas que presentan un nivel de ansiedad muy elevado; sin embargo, debe pedirse al cliente que las vaya abandonando para no interferir con el éxito de la intervención. El uso sensato de estas conductas (empleo temporal de las mismas) aumenta la sensación de control, hace que el tratamiento sea más tolerable (reduce los rechazos y abandonos), ayuda a superar obstáculos durante el mismo, facilita las actividades entre sesiones y no impide las experiencias disconfirmatorias (Rachman, Radomsky y Shafran, 2008). **Ahora bien, si las conductas defensivas no terminan por abandonarse**, los resultados son peores y aumenta la probabilidad de recaída. Por tanto, es muy importante evaluar su posible ocurrencia; para ello se puede: a) **ir preguntando al cliente** para comprobar si las utiliza o no, b) introducir un apartado al respecto en el **autorregistro**, y c) **preguntar a personas que le conozcan**. Esto último es importante cuando se sospecha que el cliente puede ser poco consciente de algunas estrategias defensivas o tener vergüenza de informar de las mismas.

- **Nivel de ansiedad durante la exposición.** Debe decirse al paciente que es normal que experimente **ansiedad durante la exposición** y que además esto es útil ya que le permitirá aprender a tolerarla: la idea es aceptar los síntomas de ansiedad, no luchar contra ellos. Sin embargo, la ansiedad no debe alcanzar un nivel tal que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de miedo o con las actividades a realizar, lo cual puede ocurrir especialmente si la persona se concentra en sus pensamientos atemorizantes o intenta eliminar la ansiedad a toda costa. **Si la ansiedad comienza a ser excesiva**, el cliente puede emplear las estrategias de afrontamiento **para manejarla, pero no para intentar eliminarla**.

- **La colaboración del terapeuta y/u otras personas.** El cliente debe practicar él solo cada situación de la jerarquía (**autoexposición**), pero en aquellas que le resulten difíciles, puede buscar inicialmente la compañía de alguien de su medio o de miembros del grupo de terapia o del terapeuta para que le proporcionen apoyo, aliento y retroalimentación. Se aconseja que el **terapeuta o un compañero o familiar debidamente preparado acompañe ocasionalmente y ayude al cliente durante la EV cuando**: a) no se atreva a comenzar la AEV, b) se quede bloqueado en un momento dado del tratamiento o c) cumpla regularmente con la AEV, pero su ansiedad no se reduzca. También es aconsejable que el terapeuta o una persona allegada acompañe a los niños durante las primeras sesiones de exposición. La observación del cliente durante la exposición permite evaluar en directo los principales miedos del cliente, comprobar si utiliza conductas defensivas y/o valorar cómo y cuando utiliza las estrategias de afrontamiento. Además, el terapeuta puede modelar conductas de afrontamiento, dar información para eliminar conductas defensivas y servir como conducta temporal de seguridad. Tanto por cuestiones de coste/beneficio como para evitar la dependencia, es aconsejable que el terapeuta acompañe pocas veces al cliente y que este practique por su cuenta hasta la próxima sesión. En caso necesario, la presencia del terapeuta puede desvanecerse gradualmente mediante el empleo de llamadas telefónicas.

- **La relación terapéutica.** El terapeuta debe ser cordial y **empático**, y a la vez **firme** (pero no autoritario) en la conducción del tratamiento acordado. Esto implica por una parte que no hay que estar interesado sólo en los logros del cliente, sino también en sus sentimientos. Y por otra,

que no hay que ceder fácilmente ante las **objeciones más o menos racionales** del paciente para llevar a cabo ciertas actividades [p.ej., “¿por qué voy a decirle a mi amigo que no le dejo más dinero? (a pesar de que no me ha devuelto nada de lo que le he prestado otras veces y esto me hace sentir mal con él); en realidad, no necesito el dinero”]. Estas objeciones suelen obedecer frecuentemente al miedo; por ello, conviene señalar al paciente que una vez superado dicho miedo, podrá tomar decisiones más libremente y, probablemente, de modo más adecuado.

- **La importancia de la autoexposición.** Las actividades de AEV son una parte fundamental de la EV, pero resultan más ansiógenas que aquellas realizadas con compañía. Para incrementar las probabilidades de que el cliente realice las tareas resulta esencial que a) **entienda los beneficios** que le van a reportar y por qué, y b) que las exposiciones se **acuerden conjuntamente**, en vez de ser simplemente asignadas. Es importante **acordar en detalle** en qué consistirán las actividades (lugar, personas implicadas, conductas a realizar, cuándo se llevarán a cabo) y **preguntar por posibles dificultades** previstas en la ejecución de las mismas de cara a buscar posibles soluciones. Para aumentar la probabilidad de que el paciente lleve a cabo las actividades, conviene preguntarle por el **grado en que se considera capaz de realizarlas y acordar aquellas con valores de 80% o más**. Especialmente al comienzo del tratamiento puede ser conveniente pedir a los clientes que anoten lo que tienen que hacer y que lo describan para comprobar que no haya malentendidos. Por otra parte, y especialmente conforme avanza el tratamiento, hay que favorecer la máxima **iniciativa** por parte del cliente en la elección de las situaciones a practicar.

- **Otros aspectos a tener en cuenta antes de comenzar la exposición.** Algunos aspectos importantes son los siguientes:

- **Metas perseguidas en la exposición** Hay que vigilar que las **metas cumplan ciertas condiciones**: a) Deben ser formuladas en términos concretos y **específicos**. b) Deben ser formuladas en términos de **conductas observables** en vez de estados afectivos. Es decir, lo importante, al menos inicialmente, es que el cliente sea capaz de desempeñarse en las situaciones a pesar de su ansiedad. c) Deben ser **realistas**, es decir no excesivamente elevadas, dados los recursos actuales del cliente. d) La consecución de las mismas debe **depender del comportamiento del cliente** y no del de las otras personas. Así, si el vecino de arriba suele hacer mucho ruido hasta las dos de la mañana, la meta de la práctica podría ser solicitar que deje de producir los ruidos a partir de las 12 de la noche; la meta no sería conseguir necesariamente que nos haga caso. **En la sesión siguiente se revisa** en qué medida se han conseguido las metas propuestas y el grado de satisfacción del cliente. Es importante no preguntar simplemente por cómo ha ido, sino por si se han alcanzado o no las metas acordadas, ya que es frecuente que un paciente persista en evaluar su comportamiento según metas más perfeccionistas y menos adecuadas (p.ej., actuar sin ansiedad).
- **Contrarrestar la autoimagen negativa.** Para contrarrestar la imagen negativa que los fóbicos sociales tienen de sí mismos, se les puede pedir que **al abordar una situación temida recuerden logros previos** en otras situaciones sociales, **rememoren sus cualidades positivas** o actúen en las situaciones **como si fuesen personajes más decididos**, cuyo papel ellos representan; esta última estrategia debe ser temporal y hay que vigilar para que no se convierta en una conducta defensiva. Otro método con apoyo empírico es la **formación de autoimágenes alternativas y el empleo de las mismas** en situaciones sociales. Existen dos maneras de formar una autoimagen menos negativa: a) Pedir al paciente que vea en **vídeo** (bajo las condiciones enumeradas más abajo) su actuación durante una exposición simulada; si no se dispone de vídeo, pueden emplearse las opiniones de los compañeros de grupo de terapia. b) Pedir al paciente que recuerde una situación social en la que se sintiera **relajado** y preguntarle cómo actuó y se sintió y qué impresión causó

a los demás. La primera de estas dos maneras puede ser más eficaz para mantener luego la imagen alternativa (Hirsch et al., 2003).

- **Reforzamiento.** Antes de comenzar cada práctica, el cliente debe pensar en los **beneficios** que le supondrá poder realizarla. Asimismo, debe fijarse en los avances que va consiguiendo, por pequeños que sean, y **elogiarse** por ellos; lo importante es recompensarse, por ejemplo, por haber conseguido mantener una conversación 5 minutos en vez de criticarse por no haber hablado más tiempo o por haber sentido miedo. Formas de recompensarse son felicitar a sí mismo por el progreso, contar los logros a personas de confianza y decidir hacerse pequeños regalos o concesiones cuando se consigan ciertos objetivos. En el caso de los niños es útil emplear reforzadores de actividad y materiales además de sociales. Conviene insistir en que, **al menos inicialmente, una exposición exitosa es aquella en que se afronta la situación temida a pesar del miedo**, ya que las conductas cambian antes que la emociones.
- **Posibles reacciones negativas por parte de los demás.** Puesto que el paciente puede encontrarse en las situaciones reales con la indiferencia e incluso con **reacciones negativas por parte de los otros** (incomprensión, insolencia, desprecio, culpabilización, beligerancia, irritación, descortesía, rechazo), es importante **prepararle previamente** mediante la exposición simulada para que practique cómo responder ante dichas reacciones. Por ejemplo, Davis, McKey y Eshelman (1982/1985, págs. 153-155) describen una serie de **respuestas manipuladoras** que los otros pueden emplear para bloquear y atacar las respuestas asertivas (reírse, culpar, atacar, retrasar el cumplimiento de algo, interrogar, autocompadecerse, buscar sutilezas, amenazar, negar lo que se ha hecho) y las estrategias que pueden utilizarse para oponerse a dicha manipulación (disco rayado, acuerdo asertivo, pregunta asertiva, procesamiento del cambio, claudicación simulada, ignorar, quebrantamiento del proceso, ironía asertiva y aplazamiento asertivo). Algunas de estas estrategias y otras del mismo tipo son también descritas en Caballo (1993, págs. 267-271).



- **Autorregistro y revisión de las autoexposiciones.** Para poder revisar las actividades de AEV, conviene que el cliente complete, al menos para algunas situaciones, un **autorregistro** en el que consten: a) fecha y actividad de exposición, b) meta/s, c) ansiedad experimentada (0-100) (y ansiedad al final de la exposición si se sigue la perspectiva de la habituación), d) acciones realizadas (incluyendo posibles conductas defensivas), e) respuestas de los demás, y f) satisfacción con la propia actuación (0-100) de acuerdo con la meta propuesta, conclusiones extraídas y, si es el caso, acciones a emprender. Si se sigue la perspectiva del aprendizaje correctivo, el paciente apunta también lo que más le preocupa que suceda y si ha ocurrido o no. Una vez que el cliente ha resumido lo que ha aprendido de sus experiencias de AEV, estas son **discutidas individualmente** con el terapeuta **o en grupo** y el paciente recibe la retroalimentación y reforzamiento correspondientes.

El autorregistro permite **comentar con el paciente las conclusiones que va extrayendo** de sus actividades de exposición. De hecho, estas pueden plantearse no sólo con el fin de lograr la habituación de la ansiedad, sino como un modo de **someter a prueba las predicciones** acerca de las consecuencias temidas. Así, antes de cada exposición, el paciente predice las consecuencias negativas que ocurrirán y su gravedad; tras la exposición, anota las consecuencias realmente ocurridas y su gravedad, compara estos resultados con los predichos y extrae una conclusión.

Si el progreso se detiene en un paso, hay que intentar averiguar por qué. Una razón frecuente es que el paso elegido sea demasiado difícil en el momento presente o que suponga un paso demasiado grande desde el paso anterior. La solución está en buscar un paso más fácil o uno o más pasos intermedios entre el último paso practicado y el paso siguiente. En Bados (2001a) pueden consultarse otras **dificultades** que pueden surgir durante el tratamiento de exposición y posi-

bles soluciones a las mismas.

EXPOSICIÓN SIMULADA

La exposición simulada, también conocida como ensayo conductual, consiste en la exposición a situaciones sociales temidas que son simuladas o reproducidas en la sesión terapéutica. De este modo el terapeuta tiene mucho **más control** sobre lo que sucede durante la exposición, incluyendo su duración y el comportamiento del cliente y de los otros participantes. **Por lo general, las situaciones se simulan**, pero en otras ocasiones las situaciones son reales, aunque **artificiales** (p.ej., ir haciendo cumplidos a los distintos miembros del grupo, pedirles favores, compartir con ellos la opinión sobre algo). En el caso de situaciones simuladas y para facilitar una activación emocional significativa, debe procurarse que sean **lo más realistas posible**; esto conlleva la redistribución del mobiliario, la introducción de los elementos materiales necesarios (p.ej., bebidas, objetos) y dar instrucciones a los compañeros de simulación para que se comporten del modo esperado. Otras guías para la exposición simulada se exponen a continuación siguiendo a Bados (2001a).

La exposición simulada es **más fácil de conducir si el tratamiento es en grupo**, ya que los miembros pueden colaborar en la representación de los distintos roles que requiere cada situación. Conviene tener en cuenta que incluso en el tratamiento grupal los pasos de la jerarquía son **individualizados** para cada cliente. Inicialmente, los roles más complejos serán representados por el terapeuta o personas colaboradoras, pero luego esto será labor de los pacientes. Hay que asegurarse mediante la discusión correspondiente de que el interlocutor sabrá representar bien el papel y puede pararse la exposición si esta representación es problemática (p.ej., el interlocutor rompe los silencios prematuramente con un cliente con miedo a los silencios). Por otra parte, suele recomendarse que, en general, cliente e interlocutor no presenten miedos complementarios como sería el caso de un hombre y una mujer con miedo a interactuar con el sexo opuesto.

Conviene tener en cuenta que es muy probable que tras 6-9 sesiones de tratamiento en grupo, se haya producido habituación al mismo. Por ello, la **colaboración de otras personas desconocidas** para los pacientes (amigos, familiares, estudiantes de prácticum o postgrado e incluso personal administrativo) bajo el correspondiente compromiso de confidencialidad puede ser útil para crear situaciones más realistas y favorecer la generalización. La existencia del **grupo es también insuficiente** cuando se necesitan grandes auditorios (al hablar en público, p.ej.). Ya que no se puede aumentar el tamaño del grupo, puede acudirse a otros medios de potenciar la ansiedad: grabar en vídeo de modo que la cámara sea claramente visible, aumentar la formalidad de la situación, hablar sin mobiliario delante, no permitir el uso de notas, reducir o eliminar el tiempo de preparación, tener que hablar de un tema embarazoso o controvertido, hacer que los miembros del auditorio tomen notas en plan evaluador o se muestren críticos, etc. Estos medios dentro de la sesión siempre pueden complementarse con AEV ante públicos numerosos.

En caso de que el **tratamiento no sea en grupo**, es aconsejable buscar la colaboración de otras personas bajo compromiso de confidencialidad y con el permiso del paciente. Como se dijo antes, esto permite crear situaciones más realistas, favorece la generalización y permite que el terapeuta pueda dedicar su atención a observar la actuación y anotar los datos que le permitirán conducir la retroalimentación. Sin embargo, el psicólogo puede participar como interlocutor cuando: a) no se dispone de personas que puedan colaborar o b) el cliente manifiesta que la interacción con los posibles colaboradores le genera un nivel muy elevado de ansiedad y que prefiere iniciar la exposición con el terapeuta. En este caso, el psicólogo sólo representaría el papel de interlocutor en las primeras simulaciones.

Por cuestiones de tiempo, especialmente en el tratamiento en grupo, **es posible que sólo pue-**

dan trabajarse algunas de las situaciones de la jerarquía mediante exposición simulada. Terapeuta y cliente seleccionan estas situaciones y el resto las practica el paciente mediante autoexposiciones, las cuales son revisadas en sesiones posteriores. Asimismo, cuando el tratamiento es en grupo, es muy probable que **un cliente sólo pueda llevar a cabo exposiciones simuladas en sesiones alternas.** Qué clientes practicarán en una sesión, en qué orden y qué tipo de situaciones es algo que debe ser controlado por el terapeuta. Se recomienda no comenzar la primera exposición ni por el cliente con más ansiedad y déficits ni por el menos grave, sino por uno que presente una ansiedad moderada, pero pueda desenvolverse bien en la situación.

La **primera situación que se trabaja** mediante la exposición simulada debe ser una que el paciente pueda completar y en la que actúe con al menos un nivel moderado de competencia. Sin embargo, es frecuente, si se dispone de poco tiempo y las características del cliente lo permiten, comenzar por una situación calificada con 50 en la escala 0-100 de unidades subjetivas de ansiedad (USAs). Por otra parte, Heimberg y Becker (2002) aconsejan que, en general, **es preferible que la mayoría de las situaciones a trabajar (p.ej., concertar una cita) no hagan referencia a personas concretas** conocidas por el paciente (p.ej., Daniel o Claudia), sino a otra gente en roles similares (p.ej., una persona con la que se puede concertar una cita). La razón es que el cliente puede no aprender de la experiencia si piensa que el comportamiento o la apariencia del terapeuta o miembro del grupo que representa a la persona conocida difieren de los que caracterizarían a dicha persona en la situación real.

Las **metas de cada exposición deben ser realistas** y adecuadas a cada fase del tratamiento. Así, un fóbico con ansiedad heterosexual no debería proponerse en sus primeras interacciones con una persona del otro sexo no sentirse ansioso o no tartamudear nada en absoluto, sino, por ejemplo, ser capaz de hablar con el otro durante un tiempo determinado. **Al final del ensayo se revisa** en qué medida se ha conseguido la/s meta/s junto con las oscilaciones del nivel de ansiedad a lo largo de distintos momentos.

Algunos autores, como Heimberg, aconsejan obtener **calificaciones periódicas de la ansiedad subjetiva** a lo largo de la exposición simulada, incluso cada minuto. Esto sirve para controlar la habituación intra- y entre-sesiones e identificar los factores asociados a cambios en el nivel de ansiedad. Para que la obtención de las calificaciones perturbe lo menos posible la interacción social en curso, se utilizan dos estrategias: que el cliente tenga que decir sólo un número en la escala de unidades subjetivas de ansiedad (0-100) u otra similar y que los otros participantes ayuden al cliente a recuperar el hilo caso de que se pierda (“me estabas diciendo que...”). De todos modos, dado que la habituación intra-sesión parece mucho menos importante que la habituación entre sesiones, puede que no sea necesario obtener calificaciones tan frecuentes de la ansiedad dentro de una exposición.

En la exposición simulada, los ensayos pueden ocurrir sin retroalimentación específica sobre la actuación; el énfasis está entonces en la exposición prolongada o repetida a una situación. Sin embargo, lo usual es que los ensayos se combinen con **retroalimentación y reforzamiento**, primero por parte del propio cliente y luego del interlocutor, de otros miembros del grupo (si es el caso) y del terapeuta. La retroalimentación por parte de otras personas suele ser más realista que la del paciente y no implica infravaloración. Algunos pacientes **desestiman las opiniones más positivas de los otros** afirmando que lo dicen para animarles o para no hundirles; es útil en este caso preguntarles si cuando ellos valoran la actuación de los otros miembros del grupo, dicen lo que piensan o bien dicen cosas falsas simplemente por animar. Si la respuesta es lo primero, como es habitual, entonces el cliente suele admitir que los demás también hacen lo mismo; si no lo admite, se le pide que aporte alguna prueba que justifique el comportamiento diferencial de los otros en su caso y se discute.

Según Hope (1993), a pesar del empleo de la retroalimentación, los **ensayos difieren** de los

que se emplean normalmente en el **entrenamiento en habilidades sociales** en lo siguiente:

- El énfasis está en **incorporar los elementos temidos específicos de una situación, aunque** no sean pertinentes a las conductas requeridas. Por ejemplo, cómo se dispone el auditorio en una charla pública puede ser un estímulo temido importante, aunque las conductas necesarias para hablar en público no dependan del mismo.
- En vez de muchos ensayos breves con retroalimentación específica sobre diversos aspectos de la actuación, los **ensayos de exposición son más largos** para permitir la habituación.
- Las **situaciones simuladas pueden ser nada realistas o de ocurrencia extremadamente improbable, pero pueden representar el miedo de un fóbico social a lo que puede suceder**. Ejemplos son: el interlocutor es instruido para señalarle al cliente un determinado síntoma de ansiedad, aunque este es apenas visible; los que hacen de público se mofan del orador; el que hace de persona a la que se pide una cita se ríe del cliente o le dice que qué se ha pensado. Igualmente, si el cliente teme sudar, temblar o ponerse rojo, hay que usar algún medio para producir estos síntomas tal como se explicó antes. Se aconseja que este tipo de exposiciones vaya acompañado de reestructuración cognitiva antes y después del ensayo para preparar al cliente y analizar sus reacciones.

Cuando se detecten claros déficits de habilidades en una situación, la exposición simulada debe ser integrada con el entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, conviene tener en cuenta que los fallos claros de ejecución no implican necesariamente déficits de habilidades, sino que pueden ser debidos a ansiedad. Por ello, no conviene precipitarse al introducir el entrenamiento en habilidades; más vale esperar un poco y ver si con la repetición de las exposiciones y una retroalimentación mínima se reduce la ansiedad del cliente y mejora su actuación.

La **grabación en vídeo** de alguna o algunas de las exposiciones simuladas y el visionado conjunto de las cintas facilitan la retroalimentación y son fundamentales para ayudar al paciente a modificar la imagen distorsionada que tiene de sí mismo. Antes de ver el vídeo, se pide al cliente que [se siguen los pasos de Harvey et al. (2000), aunque Wells (1997) invierte el orden de los dos primeros]:

- a) Prediga el tipo e intensidad de los síntomas y conductas que mostrará en el vídeo; la intensidad puede operacionalizarse a través de calificaciones tipo Likert o modos más gráficos (muéstreme cuánto temblará, elija en esta carta de colores el rojo que corresponde a su rubor).
- b) Cierre los ojos e imagine claramente cómo cree que aparecerá (vídeo mental).
- c) Se mire a sí mismo como miraría a un extraño (es decir, desde la perspectiva de un observador objetivo), fijándose sólo en lo que ve y oye en la cinta, e ignorando explícitamente lo que siente. Previamente se discute la distinción entre cómo se siente uno y cómo aparece a los ojos de otros.

Posteriormente, cliente y terapeuta (y el resto del grupo si lo hay) revisan la cinta y el primero puede comprobar generalmente lo distinta que es la imagen que tiene de sí mismo de la que realmente ofrece, lo cual contribuye a reducir su ansiedad. **No es necesario pasar toda la grabación**, sino las partes que se consideren necesarias para que el cliente vea las diferencias entre sus percepciones subjetivas y su comportamiento. Por otra parte, conviene tener en cuenta que la retroalimentación audiovisual no será adecuada al comienzo del tratamiento para aquellos clientes que tengan una actuación muy deficiente. En estos casos, hay que posponer dicha retroalimentación hasta que mejoren los aspectos problemáticos mediante la exposición repetida y/o el entrenamiento en habilidades.



En los ensayos conductuales deben tenerse en cuenta las **posibles dificultades que pueden surgir en la situación** social considerada (p.ej., rechazo de una solicitud, reacciones de estar dolido o de culpabilización por parte de un amigo cuando se le niega una petición). De este modo, el cliente se prepara para lo que puede ocurrir en la situación real, aumenta su confianza y reduce su ansiedad anticipatoria.

Cuando la **ansiedad anticipatoria** experimentada constituya un problema especial, la solución puede ser considerar como situación temida la anticipación de lo que se teme (cita, comida, reunión, charla). Por tanto, la exposición consistirá en pensar sobre el acontecimiento venidero y hacer los preparativos necesarios para el mismo. Dentro de la sesión en grupo, la exposición a la ansiedad anticipatoria puede incluir informar al cliente sobre el ensayo que se hará y recordarle periódicamente que piense sobre el ensayo venidero mientras se trabaja con otro miembro. Similarmen- te, en una terapia individual se puede hablar sobre el ensayo venidero al comienzo de la sesión y no llevarlo a cabo hasta el final. Tanto en un caso como en otro, es fundamental que se lleve a cabo el ensayo anticipado; de no ser así, no podría suscitarse ansiedad anticipatoria en sesiones posteriores.

Si la exposición simulada a lo terrible que puede suceder fuera imposible o muy ansiógena, podría acudir-se a la **exposición imaginal** para abordar los peores miedos. **Pautas** para conducir la exposición imaginal prolongada y ejemplos de escenas pueden consultarse en Beidel y Turner (1998). Como estos autores señalan, las escenas deben incluir los elementos situacionales (descripción del contexto) y síntomas fisiológicos (p.ej., sudoración), cognitivos (p.ej., preocupación por ser visto como incompetente) y conductuales (p.ej., expresarse de modo confuso) asociados con el miedo, así como las consecuencias negativas temidas (p.ej., los demás se dan cuenta de la incompetencia de uno). La exposición imaginal propuesta por Beidel y Turner se basa en un modelo de habituación a la ansiedad a través de la exposición prolongada (90-120 minutos en las sesiones iniciales) y no incluye ningún tipo de estrategia de afrontamiento durante la misma. Si este procedimiento es más o menos eficaz que la exposición imaginal sin la inclusión explícita de las consecuencias negativas temidas o que la exposición simulada más reestructuración cognitiva, es algo que está por dilucidar. Un ejemplo de escena, propuesto por Turner, Beidel y Townsley (1992).

“Entra en la sala del tribunal donde ya ha hablado muchas veces. Cuando mira a su alrededor, ve al juez en el estrado y al jurado sentado a un lado. El resto de la sala está ocupada por colegas de su empresa, su jefe, abogados respetables de otras empresas y abogados con los que fue a la universidad. A medida que se acerca al centro de la sala para comenzar su exposición, ve que toda la atención está centrada en usted. Intenta comenzar a hablar, pero las palabras no salen de su boca. Lentamente, empieza a articular algunas palabras, pero está tan nervioso que no está seguro de lo que está diciendo. Su mente se ha quedado en blanco y no puede pensar en lo que decir a continuación. Mientras continúa hablando, sus piernas y manos están temblando muchísimo y los demás se están dando claramente cuenta. Su corazón late más y más rápido y nota una opresión en su pecho. El nudo en su garganta y la dificultad que experimenta para respirar le hace cada vez más y más difícil continuar hablando. Cuando mira a su alrededor, puede ver claramente las miradas desaprobadoras. Toda esta gente se da cuenta de lo nervioso que está y todos se están cuestionando la competencia que tiene. Están pensando que usted parece un paleta inculto que nunca debería haber llegado a ser un abogado. Su jefe ve lo mal que lo está haciendo y piensa que probablemente tendrá que sugerirle que cambie de trabajo. A medida que continúa hablando, puede apreciarse claramente el sudor en sus manos y en su frente, y su voz, sus manos y sus piernas continúan temblando. Comienza a sentirse mareado y con náuseas. Todo el mundo parece aburrido o sorprendido de cómo estar haciéndolo tan mal, pero usted no tiene otra elección que continuar hablando.”

Algunos clientes no informan ansiedad en las exposiciones simuladas. Posibles razones son: a) La exposición no incluye aquello que teme realmente el paciente o lo hace de modo poco destacado; habrá que identificar estos miedos e incluirlos en las situaciones de exposición. b) Los interlocutores no representan adecuadamente su papel; esto requiere instruirlos mejor o seleccionar otros miembros de dentro o fuera del grupo que sean más capaces de conseguir el efecto deseado. Otra posibilidad es que sea el propio paciente el que represente también el papel de la otra parte. c) El cliente no cree en el procedimiento y no se implica en el mismo; si esto no se resuelve, puede probarse con la exposición imaginal y/o en vivo. d) Las exposiciones son muy ansiógenas y el cliente está haciendo evitación cognitiva; habrá que empezar por situaciones más fáciles y discutir el papel negativo de la evitación.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Dentro de la terapia cognitivo-conductual, la reestructuración cognitiva se aplica siguiendo la línea de Beck con la finalidad de corregir los errores cognitivos típicos de los fóbicos sociales, dotarles de mayores recursos para afrontar las situaciones temidas y prevenir las recaídas. En el momento presente los **datos son contradictorios sobre si esta técnica cognitiva potencia o no la eficacia de la EV**. Tampoco se sabe si es superior o no al entrenamiento autoinstruccional o a la exposición imaginal a las situaciones y consecuencias negativas temidas.

En la reestructuración cognitiva el terapeuta ha de **ayudar al cliente** a: a) identificar las cogniciones pertinentes (pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre las reacciones de los otros), lo cual puede verse obstaculizado por el miedo a la evaluación negativa; b) comprender el impacto de las cogniciones sobre las reacciones emocionales y conductuales; c) considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba; d) cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas mediante preguntas (método socrático), información y experimentos; y e) modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas. Estas cogniciones alternativas deben ser al menos relativamente plausibles para el cliente y fáciles de recordar y utilizar.

Una vez que se ha entrenado al cliente en la técnica de la reestructuración cognitiva, se pasa a su aplicación durante los ensayos conductuales y tareas graduadas de AEV; es decir, reestructuración y exposición (simulada y en vivo) deben estar integradas. En concreto, se elabora una **jerarquía graduada de exposición** y a partir de aquí hay (Bados, 2001a):



- a) Una **reestructuración verbal previa** a cada situación de exposición en la que se identifican y cuestionan pensamientos negativos específicos y significativos, y se sustituyen por otros más adaptativos. En la reestructuración llevada a cabo en la consulta, el cliente es **ayudado por el terapeuta y, si es el caso, los demás miembros** del grupo. Conforme avanzan las sesiones, el papel del terapeuta debe ir disminuyendo. En la reestructuración previa a cada situación, **lo importante** no es tanto que el cliente quede convencido de que las cosas son de otra manera (esto requiere tiempo y acumulación de pruebas), sino que acepte que *pueden* ser de otra manera y esté dispuesto a comprobarlo. Por lo tanto, el papel de la reestructuración verbal es facilitar la exposición y los experimentos conductuales.
- b) Una **exposición a la situación** considerada en el paso anterior que sirve para someter a prueba las cogniciones del cliente y que, de hecho, se emplea frecuentemente con este fin explícito (**experimento conductual**). Justo **antes de esta exposición**, la persona emplea los pensamientos adaptativos previamente identificados que le permitan concentrarse en la tarea, manejar la ansiedad y facilitar una autoimagen más positiva; estos pensamientos pueden llevarse escritos en tarjetas. Si es necesaria una mayor preparación antes de la ex-

posición, el cliente puede llevar a cabo un ensayo encubierto imaginándose la situación temida, identificando sus pensamientos negativos y sustituyéndolos por otros más adaptativos. La exposición puede hacerse primero en la sesión (p.ej., con las situaciones más complicadas o problemáticas) y luego en el medio natural.

- c) Un empleo **durante la situación** de *breves* pensamientos alternativos en caso necesario. Las situaciones sociales no permiten un cuestionamiento detallado de los pensamientos durante las mismas ni el empleo de pensamientos positivos de forma repetitiva; esto interferiría con el desarrollo de la interacción o con la propia actuación y reduciría la atención hacia la información externa que sirve para invalidar los pensamientos negativos.

Algunos autores (Heimberg y Becker, 2002; Hope y Heimberg, 1993; Turk, Heimberg y Hope, 2001), piden a los pacientes que durante la exposición simulada hagan calificaciones periódicas de la ansiedad (cada minuto más o menos) y que con cada calificación **lean en voz alta de la pizarra el pensamiento adaptativo** que han derivado de la reestructuración. Las calificaciones periódicas de ansiedad no se piden cuando un cliente informa sistemáticamente de niveles muy altos o subestima la ansiedad manifestada mediante comunicación no verbal. En estos casos, se pide al paciente que se concentre cada minuto en el pensamiento adaptativo.

- d) Una **evaluación realista tras la situación** de lo ocurrido durante la misma con el fin de introducir los cambios oportunos en caso necesario. En la exposición simulada se revisa en qué medida se ha alcanzado la/s meta/s, la ansiedad experimentada, el empleo del pensamiento alternativo y el posible surgimiento de nuevos pensamientos negativos interferidores, los cuales pasan a ser reestructurados. Si es preciso, se repite la exposición. En la AEV esta evaluación la hace el cliente lo más pronto posible y luego se revisa en la siguiente sesión a partir del autorregistro completado en al menos algunas situaciones.

Este **autorregistro** puede incluir: a) fecha y actividad de exposición, b) ansiedad (0-100), c) pensamientos negativos y grado de creencia (0-100) en los mismos, d) pensamientos alternativos y grado de creencia en los mismos, e) creencia en los pensamientos negativos originales y nivel de ansiedad subsecuente, f) acciones realizadas (incluyendo posibles conductas defensivas), g) reacciones de los otros, y h) grado de satisfacción con la propia actuación (0-100) de acuerdo con la meta propuesta y, si es el caso, acciones a realizar. Este autorregistro puede simplificarse conservando sólo aquellos aspectos más importantes para un cliente en particular. (Para ejemplos de autorregistros diferentes, véase Rapee, 1998, págs. 68 y 86.) En el caso de las exposiciones planteadas explícitamente como **experimentos conductuales**, conviene que el cliente complete un autorregistro como el que se indica posteriormente.

Una posible **distribución por sesiones** del tratamiento cognitivo-conductual puede verse en la **tabla 7**. Aunque no indicado en la tabla, las sesiones (especialmente las primeras y las más importantes) suele terminar pidiendo al cliente que resuma lo que ha aprendido y preguntándole si hay cuestiones que no han quedado claras o han sido poco consideradas. El tratamiento incluye conceptualización del problema, reestructuración cognitiva, exposición y, en caso necesario, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en respiración controlada; otro componente importante es el programa de mantenimiento. Con aquellos pacientes que evitan un gran número de situaciones sociales, el tratamiento puede comenzar con un énfasis en la EV.

Para poder aplicar la reestructuración cognitiva, es necesario en primer lugar **identificar los pensamientos** automáticos y supuestos cognitivos del paciente. Bados (2001a, págs. 149-154) presenta modos de lograr esto y describe cómo **justificar** el empleo de la reestructuración cognitiva. Esta incluye un componente verbal y uno conductual.

Ejemplos de **preguntas que pueden utilizarse en la reestructuración verbal** pueden verse en la **tabla 8**. Naturalmente, estas preguntas no son exhaustivas. Además, no tienen por qué ser necesariamente las preguntas concretas a realizar, sino que pueden indicar el camino a seguir. Las preguntas están **agrupadas en cuatro bloques** según se empleen para: a) Examinar las **pruebas** de un pensamiento. b) Examinar la **utilidad** de un pensamiento. c) Examinar **qué pasaría realmente** si lo que se piensa fuera cierto (p.ej., quedarse en blanco) y una vez identificada una nueva cognición, examinar las pruebas de la misma. d) Examinar **qué se podría hacer** si lo que se piensa fuera cierto. Por ejemplo, un cliente con miedo a quedarse bloqueado al hablar en público podría pensar en posibles estrategias a emplear caso de que eso sucediera. **Cuando se puede hacer algo para afrontar lo que se piensa** (p.ej., quedarse bloqueado), puede ser aconsejable que la **identificación de posibles soluciones preceda a la identificación y análisis de lo que pasaría**, ya que el sentir que se cuenta con recursos, disminuye la catastrofización. No todos estos pasos han de ser aplicados necesariamente para cada pensamiento a reestructurar.



Una vez reestructurada la nueva cognición identificada en el bloque “c”, **se va repitiendo el proceso** de suponer que es cierta hasta que el cliente es incapaz de identificar un nuevo pensamiento perturbador, no cree en el nuevo pensamiento negativo identificado o genera una nueva cognición neutral o de afrontamiento creíble, o hasta que el terapeuta lo considere oportuno (véase un poco más abajo la cuarta precaución sobre el empleo de la desdramatización). La repetición del proceso señalado puede hacerse en la misma sesión o a lo largo de distintas sesiones.

Las preguntas terminarán por ir dirigidas a la discusión de los peores miedos: ser rechazado por otros, ser visto como incompetente, etc. Esto es lo que se conoce como **desdramatización (descatastrofización)**: imaginar que lo peor que se teme es cierto, analizar cuán malo sería realmente y, según los casos, cuánto duraría, y ver qué se podría hacer. De hecho hay clínicos que tras pedir al cliente que suponga que lo que piensa es cierto, le solicitan que identifique no simplemente lo que pasaría entonces, sino lo peor que podría pasar según él. Conviene señalar **varias cosas respecto a la desdramatización** (Bados, 2001a):



- **No se trata de ver un evento negativo como poco importante o neutral** (p.ej., es perturbador para la mayoría de la gente perder un amigo), sino de evaluar críticamente su impacto real. Esto debe hacerse sin perder la actitud empática hacia el cliente.
- **El paso de suponer que lo que se piensa podría ser cierto, no tiene por qué ser introducido en la misma sesión que los anteriores.** Los clientes que tengan dificultad para cuestionar las pruebas de su pensamiento inicial necesitarán trabajar más en ello, tanto en las sesiones como en casa, antes de pasar a cuestionar las derivaciones de dicho pensamiento.
- Como la desdramatización es una inundación cognitiva, hay que dedicarle el **tiempo suficiente** para que el cliente pueda procesar la información y experimentar alguna reducción de ansiedad; en caso contrario, puede ser perjudicial. (Una alternativa a la desdramatización verbal es la imaginación prolongada de las peores cosas temidas.)
- **Puede que la desdramatización no sea siempre apropiada.** No es lo mismo pensar “no le gusto a él/ella” que “no le gusto a nadie”. En este último caso es mejor centrarse sólo en la validez de las interpretaciones hechas y en la búsqueda de soluciones para lograr cambios deseados en vez de plantear si es tan malo no gustarle a nadie.

Ejemplos de **preguntas del primer bloque (examinar las pruebas)** que pueden emplearse con una persona que piensa que quedará en ridículo (la gente se mofará de él, al menos interna-



mente) si se bloquea o queda en blanco al hablar en público son: “¿Ha tenido experiencias en que se haya bloqueado y haya quedado en ridículo? ¿Cómo sabe que ha hecho el ridículo? ¿Ha visto a gente bloquearse y quedar en ridículo por esto? ¿Ha habido veces en que usted u otras personas se hayan bloqueado y no hayan hecho el ridículo? Cuando alguien se bloquea, ¿usted u otras personas se mofan de él? Si no se mofan, ¿cómo reaccionan? ¿Basta un bloqueo para quedar en ridículo? Si no, ¿qué más hace falta? Podría abordarse también la siguiente cuestión: Para que la gente reaccione, necesita darse cuenta del bloqueo, ¿se da cuenta la gente de todos los bloqueos? ¿Que usted se dé cuenta quiere decir que los otros también se den?” (Bados, 2001a).

Entre las preguntas enumeradas hay un par de ellas correspondientes a la estrategia de pedir al cliente que **se ponga en el lugar de los otros** (“cuando alguien se bloquea, ¿usted u otras personas se mofan de él?”; “si no se mofan, ¿cómo reaccionan?”). Esto es especialmente útil en la fobia social, ya que los pacientes reconocen que no reaccionarían negativamente si a los demás les ocurriera lo que a ellos les preocupa (p.ej., ponerse rojos, cometer una equivocación) o hacen lo que ellos temen hacer (p.ej., expresar una opinión controvertida); esto les puede ayudar a ver que los demás tampoco reaccionarán negativamente por lo general. Sin embargo, **algunos clientes creen que otros les evaluarán negativamente a pesar de que ellos no juzgarían negativamente** a otra persona por la misma acción. Conviene preguntar entonces al paciente si este comportamiento más crítico de los otros es hacia todas las personas en general o sólo hacia él. A partir de aquí, en el primer caso se pueden analizar con el cliente las pruebas que justifiquen que los demás sean menos considerados que él y pedirle que pregunte a los demás cómo ven las acciones de los otros para que compruebe que estos puntos de vista no difieren tanto de los suyos. En el segundo caso, se pueden analizar los datos de que los demás son más críticos con él que con las otras personas y llevar a cabo alguna prueba para ver si las cosas son realmente así (Bados, 2001a).

Una buena **pauta a seguir con las preguntas del primer bloque** respecto a un pensamiento negativo sería la siguiente: a) evaluar el grado de creencia en el pensamiento negativo; b) obtener las pruebas favorables a este pensamiento y discutir si realmente son favorables; c) buscar las pruebas contrarias al mismo; d) identificar interpretaciones alternativas; e) buscar la interpretación más probable según las pruebas existentes a favor y en contra de las distintas alternativas; f) evaluar el grado de creencia en la interpretación alternativa seleccionada (si se desea, puede establecerse también, en términos cuantitativos o cualitativos, la probabilidad de que las cosas sean como el cliente pensaba); y g) evaluar de nuevo el grado de creencia en el pensamiento negativo. Si las pruebas a favor de un pensamiento sugieren la validez de este, entonces habrá que pensar en medios para cambiar la situación (o para aceptarla y manejar las emociones asociadas); así, por ejemplo, si un fóbico social carece de ciertas habilidades sociales, habrá que enseñárselas.

En cuanto al **segundo bloque (examinar la utilidad)** de preguntas, en el caso de una persona que cree que los demás pensarán que es rara si le ven temblar y ponerse roja, puede pedírsele que considere si pensar así le es útil o no, si de hecho puede estar interfiriendo en su actuación (mucho más que temblar o ponerse roja) y si no le resultaría más conveniente centrarse en la tarea. Naturalmente, el pensamiento considerado en este párrafo, al igual que el mencionado en el párrafo siguiente, sería **abordado primero a nivel de su validez**: ¿Es cierto que los demás le ven temblar y ponerse rojo? Si es así, ¿cómo sabe usted que pensarán que es raro? ¿Qué otras cosas pueden pensar? ¿Cuál es la más probable? (Bados, 2001a)

Preguntas del **tercer y cuarto bloques (examinar qué pasaría realmente y qué se podría hacer)** que pueden emplearse con una persona que piensa que un amigo no querrá verle más o se enfadará muchísimo si no le presta cierta cantidad importante de dinero son: “Suponiendo que esto fuera verdad y su amigo no se contentara con las explicaciones que usted le diera, ¿piensa que esta es la reacción de un verdadero amigo? ¿Merecería la pena seguir contando con esa amistad? ¿No es una amistad algo interesada? ¿Perder esa amistad significa que su vida está acabada? ¿No tiene otros amigos? Si no los tiene, ¿qué puede hacer para conseguirlos?”. Ejemplos concre-

tos de reestructuraciones pueden verse en las **tablas 9 y 10** y en Bados (2001a), Pastor y Sevilla (2000) y Wells (1997, págs. 69-70, 73-74).

Tras la reestructuración de un pensamiento, **el cliente debe extraer una conclusión que implique una forma alternativa (más adaptativa) de enfocar la situación**. A continuación se presentan ejemplos de pensamientos reestructurados por dos clientes junto con una síntesis de los mismos que resume su significado y es más fácil de utilizar en las situaciones reales.

- a) Pensamiento inicial: “La gente pensará que lo que voy a decir no es muy interesante”.
 Reestructuración: “Bien, no sé por qué la gente va a pensar eso. En realidad, me he preparado bien esta charla pensando en el público y en estas condiciones la mayor parte de la gente reacciona de un modo favorable o neutral. Incluso si hay gente que responde negativamente, puedo pensar si esa respuesta está justificada o no. Que alguien responda negativamente no quiere decir necesariamente que yo haya hecho algo mal. Si su respuesta no está justificada, ¡qué se le va a hacer! Uno no puede contentar a todo el mundo ni todos tenemos las mismas opiniones. Si está justificada, desde luego me sentiré molesto, pero me servirá para ver qué aspectos me es conveniente cambiar para la próxima ocasión. Todos cometemos errores; haberme equivocado en algo no me hace estúpido, al revés, es de sabios aprender de los propios errores”.
 Síntesis: “Me he preparado bien, así que lo más probable es que la charla resulte interesante. Y si me equivoco en algo, me sentiré molesto, pero me servirá para aprender”.
- b) Pensamiento inicial: “El corazón se me va a *poner a mil* como siempre [pensamiento correcto en este caso] y no lo voy a poder soportar”.
 Reestructuración: “Inquietándome por esto no va a impedir que suceda, incluso va a agravarlo. En vez de preocuparme, puedo pensar en cómo solucionar las cosas. Por ejemplo, puedo dejar de pensar en ello, puedo aceptarlo y esperar que se vaya reduciendo como normalmente sucede, y puedo concentrarme en pensamientos más adaptativos tales como ver de qué forma voy a comenzar mi charla. Además, incluso si las primeras veces no consigo mucho, es comprensible. Claro que me sentiré algo molesto, pero estas cosas no se logran en un día; se requiere práctica repetida”.
 Síntesis: “Pensar en esto no me es de ayuda, lo mejor es concentrarme en cómo voy a empezar”.

No deben cuestionarse todos los pensamientos negativos de un cliente, **sino sólo aquellos que contribuyen significativamente al malestar emocional y/o conductas problemáticas** del paciente. Así, los pensamientos importantes no son los que tienen que ver con el escape/evitación de las situaciones temidas (“tengo que salir de aquí”), sino los relativos a temas de peligro (“no querrán saber nada de mí”). Un fóbico social puede pensar “no sabré expresarme bien”, “los demás se darán cuenta”, “se reirán de mí”. En este caso, se comenzaría abordando los pensamientos automáticos iniciales para pasar posteriormente al pensamiento final de la cadena, que es el que expresa la consecuencia más temida. Es fundamental no limitarse a las predicciones sobre la ocurrencia de síntomas de ansiedad (p.ej., “me pondré rojo”); hay que incluir las consecuencias, significados o implicaciones de experimentar estos síntomas.

En las terapias de tiempo limitado no pueden abordarse todos los pensamientos significativos asociados a la situación en la reestructuración cognitiva previa a la exposición simulada. Por ello, según Hope y Heimberg (1993) y Turk, Heimberg y Hope (2001), conviene seleccionar sólo unos pocos (p.ej., 1-2 en una situación de grupo) que impliquen errores cognitivos, que estén relacionados significativamente con la ansiedad experimentada en la situación y que puedan ser cuestionados en el tiempo disponible. Por ejemplo, en el caso de un fóbico social que informa de los pensamientos “no sabré que decir”, “la conversación acabará” y “pensará que soy tonto/a”, se seleccionaría el primer pensamiento, el cual es el primer eslabón de la cadena que parecen formar todos ellos y que, de ser cierto, no produciría una impresión favorable en los demás.

Algunos terapeutas (como en el programa de Heimberg) hacen que los clientes tengan que identificar los **errores cognitivos específicos** (inferencia arbitraria, sobregeneralización, exageración, minimización, abstracción selectiva, razonamiento dicotómico, personalización, razonamiento emocional) presentes en sus pensamientos automáticos antes de cuestionar estos. Otros terapeutas pasan directamente al cuestionamiento de dichos pensamientos y omiten el paso citado. No hay datos hasta el momento sobre la posible eficacia diferencial de estos dos abordajes.

Es interesante disponer de un **rotafolios o de una pizarra** para ir escribiendo los pensamientos que surjan y las cogniciones alternativas. Esto ayuda a los fóbicos sociales a centrar una atención que puede estar limitada por su ansiedad. El rotafolios es preferible porque permite hacer referencia a material previo. Tanto el rotafolios como la pizarra deben ser portátiles para que puedan colocarse en un sitio fácil de consultar por el cliente durante la exposición simulada (Hope y Heimberg, 1993; Turk, Heimberg y Hope, 2001).

Una vez que el cliente ha alcanzado un cierto dominio de la reestructuración cognitiva, el terapeuta puede emplear la **técnica del punto-contrapunto**, previo acuerdo con el paciente. El terapeuta comienza expresando en primera persona (“no querrá saber nada más de mí si le digo esto”) un pensamiento negativo significativo del cliente y este debe buscar argumentos para refutarlo, a lo cual el terapeuta responde con nuevas ideas cuya validez debe evaluar el cliente. Si en un momento determinado el cliente tiene dificultades para seguir, se pueden invertir los papeles y entonces es el terapeuta el que continúa desafiando los pensamientos negativos (Bados, 2001a).

Relacionada con el procedimiento anterior está la **técnica del tribunal o simulación de un juicio** en la que el paciente actúa como un abogado de la acusación y/o de la defensa aportando argumentos empíricos sólidos (¿dónde están los hechos?). Cuando el paciente interpreta los dos papeles, considera y compara dos puntos opuestos de vista; por eso le es más fácil modificar su valoración. El papel del terapeuta es hacer de juez y cortar toda aportación de datos inadmisibles, tal como rumores (“una vez oí que...”) o argumentos irracionales.

En ocasiones la **reestructuración** puede ser más eficaz si en vez de proceder sólo verbalmente entre terapeuta y cliente, este **la dramatiza en un momento dado a través de una adaptación del diálogo de las dos sillas**. Por ejemplo, el cliente puede defender ciertas creencias y pensamientos desadaptativos mientras se sienta en una silla y pasar a desafiarlos cuando cambia a la otra silla. La ventaja de la reestructuración dramatizada es que hay una mayor movilización del afecto.

La **reestructuración cognitiva presenta algunos problemas específicos con los fóbicos sociales**. El miedo a la evaluación negativa puede hacer que los pacientes teman informar de ciertos pensamientos negativos o llevar a cabo en casa reestructuraciones por escrito. Por otro lado, algunos clientes pueden informar o mostrar acuerdo fácilmente con formas alternativas de pensar a fin de evitar una discusión más profunda que pueden interpretar como evaluación negativa o como vía para el surgimiento de pensamientos que les avergüenzan.

Experimentos conductuales

Los **experimentos conductuales** son una parte importante de la reestructuración cognitiva para poner a prueba las creencias de los pacientes, creencias que deben ser específicas (“me quedará bloqueado y no se me ocurrirá nada que decir”) en vez de generales (“no lo haré bien”). Este cuestionamiento conductual corre paralelo al cuestionamiento verbal y debe introducirse lo más pronto posible en el tratamiento. **Un experimento puede consistir en** hacer o dejar de hacer algo, observar el comportamiento de otros o preguntar a otra gente acerca de lo que piensan, sienten o hacen. Scholing, Emmelkamp y van Oppen (1996) presentan una explicación sobre los experi-



mentos conductuales, con un ejemplo concreto, que puede darse a los pacientes. Bados (2001a, págs. 169-170; 2008) presenta los pasos a la hora de diseñar y llevar a cabo un experimento conductual.

Los experimentos deben permitir por una parte **someter a prueba si en realidad uno actúa tal como piensa o muestra los síntomas** que cree. Por otra parte, de cara a abordar el miedo a la evaluación negativa y sus consecuencias, los experimentos deben permitir evaluar las **reacciones y pensamientos de los otros**. Existen varias **maneras para evaluar lo que piensan los otros** (Bados, 2001a):



- a) **Predecir comportamientos específicos que los otros mostrarán caso de que piensen algo** y observar si ocurren; por ejemplo, si alguien piensa que una persona es aburrida, tenderá a hablar menos con ella o la mirará menos que a otras cuando habla con ella.
- b) Hacer ciertas **preguntas a los otros para establecer si notaron ciertos síntomas y comportamientos** (“me parece que me temblaba mucho la voz al hablar, ¿cómo lo viste tú?”) y, en caso afirmativo, **qué pensaron** al respecto. Esta segunda manera es más directa y amenazante y puede ser descartada más fácilmente por los pacientes. Además, estos pueden no creer lo que los demás les dicen si piensan que intentan ser benevolentes, compasivos o quedar bien.
- c) **Preguntar a los demás qué piensan sobre ciertos comportamientos en general** (p.ej., que alguien se ponga rojo); esta encuesta puede ser llevada a cabo por el cliente y/o por otras personas como amigos, pareja, terapeuta, etc. A diferencia de la anterior, esta es una manera indirecta, ya que no pregunta sobre comportamientos del propio cliente.

Una vez establecidos los modos en que se evaluarán el propio comportamiento y las reacciones y pensamientos de los otros, la persona puede abordar situaciones antes evitadas, mostrar signos de ansiedad, cometer “fallos” (p.ej., pausas en la conversación, equivocaciones) o comportarse de forma “inaceptable” (p.ej., probarse varias prendas y no comprar ninguna, dar de menos al pagar, dejar caer “accidentalmente” un objeto, mostrar claro desacuerdo con lo dicho por otros, presentarse despeinado a una reunión de amigos). Conviene que el paciente complete un **autorregistro en el que consten**: a) fecha y situación, b) predicción (consecuencias específicas anticipadas, gravedad o intensidad de las mismas, grado de creencia en la predicción), c) perspectiva alternativa y grado de creencia en la misma, d) experimento (qué se hará y en qué se fijará uno), e) resultados (consecuencias que han ocurrido realmente, gravedad o intensidad de las mismas, medida en que se ha cumplido la predicción), y f) conclusión (qué se ha aprendido respecto a la predicción y la alternativa, grado de creencia en las mismas, ¿hay que hacer algo más?).



Si un cliente no se atreve a realizar un experimento, el terapeuta u otra persona del grupo puede llevarlo a cabo en la situación real y aquel observar lo que sucede. Una vez que constata que lo que teme no ocurre, se le pide que lo haga él mismo. Otra posible ayuda es diseñar un experimento menos difícil del mismo tipo para ser realizado por el paciente.

Los **experimentos conductuales implican exposición, pero esta difiere de la exposición estándar** tanto en la explicación que se da a los pacientes como en la forma de llevarla a cabo: la finalidad no es permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca, sino que el paciente pueda someter a prueba determinadas predicciones. Por lo tanto, la frecuencia, duración o graduación de la exposición no son tan importantes como el que se activen los miedos de los pacientes y estos puedan comprobar a través de sus acciones o falta de ciertas conductas si sus creencias son ciertas o no. **De todos modos, el que los experimentos conductuales se combinen con las características de una exposición estándar puede ser defendido desde dos frentes**. En primer lugar, la exposición frecuente y prolongada puede ser el mejor medio la mayoría de las



veces para invalidar creencias. En segundo lugar, desde una perspectiva más amplia, puede argüirse que un tratamiento eficaz requiere no solamente la invalidación de creencias, sino también aprender a romper la asociación entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones (Bados, 2001a).

Al igual que se dijo en el apartado de la exposición simulada, es fundamental **grabar en vídeo** ya en la fase inicial del tratamiento alguna o algunas de las exposiciones simuladas para que el cliente, una vez que operacionalice el tipo e intensidad de los síntomas y conductas que mostrará, pueda ver las grabaciones junto con el terapeuta y comprobar cuán distorsionada es la imagen que tiene de sí mismo. Es fundamental que, al ver la cinta, el cliente se mire a sí mismo como miraría a un extraño, fijándose sólo en lo que ve y oye en la cinta, e ignorando explícitamente lo que siente.

Si en algún caso, la imagen real que da el cliente fuera negativa, habría que analizar si se debe a un déficit de habilidades o a que está centrado en sus sensaciones y pensamientos negativos o presenta conductas defensivas; después se actúa en consecuencia. Una vez que el paciente ha establecido una autoimagen más precisa, se le pide que la recuerde cuando la impresión distorsionada le asalte. También puede emplear **autoinstrucciones** del tipo: “es muchísimo más lo que siento que lo que se ve”, “siento mucho calor en la cara, pero el rubor que los demás ven es mínimo”, “me siento supernervioso, pero no se nota en absoluto”, “a veces me bloqueo un poco, pero los demás o no se dan cuenta o no le dan importancia”.

A continuación se exponen posibles **ejemplos de experimentos**, el primero de forma algo más detallada (Bados, 2001a). Otros muchos ejemplos, presentados de forma más detallada, pueden verse en Butler y Hackmann (2004):

- Persona que **subvalora su actuación** en situaciones sociales. Tras haber anotado sus predicciones específicas sobre lo que ocurrirá y su grado de creencia en ello, se le graba durante la situación simulada y después se le pide que valore en escalas tipo Likert diversos aspectos específicos y la globalidad de su actuación, el grado en que se han cumplido sus expectativas y la medida en que sigue creyendo en sus predicciones. Luego, se le hace ver la cinta y volver a hacer las valoraciones a partir de lo visto en el vídeo; las valoraciones de su actuación tienden a ser más elevadas. Otra forma complementaria o alternativa (aunque probablemente menos eficaz) es obtener valoraciones de los mismos aspectos de la actuación por parte de otros que observan o participan y comparar estas valoraciones con las hechas por el cliente. En ambos casos, las valoraciones pueden ser cualitativas además de cuantitativas.
- Persona que cree que la **gran ansiedad que experimenta** internamente al hablar en público es notada por el auditorio. Se le graba en vídeo y se le pide que explique detalladamente la imagen que cree que ha dado, que califique los síntomas y grado de su ansiedad visible, que vea la grabación y que compruebe cuáles son realmente los signos y grado de su ansiedad manifestada. Otra posibilidad es que el cliente dé una charla, califique su nivel de ansiedad y diversos síntomas en una escala 0-10, que pida a otras personas que hayan escuchado la charla que empleen la misma escala para valorar el miedo y síntomas que él ha manifestado y que compare los valores.
- Persona que cree que un **bloqueo o un temblor de manos** en público suscitará un gran número de reacciones negativas (risas, comentarios críticos, ser señalado). Se le pide que observe cómo responde la gente mientras el terapeuta u otra persona queda deliberadamente bloqueado o le tiemblan las manos. En una segunda fase, la manifestación de estos síntomas sería llevada a cabo por la propia persona.

- Persona que cree que **si no habla rápidamente y sin pausas**, los demás notarán que duda, se mostrarán inquietos y pensarán mal de ella. Se le pide que la próxima vez, de modo deliberado, hable más lentamente y/o introduzca una o más pausas; asimismo, debe observar cuidadosamente las respuestas de los otros (p.ej., expresión facial) y preguntarles después sobre cómo habla de rápido y/o sobre las pausas realizadas. Estas, que tan largas pueden parecer al cliente, no suelen ser advertidas por los demás o son interpretadas como fenómenos normales o muestras de que se está pensando (Clark y Wells, 1995).
- Persona que cree que tiene que ser **muy divertida u ocurrente en sus conversaciones para** ser aceptada por los demás. Se le pide que escuche las conversaciones de los otros para ver con qué frecuencia son ocurrentes o vulgares.
- Persona que teme que sus manos puedan temblar en público y, para prevenirlo, **agarra fuertemente los objetos** (p.ej., un vaso). Se pide al paciente que compruebe que este es uno de los mejores modos de producir temblor incluso en gente sin miedo a que le tiemblen las manos.
- Persona que cree que la **gente estará muy pendiente de él** cuando entre en una clase o restaurante. Se le pide que observe las reacciones de la gente cuando otros entran en estos sitios, luego cuando él entra y finalmente cuando le sucede algún pequeño percance al entrar (que se le caiga un libro, p.ej.).
- Persona que piensa que **si se pone roja**, queda en ridículo y la gente se ríe internamente de ella. Puede preguntar a amigos, conocidos y otras personas cómo reaccionan o reaccionarían internamente ante un cliente que se sonroja o se sonrojara en público; el terapeuta podría también preguntar paralelamente a otras personas.
- Persona que cree que al **sudar** en situaciones sociales la gente piensa que es rara; además duda de que se pueda saber lo que piensa realmente la gente si se le pregunta. Se le pide que especifique en qué comportamientos se traduce ese supuesto pensamiento de la gente (p.ej., rehuir su conversación) y que observe si esos comportamientos se dan en personas que le han visto sudar. También se le puede pedir que sude deliberadamente (poniéndose más ropa, p.ej.) y que tome nota de las reacciones de los demás.
- Persona que piensa que en una situación social (una fiesta, p.ej.) es el **centro de atención** y que todos la observan. Se le puede pedir que especifique por anticipado cuánta gente cree que le observa sistemáticamente y luego que compruebe en la situación cuánta gente le observa realmente y en qué grado (muchas de las posibles miradas serán ocasionales e indicativas de poco interés). Posteriormente se le puede decir que intente intensificar en la situación su sensación de ser observado y que luego compruebe si la gente le mira más, lo cual naturalmente no ocurre; de este modo se refuerza la idea de que las impresiones subjetivas no tienen por qué corresponder con la realidad (Clark y Wells, 1995).

Para que los experimentos sean verdaderamente útiles, es fundamental que la persona no centre su **atención** en sí misma, sino en la **tarea o interacción social** (incluyendo los signos de evaluación neutral o positiva por parte de los demás) y **deje** de poner en práctica sus **conductas defensivas**. De este modo no sólo reducirá su ansiedad, sino que podrá obtener información que le ayudará a juzgar más realistamente la situación social y a invalidar sus creencias negativas (“todo el mundo se da cuenta de lo inepto que soy”, “los demás me ven tal como yo me siento”). Wells et al. (1995) y Kim (2005) aconsejan emplear la reducción de las conductas defensivas como experimentos conductuales. En concreto, se trata de:

- a) **Identificar las consecuencias** específicas temidas, su probabilidad de ocurrencia y las



conductas defensivas que supuestamente las previenen o minimizan. b) Llegar a un **acuerdo** con el paciente para someter a prueba sus creencias. c) Ir con la **actitud** de ver lo que sucede, no con la actitud de ver si los síntomas disminuyen al reducir las conductas defensivas. d) **Reducir, eliminar o incluso invertir las conductas defensivas**, permanecer en la situación el tiempo suficiente para ver lo que sucede y registrar los resultados; no debe hacerse nada para minimizar la ansiedad. Si el paciente se pone ansioso, debe aceptarlo y concentrarse en la interacción social. e) **Preguntar al paciente si ocurrieron las consecuencias temidas; si no ocurrieron**, solicitar una explicación y evaluar si la no ocurrencia fue atribuida a conductas defensivas residuales o alternativas o si se ha producido un cambio en la validez de la creencia. **Si las consecuencias ocurrieron** –lo cual requiere basarse en datos concretos y no en posibles malinterpretaciones por parte del paciente–, esto constituye también una información útil. Hay que analizar si el comportamiento y los pensamientos del cliente contribuyeron a los resultados y si la situación puede manejarse de modo diferente la próxima vez. f) **Repetir el experimento**, en su forma original o con modificaciones, las veces que sea necesario y extraer las conclusiones oportunas.

En ocasiones, un experimento conductual aparentemente correcto puede ir en la dirección equivocada. Scholing, Emmelkamp y van Oppen (1996) presentan el caso de un paciente que pensaba que sus colegas y amigos le veían ponerse rojo frecuentemente y le juzgaban débil y vulnerable. Escribió a estas personas y les explicó sus miedos. Las respuestas le tranquilizaron mucho ya que pocos habían notado que se ruborizaba, apenas pensaban sobre ello, su opinión sobre él tampoco se había visto influida por ello y estaban contentos por su franqueza. Sin embargo, el paciente siguió hablando con más gente sobre su rubor, con lo que se vio claro que la estrategia era antiterapéutica y que se estaba pasando por alto la consideración de un supuesto más básico: el convencimiento del cliente de que su valor como persona dependía de la opinión de los demás sobre él. Cuando se discutió esto con el paciente, admitió que le perturbaría mucho si una sola persona confirmara sus expectativas negativas a pesar de toda la retroalimentación positiva recibida. El foco del tratamiento cambió al nuevo supuesto descubierto.

Cuestionamiento de supuestos disfuncionales

A la hora de emplear el cuestionamiento verbal y conductual, se recomienda **cuestionar en una primera etapa los pensamientos automáticos negativos** (“no sabré qué decir”, “diré algo estúpido”) y **después los supuestos disfuncionales** más generales: “si no hago las cosas perfectamente, nadie querrá contar conmigo”, “si no le gusto a alguien, es que algo malo pasa conmigo”, “si me quedo en blanco al hablar, la gente pensará que soy un incompetente”, “no debe defraudarse a la otra gente”, “debo caerle bien a todo el mundo”, “debo comportarme siempre adecuadamente”, “no se puede decir *no* y seguir siendo aceptado”, “crítica significa rechazo personal”, “soy aburrido”, “todo el mundo tiene más seguridad en sí mismo que yo”, “la gente siempre se aprovecha de tus debilidades”. Por lo general, **el cuestionamiento de los supuestos se introduce** una vez que se ha conseguido un alivio de los síntomas o cuando hay datos de que aquellos están interfiriendo con la marcha del tratamiento o con el progreso logrado.

Para cuestionar los supuestos y creencias, se emplea el cuestionamiento verbal y el conductual hasta establecer creencias más moderadas, realistas y adaptativas. Sin embargo, puesto que las creencias nucleares están más arraigadas que los pensamientos concretos, su modificación requiere más tiempo y puede suscitar mayores resistencias por parte del cliente. Además, se puede poner más énfasis en el origen de las creencias y en las dificultades interpersonales duraderas. Existen varios **medios útiles para cuestionar verbalmente los supuestos**:

- **¿De qué modo es el supuesto no razonable?** Se trata de ver aquí las pruebas a favor y en contra del supuesto: ¿en qué medida se ajusta este a cómo parecen ser las cosas? Conviene tener en cuenta que, al igual que ocurre con los pensamientos concretos, el cambio de los su-

puestos no depende del número de contraargumentos, sino de encontrar aquellos argumentos o datos particulares que tienen para el cliente un significado especial. Asimismo, es más fácil encontrar argumentos persuasivos si estos se derivan o se apoyan en creencias adaptativas del cliente.

- **¿De qué modo es el supuesto poco útil?** ¿Le es de ayuda al cliente para conseguir lo que quiere en la vida o le sirve de estorbo? Una estrategia valiosa es analizar las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de mantener la creencia. La exploración de las ventajas percibidas por el cliente de mantener una determinada creencia (“he de hacer lo que la gente espera que haga”) o conducta refleja también sus percepciones respecto a las consecuencias negativas de abandonar dicha creencia o conducta. Debe intentarse que las desventajas superen a las ventajas. También es posible ponderar cada ventaja y desventaja, asignándoles pesos distintos, de modo que al final puedan compararse los pesos totales de ambas. Si las desventajas predominan, el cliente estará más dispuesto a cambiar. Las ventajas asociadas con mantener creencias o conductas desadaptativas deben ser cuestionadas y deben explorarse medios alternativos y menos problemáticos de lograr las ventajas, tal como se expone a continuación.
- **¿Cuál sería una alternativa más moderada que proporcionaría las ventajas del supuesto disfuncional sin sus desventajas?** Los supuestos disfuncionales suelen ser extremos y admiten pocas matizaciones y excepciones. En vez de ver algo como blanco o negro, se trata de tener en cuenta también los grises. Así, el supuesto “he de complacer a mis amigos, no importa lo mal que me sienta” puede ser reformulado en términos más realistas y útiles: “está bien complacer a los amigos, pero también he de mirar por mí mismo”. Los supuestos disfuncionales y sus alternativas pueden ser escritos en tarjetas, las cuales son leídas repetidamente por el paciente hasta que aprenda a comportarse de acuerdo con los supuestos alternativos. Las tarjetas también pueden utilizarse para recordarse las conductas deseadas y para escribir argumentos en contra de los supuestos disfuncionales.
- **¿De dónde proviene el supuesto?** En algunos casos, la adopción de una perspectiva histórica que ayude a comprender cómo se adquirieron los supuestos disfuncionales puede ayudar a distanciarse de los mismos. Lo que fue importante en la niñez puede no serlo o serlo mucho menos en la vida adulta. También pueden ser útiles los diálogos imaginarios o las representaciones simuladas con los padres o personas allegadas.

Como con los pensamientos automáticos, el cuestionamiento verbal de los supuestos disfuncionales debe ser acompañado del **cuestionamiento conductual** y reforzado por los cambios correspondientes en el comportamiento. Los *experimentos conductuales* pueden tener que ser más frecuentes y abarcar un mayor número de situaciones que los experimentos relativos a pensamientos concretos. Entre los **diversos tipos de experimentos** se encuentran obtener información sobre las normas de otras personas y no dar por supuesto que las de uno son compartidas por todo el mundo, observar el comportamiento de otros para inferir las normas que profesan, actuar contra los propios supuestos (p.ej., cometer errores en el caso de una persona con normas perfeccionistas) y observar las consecuencias, y comprobar las nuevas creencias a través de la acción.

Una técnica útil es pedir al cliente que lleve un **registro diario de experiencias que contradigan el supuesto** y apoyen creencias más positivas. Por ejemplo, un cliente que piensa que es aburrido podría apuntar durante varios días diferentes tipos de atención que recibe de los demás, incluyendo miradas, sonrisas, saludos, cumplidos, conversaciones, etc. Este registro podría ir acompañado, caso de considerarse necesario, de instrucciones para atender y corresponder a los demás, lo cual facilitaría respuestas por parte de estos que contribuirían a desmontar el supuesto original.

Clark y Wells (1995) señalan las siguientes preguntas que pueden emplearse siguiendo el **método socrático para cuestionar el supuesto** “si no le gusto a alguien, significa que soy in-



competente”: ¿Cómo sabe que no le gusta a alguien?; ¿existen razones por las que alguien pueda no responderle positivamente aparte de su incompetencia (p.ej., su estado de ánimo, el que usted le recuerde a otra persona, el que tenga la cabeza en otro sitio, etc.)?; ¿puede pensar en ejemplos actuales o históricos en los que alguien no ha gustado a otros, pero no ha sido incompetente (p.ej., Jesús y los fariseos)?; si usted no le gusta a una persona y a otra sí, ¿quién tiene razón?; si usted no le gusta a alguien, ¿le anula esto como persona? Esta reestructuración verbal debería completarse mediante experimentos conductuales dirigidos a poner a prueba el supuesto. Así, el cliente podría preguntar a otras personas qué opinan respecto a que si alguien no le gusta a otra persona, es un incompetente. Otros supuestos y estrategias para cuestionarlos son mencionados por Wells (1997):

Supuesto: Si me pongo rojo, todos se reirán de mí.

Estrategias: Examinar toda la gama de reacciones de los otros habidas en el pasado cuando se enrojeció. Explorar todos los posibles significados de la risa. Realizar una miniencuesta para averiguar las reacciones de la gente. Llevar a cabo experimentos: observar las reacciones de la gente cuando alguien se pone rojo; ponerse rojo y observar las reacciones de los otros.

Supuesto: Si me equivoco al hablar, la gente pensará que soy incompetente.

Estrategias: Enumerar todas las cosas que hacen a alguien incompetente. ¿Cuántas de estas características tiene el cliente? ¿Cuál es la importancia de equivocarse al hablar entre todas estas características? Realizar una miniencuesta para evaluar lo que piensan los demás. Llevar a cabo experimentos: observar las reacciones de los demás cuando otra persona se equivoca al hablar; cometer equivocaciones y observar si los otros reaccionan de la manera predicha caso de que pensarán que uno es incompetente.

Una **mayor información** sobre la aplicación de la reestructuración cognitiva en el caso de la fobia social, las **dificultades** que pueden surgir durante la misma y las posibles soluciones pueden consultarse en Bados (2001a).

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Como afirman Scholing, Emmelkamp y van Oppen (1996), el entrenamiento en habilidades sociales **puede ser aplicado de dos formas** en el tratamiento de la fobia social: a) como un módulo aparte con énfasis en la adquisición de varias habilidades sociales *per se*; o b) integrándolo con el tratamiento cognitivo-conductual y con unas miras más limitadas que en el caso anterior. En ambos casos, el entrenamiento incluye análisis de la situación y decisión sobre formas adecuadas de responder, posible modelado, ensayos, retroalimentación específica sobre los aspectos entrenados y reforzamiento.

La primera forma parece aconsejable al menos para aquellos pacientes que presentan **claros déficits en habilidades sociales básicas en una amplia variedad de situaciones**, incluso con el terapeuta: no miran, hablan poco y de modo inaudible, no modulan la voz, tienen dificultades para escuchar y para responder preguntas, etc. Aparte del aprendizaje de habilidades sociales, este módulo, incluido al principio del tratamiento, aumenta la confianza del paciente para empezar con la EV y/o los experimentos conductuales, y hace más probable que las actividades entre sesiones proporcionen resultados más alentadores, ya que los demás reaccionarán más positivamente. Suelen necesitarse 6-10 sesiones para adquirir las habilidades básicas, aunque más tiempo será necesario para dominarlas en la vida real (Bados, 2001a).

La segunda forma es adecuada para aquellos pacientes que presentan **déficits de habilidades sociales en situaciones sociales específicas** (p.ej., iniciar y mantener conversaciones, hacer una crítica, presentarse a una entrevista de selección, hacer una reclamación, hablar en público), lo

cual suele hacerse evidente durante el curso del tratamiento. Es importante en este caso que el entrenamiento en las habilidades sociales requeridas sea integrado con el cuestionamiento de los pensamientos desadaptativos y la práctica de la EV (Bados, 2001a).

En las **tablas 11 y 12** se presentan algunos **principios** a tener en cuenta en el entrenamiento en habilidades en dos tipos de situaciones: concertar una cita y defender los propios derechos. Bados (2001a, págs. 189-199) presenta también los principios para otras situaciones: iniciar y mantener una conversación, hacer cumplidos, concertar una cita, hacer una petición (pedir un favor o solicitar ayuda), decir no a una petición, solicitar un cambio en una conducta molesta, mostrar desacuerdo, afrontar la crítica y dar explicaciones sobre una situación comprometida en la que uno es total o parcialmente inocente).

Aparte de los principios de actuación en cada situación y contexto, hay que tener en cuenta una serie de **componentes verbales** (peticiones, preguntas, comentarios, retroalimentación, auto-revelaciones, charla informal, razones, saludos/despedidas, alabanza, ofrecimiento de ayuda, justificaciones, disculpas, contenido asertivo, mensajes latentes y características de la forma de hablar como claridad, especificidad/generalidad, corrección, coloquialidad/formalidad, variedad, pertinencia, interés y énfasis verbal), **componentes no verbales** (mirada, expresión facial, gestos, apariencia, postura, orientación, movimiento, proximidad, contacto físico) y **componentes vocales** (volumen, tono, entonación, pausas, fluidez, velocidad, pronunciación, duración y latencia de la respuesta, énfasis vocal) (véanse Caballo, 1993; Kelly, 1982/1987).

Conviene tener en cuenta que un déficit de habilidades no puede inferirse simplemente a partir de un déficit de ejecución, ya que este último puede ser también debido a la perturbación producida por la ansiedad. La mejor **manera de establecer la existencia de un posible déficit de habilidades** es pedir al cliente que haga una representación de papeles de las situaciones problemáticas bajo condiciones que minimicen la ansiedad y faciliten, mediante el empleo de las instrucciones adecuadas, el comportamiento competente. También es útil observar lo habilidoso que es el cliente en sus interacciones con el terapeuta, especialmente después de que se haya habituado al mismo tras unas pocas sesiones.

Una **mayor información** sobre la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales en el caso de la fobia social, las **dificultades** que pueden surgir durante el mismo y las posibles soluciones pueden consultarse en Bados (2001a).

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

Es conveniente, una vez terminado el entrenamiento formal, poner en marcha durante unos pocos meses un **programa de mantenimiento supervisado (por correo y teléfono)** que aliente la exposición continuada a las situaciones temidas para conseguir reducir aún más la ansiedad y/o perfeccionar las habilidades correspondientes. El programa de mantenimiento se presenta en la **última sesión** e incluye (Bados, 2001a):

- a) **Breve revisión** con el paciente de los problemas iniciales de este y de la justificación, componentes y resultados del tratamiento aplicado. Puede pedirse al cliente en la sesión anterior que escriba cuáles son los factores que mantienen la ansiedad social, qué ha aprendido para manejarlos y qué puede seguir haciendo en el futuro al respecto.
- b) Explicación y justificación del **programa de mantenimiento**. Se enfatiza la necesidad de seguir practicando en la mayor variedad de situaciones posibles para mantener o mejorar los cambios conseguidos. Especialmente importante en personas que carecen de un em-

pleo estable y/o se encuentran aisladas es el mantenimiento o potenciación de **cambios del estilo de vida** del paciente, tales como obtener o retomar un empleo, ampliar o mantener sus contactos con conocidos y otras personas, establecer amistades más íntimas, participar en trabajos de voluntariado o en grupos de aficiones, etc.

- c) Explicación de que es posible volver a experimentar ansiedad y distinción entre **contratiempo** (paso temporal hacia atrás), **recaída parcial** (vuelta parcial y permanente hacia atrás) y **recaída total** (vuelta total y permanente hacia atrás). Un contratiempo es un fallo temporal en manejar una situación en la cual uno había experimentado ansiedad, pero que había logrado manejar tras el tratamiento durante bastante tiempo; un ejemplo, sería abandonar una situación tras experimentar una fuerte ansiedad. Un contratiempo puede transformarse o no en una recaída según como se maneje.
- d) Revisión con los clientes de las **situaciones de alto riesgo** para los contratiempos: experiencias sociales propias o ajenas vividas como muy negativas (ataques de pánico, bloqueos, ansiedad intensa, críticas fuertes), periodos de estrés (laboral, familiar, conyugal), acontecimientos vitales negativos (p.ej., muerte de un ser querido, enfermedad grave, cese de una relación), dejar de exponerse a las situaciones temidas o hacerlo con poca frecuencia, volver a sentir dudas a la hora de entrar en las situaciones temidas, sentirse *aliviado* cuando se cancelan o posponen ciertas situaciones sociales. Estar avisado de estas situaciones facilita afrontarlas caso de que surjan.
- e) Elaboración de una **lista individualizada de estrategias útiles para afrontar las situaciones de alto riesgo y los posibles reveses** o contratiempos: recordar que un contratiempo no es una recaída, no dejar que el contratiempo se generalice a otras situaciones, repasar las habilidades aprendidas (reestructuración, respiración), volver a la situación problemática lo más pronto posible (o comenzar por una un poco más fácil si es preciso) y aplicar las estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad, seguir practicando la situación hasta lograr manejarla con poca ansiedad y sin conductas defensivas, continuar con la exposición continuada a otras situaciones temidas, buscar apoyo de otros en caso necesario, solicitar nuevo contacto con el terapeuta si lo anterior falla. En el caso de los periodos de estrés y de los acontecimientos vitales negativos, habrá que identificar formas de manejarlos. Por otra parte, si se sigue una perspectiva cognitivo-conductual, puede hacerse un ensayo de contratiempo en el que el terapeuta expresa los pensamientos negativos más importantes del cliente y este responde de forma más adecuada.
- f) **Acuerdo contractual**, verbal o escrito, entre cliente y terapeuta que especifique las obligaciones de cada uno.
- g) **Compromiso del cliente con una persona allegada** respecto a la exposición continuada a las situaciones temidas
- h) **Autorregistro** del cumplimiento de actividades de exposición. Este autorregistro es enviado al final de cada mes al terapeuta, el cual telefona al cliente para discutir brevemente la práctica del mes precedente. Las actividades de exposición se extienden a lo largo de **6 meses**.

Aparte de lo que se ha comentado hasta aquí sobre el tratamiento global de la fobia social, Hughes (2002) apunta **otras posibilidades de intervención** que podrían ser útiles: a) considerar en la terapia las **experiencias recientes y remotas** (p.ej., humillaciones en la infancia/adolescencia) que han llevado a percibir ciertas situaciones como amenazantes; b) hacer que el paciente lleve un **registro de eventos sociales positivos** o benignos en los que haya estado impli-

cado; c) desarrollar una autoimagen positiva haciendo que el cliente **se centre en aspectos positivos de sí mismo** no relacionados con el área social.

EL EMPLEO DE GRUPOS

La terapia puede aplicarse en forma individual o en grupo. Muchos fóbicos sociales pueden mostrar una **resistencia inicial** a que el tratamiento sea en grupo. Hay que reconocerles que aunque inicialmente lo pueden pasar algo mal (ya que es una situación social que puede ser temida), este malestar desaparecerá pronto. Además, hay que recalcar las ventajas que les supondrá el tratamiento en grupo y que no se verán obligados a hacer nada que no quieran. Otra cuestión importante que debe enfatizarse con los pacientes renuentes al tratamiento en grupo es la posibilidad de sesiones individuales complementarias caso de ser necesarias. Si a pesar de todo, un cliente no acepta ser tratado en grupo, debe ofrecérsele tratamiento individual. Las **ventajas** de que la intervención se realice en grupo son (Bados, 2001a):

- Muchas interacciones sociales pueden **simularse de modo más realista**. Para otras, el grupo proporciona un **contexto social real** (p.ej., contradecir o elogiar a alguien conocido, decir no a una petición, conversar en una situación de reunión).
- El contexto de grupo permite, hasta cierto punto, poder **poner a prueba los errores cognitivos sobre las percepciones de los demás**. Además, al ver cómo los otros miembros se evalúan negativamente a sí mismos a pesar de una actuación adecuada, es **más fácil reconocer que la propia autoevaluación puede estar sesgada**. Por otra parte, hay varias personas para proporcionar datos que puedan rebatir los pensamientos negativos o erróneos.
- Los clientes descubren o aprecian más claramente que **sus problemas no son únicos**, que hay otras personas que también los experimentan.
- **Las expectativas de mejora pueden aumentar**, ya que en la terapia individual las esperanzas inducidas pueden verse simplemente como parte del trabajo del terapeuta.
- Si en el grupo existen **diversos niveles de competencia**, el cliente puede obtener una **mejor perspectiva de los progresos que ha hecho y de lo que aún le falta por hacer**.
- Los clientes que tienen o han adquirido cierta competencia pueden **actuar como modelos en lugar del terapeuta**. Estos modelos son más cercanos, tienen más cosas en común con los otros clientes que las que tiene el terapeuta. Además, hay más posibilidades de emplear **modelos múltiples**. Asimismo, el **progreso de cada cliente puede servir de modelo para los demás**.
- **Los miembros del grupo proporcionan retroalimentación y reforzamiento**. Se consigue así un mayor impacto que cuando ambos son dados sólo por el terapeuta.
- **La motivación de los clientes aumenta** debido al compromiso público delante del grupo, a la presión del grupo para practicar, a la aprobación del grupo por los esfuerzos y progresos y a la observación de los progresos de los otros.
- **Se facilita la independencia respecto al terapeuta** y la confianza en los propios recursos.

- **Los miembros del grupo pueden apoyarse o ayudarse mutuamente** dentro y fuera de las sesiones para alcanzar las metas del tratamiento. Por ejemplo, pueden recordarse las tareas a realizar, pueden practicar por parejas o tríos para observarse y darse retroalimentación mutuamente o un miembro con determinada habilidad puede ayudar a otro carente de dicha habilidad durante la práctica.
- **Se facilita la generalización** debido a la variedad de participantes con los que el cliente puede ensayar y al mayor realismo de muchas situaciones representadas.
- En comparación a la terapia individual, es más frecuente que se genere un **mayor número de soluciones alternativas a las situaciones problemáticas** a partir de la discusión en grupo.
- Una vez que el grupo alcanza un **acuerdo por unanimidad (consenso) o mayoría** sobre las respuestas apropiadas en cada situación, la **credibilidad de estas respuestas aumenta o se reafirma**, ya que varias personas concuerdan sobre su conveniencia.
- La situación de grupo **permite observar directamente la conducta del cliente en una variedad de situaciones interpersonales**. En cambio, en la terapia individual, el terapeuta sólo observa el comportamiento del cliente respecto a una sola persona, el propio terapeuta.
- **El terapeuta economiza tiempo y esfuerzo** al atender a más personas en la misma sesión y contar con la ayuda del grupo.
- **Se ofrece tratamiento a más clientes y a un menor costo.**

El empleo de grupos también presenta **inconvenientes** (Bados, 2001a):

- Algunos miembros pueden **ofrecer como modelo comportamientos negativistas, inadecuados o de excesiva tensión**, los cuales pueden contagiarse.
- En ocasiones **la retroalimentación y consejos proporcionados por algún/os miembros del grupo pueden ser inadecuados**. Al terapeuta le toca controlar tal retroalimentación y también erradicar las críticas destructivas cuando las haya. En esto pueden colaborar también otros miembros del grupo.
- La **comparación con otros** miembros del grupo puede tener **efectos adversos**. Algún cliente puede concluir que **sus miedos son los peores** o que es el menos habilidoso. Otro puede estar **celoso del progreso de los otros** –hay que explicar que los problemas de los clientes no pueden ser comparados– **o puede desmotivarse** al comparar los propios avances con los de los demás.
- **La situación de grupo puede poner ansiosos a algunos clientes**, especialmente a aquellos con fobia social grave.
- **Puede perderse la flexibilidad necesaria para solucionar problemas individuales**. Una solución consiste en complementar las sesiones de grupo con sesiones individuales. En otros casos, será más conveniente para un cliente recibir tratamiento individual únicamente.

- Puede llegar a crearse un grado de cohesión tal dentro del grupo que algunos pacientes puedan **solucionar sus necesidades afiliativas básicas** con un mínimo esfuerzo y **dentro del mismo grupo**, sin necesidad de poner en práctica muchos de los recursos aprendidos o sin intentarlo en situaciones más demandantes o difíciles.

La recomendación más generalizada es aplicar el tratamiento en grupo, ya que es igual o más eficaz que el individual, con la posible excepción de la terapia de Wells y Clark. Sólo en casos especiales (excesiva ansiedad social, conducta muy deficitaria, problemas muy particulares) se aplicaría un tratamiento individual y, siempre que fuera posible, se pasaría a uno grupal una vez alcanzado cierto nivel. De todos modos, **no es adecuado integrar en un tratamiento grupal a un paciente prolijo, agresivo, paranoide, narcisista, no motivado o que exige una gran atención**, ya que no se va a beneficiar del grupo o va a retrasar o impedir el progreso de este. Algo similar puede decirse de un paciente que presente fobia social grave (estará tan ansioso que no cumplirá el tratamiento o lo abandonará), depresión grave (no se va a implicar y puede desmoralizar a los demás), trastorno de personalidad límite o abuso de los tranquilizantes y/o del alcohol (Bados, 2001a).

El tamaño del grupo puede ser de **4-6 personas**, lo suficientemente amplio como para facilitar el contacto con varias personas, pero no tanto como para dispersar la atención del terapeuta, dificultar o trivializar las interacciones del grupo o favorecer la aparición de miembros *aislados*. Según Turk, Heimberg y Hope (2001), 6 clientes es el tamaño ideal, ya que permite que cada paciente reciba atención centralizada en sesiones alternas y si fallan una o dos personas, todavía se dispone de un grupo adecuado para trabajar.

Es buena idea contar con un **coterapeuta**, que puede ser un paraprofesional, ya que el trabajo para un solo terapeuta será difícil y cansado. Para grupos más grandes de 6 pacientes, los dos terapeutas parecen necesarios. Si son de distinto sexo, se tienen las ventajas de contar con diferentes perspectivas y de disponer en ciertos ensayos conductuales (p.ej., citas) de un colaborador de cualquiera de los dos sexos; esto es especialmente útil cuando los pacientes son de un solo sexo o están demasiado ansiosos para participar o sus reacciones resultan demasiado impredecibles (Bados, 2001a).

Las sesiones de grupo suelen durar **2-2,5 horas**, con un pequeño descanso en medio, pero pueden reducirse a 30-45 minutos con aquellas personas que presentan dificultades de concentración (p.ej., pacientes esquizofrénicos o deficientes mentales). Se recomienda que los **clientes sean similares en ciertas características importantes** (nivel sociocultural, intervalo amplio de edad) y que el grupo esté relativamente equilibrado en cuanto a variables como sexo y gravedad de la fobia social. Si una persona difiriera marcadamente del resto, podría abandonar el tratamiento. De todos modos, no hay datos claros al respecto. Por otra parte, Echeburúa (1995) ha recomendado que los clientes se sienten en lugares diferentes en cada sesión, para facilitar así la interacción con diferentes miembros del grupo, y que las revisiones de las actividades entre sesiones y los ejercicios comiencen en cada sesión en un orden aleatorio con el fin de que los pacientes no puedan predecir cuándo les tocará intervenir. Finalmente, es útil, aunque complicado, **invitar a participar en el grupo a personas ajenas al mismo** o a miembros de otros grupos para crear situaciones más realistas y favorecer la generalización (Bados, 2001a).

La primera actividad en un grupo es que los **terapeutas se presenten** ante el grupo y que **cada miembro del grupo se presente** también ante el mismo. Cada cliente puede decir su nombre y proporcionar información sobre dónde trabaja, a qué se dedica, con quién vive y cuáles son sus aficiones. Aparte de las presentaciones iniciales, se requiere que el grupo **conozca y se atenga a ciertas normas** para lograr un funcionamiento adecuado: asistencia a las sesiones, puntualidad, participación en el grupo, respeto a las intervenciones y opiniones de los otros, confidencialidad de lo tratado en el grupo y realización de las actividades entre sesiones. En sesiones posteriores

conviene dedicar un poco de tiempo al comienzo para hablar de temas informales, romper el hielo y ayudar a la cohesión del grupo (Bados, 2001a).

TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES Y NIÑOS

La eficacia de los diversos tipos de tratamiento en población infantil y adolescente ha sido revisada por Olivares, Rosa y García-López (2004), Olivares, Rosa, Piqueras, Méndez y Ramos (2003) y Silverman, Pina y Viswesvaran (2008). Silverman, Pina y Viswesvaran (2008, pág. 126) dan las referencias de diversos manuales donde se describen detalladamente algunos tratamientos.

Un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la fobia social en **adolescentes** ha sido desarrollado por Albano, Marten et al. (1995). El programa se aplica en grupo e incorpora a los padres en cuatro sesiones (1, 2, 8, 15), aunque no se han hallado diferencias en el postratamiento según se incluya o no a los padres en dichas sesiones. A lo largo de 16 sesiones de 90 minutos (las cuatro primeras en dos semanas, las ocho siguientes semanalmente y las últimas cada dos semanas) se aplican los componentes principales del programa en **dos fases**. La **primera** se extiende a lo largo de 8 sesiones e incluye una explicación de la fobia social y de su tratamiento y un entrenamiento en habilidades: **habilidades sociales, resolución de problemas, entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva**.

En la **segunda** fase se trabajan las situaciones temidas por cada adolescente mediante **exposición simulada y EV** (esta también como actividad entre sesiones) y la aplicación durante dichas exposiciones de las habilidades adquiridas previamente. Un esquema del desarrollo del tratamiento sesión por sesión puede verse en Albano, DiBartolo et al. (1995) y Sandín (1997); asimismo, Albano y DiBartolo (2007) presentan una guía para el terapeuta. Los resultados del programa fueron prometedores a corto y medio plazo (1 año). En un estudio controlado posterior (Hayward et al., 2000), la intervención resultó además más eficaz que el no tratamiento a corto plazo, aunque los síntomas residuales fueron considerables. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento al año, pero ya no hubo diferencias entre los grupos. Hubo una tendencia a que la intervención redujera la probabilidad de recaída de depresión mayor entre aquellas adolescentes con historia de dicho trastorno.

Olivares et al. (2002) compararon tres tratamientos aplicados en un contexto escolar: a) la TCC grupal para adolescentes de Albano (16 sesiones de 90 minutos), b) una adaptación para adolescentes de la terapia de efectividad social de Beidel y Turner (29 sesiones de 30-90 minutos) y c) la intervención para adolescentes con fobia social generalizada (IAFS) (12 sesiones grupales de 90 minutos –en las que se enseñaron reestructuración cognitiva y habilidades sociales y se practicó exposición a iniciar y mantener conversaciones y hablar en público– más 12 sesiones individuales opcionales). Los tres tratamientos fueron más eficaces que la lista de espera en el postratamiento y en el seguimiento al año. Un punto fuerte de este estudio es que los tratamientos fueron aplicados en un contexto escolar, lo que amplía las posibilidades de propagación de la intervención. Limitaciones de este estudio son que los adolescentes no fueron asignados aleatoriamente a los grupos, que el grupo de lista de espera estuvo compuesto por adolescentes que habían rechazado el tratamiento y que el número de personas por condición fue pequeño ($n = 14-15$). Por otra parte, tanto el porcentaje de adolescentes mejorados como los que dejaron de cumplir criterios de fobia social fue o tendió a ser mayor en los tres tratamientos que en la lista de espera; algunas diferencias no fueron significativas probablemente por falta de potencia estadística. El tratamiento con resultados más pobres en conjunto pareció ser la TCC grupal de Albano (García-López et al., 2002). Los resultados de los tres programas de tratamiento se mantuvieron a los 5 años, aunque sólo participó la mitad de la muestra (García-López, Olivares et al., 2006).

En un estudio posterior, Olivares, Rosa y Piqueras (2005) hallaron que el **programa IAFS**

(véase Olivares, 2005) fue superior a un grupo de lista de espera en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento a 1 año. En otros estudios, el IAFS también ha sido superior a la lista de espera (Olivares, Rosa y Olivares, 2007; Rosa, Olivares y Olivares, 2009; Vallés, Olivares y Rosa, 2007). El programa IAFS también ha sido superior a un grupo de transmisión de información sobre la ansiedad y la fobia social (Olivares, Rosa y Olivares, 2007; Rosa, Olivares y Olivares, 2009), a un grupo de técnicas de estudio con interacción entre iguales (Rosa, Olivares y Olivares, 2007) y a un grupo placebo en dos estudios, aunque no se comprobó que el placebo fuera igual de creíble que el tratamiento (Rosa, Olivares y Olivares, 2009; Vallés, Olivares y Rosa, 2007). El programa IAFS ha conseguido un tamaño del efecto de 2,1 en ansiedad/evitación social y 1,8 en cogniciones negativas en comparación a la lista de espera. Además, el 59% en el postratamiento y el 70% al año ya no informan de situaciones fóbicas en comparación al 0% en la lista de espera.

Por otra parte, Olivares, Rosa y Olivares (2006) no hallaron diferencias entre el programa IAFS con seis sesiones de **tutoría individualizada** y el mismo programa sin dichas tutorías; esto representa una ventaja desde el punto de vista coste/beneficio, aunque el estudio tuvo poca potencia estadística y los tamaños del efecto favorecieron al grupo con tutorías. En un estudio posterior Olivares, Rosa y Olivares (2008) compararon IAFS sin tutorías individualizadas, IAFS con 6 tutorías e IAFS con 12 tutorías. Aunque los tres grupos mejoraron, el grupo con más tutorías fue el mejor a medio plazo (6 y 12 meses); sin embargo, los costes del tratamiento son mucho más altos. Finalmente, en un estudio piloto no controlado (García-López, Ruiz et al., 2006), el programa IAFS ha funcionado bien en 12 jóvenes adultos con un trastorno de ansiedad social.

Baer y Garland (2005) desarrollaron una **versión simplificada (en términos de tiempo y esfuerzo) de la terapia de efectividad social** de Beidel, Turner y Morris (2000) (véase más abajo). Esta versión fue más eficaz que la lista de espera en un estudio piloto con adolescentes. Similarmente, Masia-Warner et al. (2005) **adaptaron la terapia de efectividad social al contexto escolar** y añadieron una sesión sobre pensamiento realista; comprobaron que su programa (Habilidades para el Éxito Social y Académico) fue superior a la lista de espera en adolescentes. En un estudio posterior (Masia-Warner et al., 2007), este tratamiento fue superior en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses a un **grupo de apoyo** que incluyó psicoeducación, relajación y apoyo respecto a los síntomas y experiencias de ansiedad y respecto a las dificultades relacionadas con la ansiedad social y con cuestiones generales de la vida.

Por lo que respecta a los niños, **Beidel y Turner (1998) presentan guías prácticas para el tratamiento de niños con fobia social** a partir de 8 años. Su programa incluye exposición graduada en vivo e imaginal (para niños de 12 o más años en este último caso) y entrenamiento en habilidades sociales; también ofrecen algunas pautas para llevar a cabo reestructuración cognitiva (con adolescentes) y entrenamiento en relajación. Para niños de 8 a 12 años, Beidel, Turner y Morris (2000) han investigado la **terapia de efectividad social**, la cual incluye cuatro componentes, de los cuales los tres últimos son conducidos en paralelo. Los componentes son: a) educación sobre la fobia social dirigida a niños y padres; b) entrenamiento en habilidades sociales; c) sesiones de generalización en las que los niños se reúnan con un grupo de compañeros no ansiosos para realizar actividades como bolos, fiestas, patinaje o videojuegos, las cuales siempre incluían comida; y d) exposición individualizada en vivo. Los tres primeros componentes son aplicados en grupos de 4-6 niños con sesiones de 150 minutos (60 para entrenamiento en habilidades sociales y 90 para generalización); la EV se aplica individualmente. El tratamiento dura 12 semanas con una sesión grupal y otra individual por semana, lo cual, junto al componente de generalización, lo hace especialmente costoso.

En un **estudio** con fóbicos sociales generalizados, Beidel, Turner y Morris (2000) **compararon la terapia de efectividad social descrita con un tratamiento inespecífico** dirigido a enseñar técnicas de estudio y de realización de exámenes, y que incluyó también leer y contestar pregun-

tas delante del grupo. El primer tratamiento resultó superior en una amplia variedad de medidas, tanto de autoinforme como de otras personas, y mantuvo la mejora en el seguimiento a los 6 meses. El 67% de los niños tratados dejaron de cumplir criterios diagnósticos de fobia social y el 53% se recuperaron (criterio laxo); estos dos porcentajes fueron del 5% en el otro grupo. Los resultados no se vieron afectados por la presencia de comorbilidad. En un seguimiento a los 3 años con la inmensa mayoría de los niños, en el que ninguno había recibido tratamiento adicional para la fobia social, las mejoras conseguidas se mantuvieron claramente tanto a nivel estadístico como clínico (Beidel et al., 2005). Por otra parte, la terapia de efectividad social ha sido **superior a la fluoxetina y al placebo farmacológico** en niños y adolescentes (Beidel et al., 2007). Con la la terapia de efectividad social, el 79% de los niños mejoran, el 65% dejan de cumplir el diagnóstico de fobia social y el 55% se recuperan (aunque la recuperación ha sido definida de forma laxa).

Spence et al. (2000) encontraron que la TCC (**entrenamiento en habilidades sociales, exposición graduada, desafío cognitivo**) aplicada en niños de 7-14 años con o sin la colaboración de los padres fue superior a la lista de espera en medidas de ansiedad y actuación social y en ansiedad general. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento al año. Hubo una tendencia a que los resultados fueran mejores cuando los padres participaron en el tratamiento. En un estudio posterior, Spence et al. (2006, citado en Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008) comprobaron que la eficacia del tratamiento aplicado en grupo y con los padres fue similar cuando la mitad de las sesiones con los niños (el 42% con fobia social) se hicieron a través de internet. Gallagher, Rabian y McCloskey (2004) hallaron que una TCC grupal (identificación y modificación de pensamientos negativos, exposición) aplicada lo largo de 3 sesiones de 3 horas a lo largo de 3 semanas en niños de 8-11 años también fue mejor que la lista de espera. Los resultados fueron más importantes según padres y entrevistadores que según los propios niños.

Por otra parte, en un estudio realizado con niños con diversos trastornos de ansiedad, la **biblioterapia** pura ha sido algo mejor que la lista de espera, pero mucho menos eficaz que la TCC grupal con la participación de los padres (Rapee, Abbott y Lyneham, 2006, citado en Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008). La biblioterapia puede ser más eficaz cuando es apoyada por contactos telefónicos o correos electrónicos con el terapeuta, ya sea que estos últimos sean iniciados por el terapeuta o el cliente (Lyneham y Rapee, 2006, citado en Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008). El primero de estos tratamientos fue el más eficaz y puede ser útil para personas que no tienen fácil acceso a los servicios cara a cara.

En su metanálisis, Segool y Carlson (2008) han calculado el **tamaño del efecto pre-post** de los tratamientos cognitivo-conductuales (excluyendo los estrictamente conductuales). El tamaño del efecto fue 0,86 en ansiedad social, 0,75 en ansiedad general, 1,56 en deterioro o disfunción y 0,68 en competencia social. Estos tamaños del efecto fueron significativamente menores que los conseguidos por los antidepresivos serotoninérgicos, salvo en el último caso. Lamentablemente, no hay datos de seguimiento de los estudios farmacológicos. In-Albon y Schneider (2007) obtuvieron un tamaño del efecto algo mayor (0,97) considerando tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales.

Finalmente, otros tratamientos cognitivo-conductuales han sido aplicados mezclando niños con **diversos trastornos de ansiedad**. El programa pionero fue el *Coping Cat*, propuesto e investigado por Kendall (1994; Kendall et al., 1997) y que puede consultarse en Kendall y Hedtke (2006a, 2006b). Este tratamiento se ha mostrado superior clínica y estadísticamente a la lista de espera en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad (generalizada, por separación o social); este último fue el grupo menos numeroso. El programa FEAR, ya fuera aplicado individualmente (los padres eran colaboradores) o en familia (los padres eran co-clientes), ha resultado superior a un programa de educación y apoyo basado en la familia (Kendall, Hudson y Gosch, 2008); el segundo grupo más numeroso de la muestra presentaba fobia social. Una adaptación de la TCC de Kendall ha sido superior al placebo farmacológico (Walkup et al., 2008). Los resulta-

dos del programa *Coping Cat* se han mantenido en tres seguimientos de 1 año y en otros dos de 3 y 6 años de media, y no se han visto afectados por la presencia de comorbilidad. La implicación de los niños en el tratamiento ha correlacionado positivamente con las mejoras conseguidas (Chu y Kendall, 2004).

El número de sesiones oscila entre 16 y 20, duran 50-60 minutos y su periodicidad es semanal. La intervención es **individual**, aunque según un estudio en el que los padres participaron en varias sesiones, la intervención **grupal** (con sesiones de 90 minutos) fue tan eficaz como aquella y también superior a la lista de espera. En otro estudio, sin la intervención de los padres, ambos tipos de intervención fueron también igual de eficaces a nivel estadístico y clínico (Muris et al., 2001).

El programa de Kendall se apoya en un material escrito, variado y entretenido, que facilita el interés y la implicación en el tratamiento. En las ocho primeras sesiones se presentan individualmente los conceptos básicos y se practican y refuerzan las habilidades enseñadas. En la sesión 1 se establece una buena relación con el niño y se recoge información sobre las situaciones que le crean ansiedad y sobre cómo responde a esta última. En la sesión 2 se enseña a **distinguir varios tipos de sentimientos** (entre ellos, sentimientos y reacciones somáticas de ansiedad). Durante la sesión 3 se construye una **jerarquía de situaciones ansiógenas** y se busca que el niño pueda distinguir las reacciones ansiosas de otras e identificar sus propias respuestas somáticas de ansiedad. Tras esta sesión, se mantiene un **encuentro con los padres** para compartir impresiones e ideas, discutir las preocupaciones de los padres, recoger información sobre áreas problemáticas del niño, revisar las metas del tratamiento y alentar la cooperación de los padres en el tratamiento.

En la sesión 4 se lleva a cabo un entrenamiento en **relajación** (relajación muscular progresiva y visualización); los niños reciben una cinta personalizada para emplear fuera de la consulta. La sesión 5 se dedica a saber **identificar y evaluar los pensamientos** en las situaciones ansiógenas y a practicar pensamientos alternativos. Durante la sesión 6 se enfatizan estrategias de afrontamiento tales como **pensamientos de afrontamiento, autodirección verbal y desarrollo de acciones** adecuadas. La sesión 7 se dedica a la enseñanza de la **autoevaluación** de la propia actuación y **autorreforzamiento** en caso pertinente; y la 8 a revisar los conceptos y habilidades enseñados. Este primer bloque no parece dar lugar por sí solo a resultados positivos en comparación a la lista de espera.

Durante el segundo bloque de ocho sesiones el niño practica las nuevas habilidades por medio de **experiencias imaginales y en vivo (en la consulta, casa y escuela)** de situaciones individualizadas y graduadas en cuanto al estrés y ansiedad que provocan. Para ello, el terapeuta sirve de modelo (usa la activación ansiosa como señal para aplicar las estrategias de afrontamiento), se utilizan ensayos conductuales y se emplea el reforzamiento social; también se alienta a los niños a que se refuercen por su afrontamiento exitoso. En la sesión 9 se trabaja con situaciones no estresantes y de baja ansiedad. En las sesiones 10-13 aumenta el nivel de ansiedad de las situaciones. Y en las sesiones 14-15 se practica en situaciones muy estresantes. Además, en estas dos últimas sesiones los niños comienzan a preparar un **proyecto individualizado** (canción, anuncio de TV, espacio radiofónico, poema) que es grabado y que está dirigido a enseñar a otros niños cómo afrontar la ansiedad perturbadora. La sesión 16 y última se dedica a discutir la experiencia de terapia, revisar las habilidades y alentar al niño a practicar estas últimas en su vida diaria. El niño graba su proyecto y recibe una copia para llevarse a casa. Existen datos que indican que este segundo bloque, al menos cuando sigue al primero, es un componente activo a la hora de producir cambios significativos.

Una cuestión importante es si la **implicación de los padres en el tratamiento** mejoraría los resultados de este. En el estudio antes citado de Kendall, Hudson y Gosch (2008), el programa *Coping Cat* funcionó igual de bien ya fuera que los padres participaran como colaboradores en

una terapia individual o como co-clientes en una terapia familiar, aunque este último fue mejor cuando ambos padres tuvieron un trastorno de ansiedad. Por otra parte, Barrett y colaboradores han desarrollado el programa FRIENDS a partir del programa *Coping Cat* y han abordado también la implicación de los padres. El estudio de Barrett et al. (1996) indica que esta implicación mejora los resultados en **niños menores de 11 años**, aunque no con niños mayores, al emplear un enfoque en que terapeuta, padres e hijos funcionan como un equipo a la hora de trabajar. No sólo los niños pequeños se benefician más de la intervención cuando los padres son incluidos en el tratamiento, sino también aquellos que tienen padres ansiosos (Cobham et al., 1998, citado en Muris et al., 2001). La potenciación de los resultados de la TCC en el estudio de Barrett et al., (1996) se dio en el postratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses, aunque no a los 5-7 años (Barrett et al., 2001). El programa FRIEND resulta igual de eficaz aplicado individualmente o en grupo (Liber, van Widenfelt, Utens et al., 2008)

El programa FRIENDS ha demostrado tener validez social, ya que sus usuarios muestran una elevada satisfacción con el mismo y la mayoría lo recomendarían a otros. Curiosamente, los niños valoraron más las estrategias cognitivas y los adolescentes la exposición gradual (Barret, Shortt y Wescombe, 2001). Finalmente, el programa FRIENDS aplicado en la escuela con niños de 7 a 11 años ha resultado superior al no tratamiento; además el grupo que incluyó formación de padres obtuvo mejores resultados (Bernstein et al., 2005).

El programa FRIENDS tiene **tres componentes** para los padres, cada uno de los cuales se aplica durante cuatro sesiones; la primera parte de cada sesión se dedica al **tratamiento individual** del trastorno de ansiedad del niño y la segunda al **tratamiento en familia**. En primer lugar y con el fin de reducir el conflicto y aumentar la cooperación en la familia, los **padres son entrenados para reforzar verbal y materialmente las aproximaciones a las situaciones temidas y no prestar atención a la conducta ansiosa y quejas excesivas**. En concreto, los padres responden con empatía a la primera queja del niño, pero las repeticiones son seguidas por la incitación a practicar una estrategia de afrontamiento previamente aprendida y por no hacer caso a las conductas de ansiedad y quejas. Estas estrategias de manejo de contingencias son ensayadas con ejemplos de las conductas temerosas del niño.

En segundo lugar, se enseña a los **padres a tomar conciencia de sus propias respuestas de ansiedad, a manejar sus alteraciones emocionales y a modelar respuestas de resolución** de problemas y de afrontamiento ante las situaciones temidas. En tercer y último lugar, se entrena brevemente a los **padres en habilidades de comunicación y resolución de problemas** con el fin de que sean más capaces de trabajar en equipo para resolver futuros problemas y mantener las mejoras terapéuticas una vez acabado el tratamiento. Este tercer componente implica lo siguiente: a) entrenar en habilidades para reducir la escalada del conflicto entre los padres sobre la educación del niño y para que los padres sean congruentes en el manejo de las respuestas ansiosas del niño; b) alentar a los padres a reservar un tiempo para discusiones regulares sobre el día que ha tenido cada uno y entrenar en habilidades de escucha para que estas discusiones sean más eficaces; c) entrenar en habilidades de solución de problemas y alentar a los padres a programar discusiones semanales de resolución de problemas para manejar las dificultades del niño y de la familia.

En cuanto a variables **predictoras** de los resultados del tratamiento, posibles predictores de peores resultados son: altos niveles de rechazo y de síntomas de ansiedad y depresión por parte del padre y la presencia de algún trastorno ansioso o depresivo en alguno de los progenitores. No está claro si el nivel de ansiedad de las madres está asociado a mejores o peores resultados (Liber, van Widenfelt, Goedhart et al., 2008).

TRATAMIENTO MÉDICO

Los fármacos investigados han sido los IMAOs (fenelcina), los IMAOs reversibles (moclobemida, brofaromina), los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (paroxetina, sertralina, fluvoxamina, escitalopram, fluoxetina), los inhibidores de la recaptación de la serotonina y la norepinefrina (venlafaxina), las benzodiacepinas (alprazolam, clonacepam, bromacepam) y los betabloqueantes (propanolol, atenolol) (Blanco, Antia y Liebowitz, 2002; Blanco et al., 2003; Bobes et al., 1998b; Davidson, 2006; Fedoroff y Taylor, 2001; Hedges et al., 2007; Ipser, Kariuki y Stein (2008), Rodebaugh, Holaway y Heimberg, 2004; Robinson y Hood, 2007; Roy-Byrne y Cowley, 2002; Schneier, 2001; Scott y Heimberg, 2000; Turk, Heimberg y Hope, 2001).

La **fenelcina** (30-90 mg/día) ha resultado superior al placebo en cinco estudios y mejor que el atenolol en otro trabajo; el porcentaje de fóbicos sociales notablemente mejorados oscila alrededor del 65%. Sin embargo, las recaídas son frecuentes (35-50%) al discontinuar la medicación. En dos investigaciones, especialmente en la de Heimberg et al. (1998), la fenelcina también se ha mostrado más eficaz a corto plazo y de efectos más rápidos que el tratamiento de Heimberg, y ambos superiores a dos grupos placebo (farmacológico y psicológico); sin embargo, en el seguimiento realizado en uno de estos estudios, una proporción notable de pacientes empeoró al dejar de tomar fenelcina mientras que los que habían recibido tratamiento psicológico mantuvieron sus ganancias. En el **metaanálisis** de Fedoroff y Taylor (2001), los IMAOs fueron más eficaces a corto plazo que el placebo farmacológico y psicológico y que la relajación aplicada, casi más que la reestructuración cognitiva, la combinación de esta con exposición y el entrenamiento en habilidades sociales, y menos que las benzodiacepinas. Los IMAOs tienen las limitaciones de importantes efectos secundarios (hipotensión ortostática, sedación, disfunción sexual, irritabilidad, hiperestimulación, ganancia de peso, insomnio) y tener que seguir una dieta restrictiva, pobre en tiramina, para evitar crisis de hipertensión arterial.

Las crisis hipertensivas que pueden producir los IMAOs son menos probables con los nuevos inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (**brofaromina**, **moclobemida**), aunque han surgido otras dificultades. La brofaromina ha resultado eficaz a corto plazo para la fobia social en comparación al placebo, pero ha sido retirada del mercado por efectos secundarios graves. En cuanto a la moclobemida, los resultados de distintas investigaciones han sido inconsistentes, aunque en general tienden a mostrar la falta de eficacia de dicho fármaco respecto al placebo. Además, en un estudio ha resultado inferior a la terapia cognitiva de Beck (Oosterbaan et al., 2001a).

En cuanto a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), la **paroxetina** (20-60 mg/día), la **sertralina** (50-200 mg/día) y la **fluvoxamina** (100-300 mg/día) han sido más eficaces que el placebo en varios estudios cada una; la paroxetina ha sido el fármaco estudiado con un mayor número de pacientes y también ha sido más eficaz que el placebo en niños y adolescentes. En un estudio con dosis fijas de paroxetina (20, 40 y 60 mg/día), la primera fue la que más se diferenció del placebo. Según una revisión de tres estudios con 829 pacientes, la paroxetina parece ser tan eficaz para la fobia social más generalizada como para la menos generalizada. En varios estudios el **escitalopram** ha sido superior al placebo y en uno de estos la dosis de 20 mg de escitalopram fue más eficaz que 20 mg de paroxetina. La **fluoxetina** (10-60 mg/día) ha sido superior al placebo en dos de tres estudios con adultos (véase Clark et al., 2003; Davidson et al., 2004) y en uno con niños y adolescentes (Beidel et al., 2007). Sin embargo, en este último estudio, la fluoxetina fue menos eficaz que la terapia de efectividad social.

La fluvoxamina y la paroxetina de liberación controlada también han sido superiores al placebo y parecen ser mejor toleradas que los compuestos originales.

En el **metaanálisis** de Fedoroff y Taylor (2001), los ISRS fueron más eficaces a corto plazo que el placebo farmacológico y psicológico y que la relajación aplicada. Dada su relativa eficacia,

tolerabilidad y seguridad, y su utilidad cuando hay trastornos afectivos o de ansiedad comórbidos, los ISRS son las medicaciones que se recomiendan en el tratamiento farmacológico de la fobia social. De todos modos, pueden aparecer efectos secundarios tales como fatiga, molestias gástricas, náuseas, diarrea, inquietud, alteraciones del sueño, disfunción sexual, sudoración, aumento de peso a largo plazo.

Se necesitan de 6 a 8 semanas para comenzar a apreciar las mejoras con los ISRS. Las **recaídas** al dejar de tomar paroxetina son **muy frecuentes**, al menos cuando se ha tomado durante 3 meses o menos. De aquí que se recomienda prolongar el tratamiento durante al menos 6-12 meses. Los pacientes que han respondido a la paroxetina y la siguen tomando durante 6 meses más recaen menos durante este periodo (14%) que los que son cambiados aleatoriamente a placebo (39%). Sin embargo, no se ha estudiado cuántos pacientes recaen tras dejar la paroxetina después de haberla tomado durante meses.

La **venlafaxina** (un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la norepinefrina) **de liberación prolongada** (75-225 mg/día) ha resultado superior al placebo e igual de eficaz que la paroxetina en un estudio. En otro estudio, una dosis flexible de venlafaxina (75-225 mg/día) también ha resultado superior al placebo. En un tercer estudio, tanto la dosis de 75 mg/día como la de 150-225 mg/día fueron superiores al placebo y no se diferenciaron entre ellas. Por otra parte, la **mirtazapina** (un modulador de la norepinefrina y la serotonina) ha resultado superior al placebo.

Los **anticonvulsivos con propiedades ansiolíticas** también se han mostrado eficaces. La **pregabalina** (600 mg/día) ha sido más eficaz que el placebo en dos estudios, aunque la dosis de 150 mg/día resulta ineficaz. La **gabapentina** (900-3.600 mg/día) se ha mostrado superior al placebo en un estudio. El levetiracetam ha resultado eficaz en un estudio no controlado.

Las **benzodiacepinas** han sido muy poco investigadas. Dos estudios aportan datos favorables al clonacepam (1-6 mg/día) en comparación al placebo en el caso de los adultos. En un estudio, el clonacepam más aliento para autoexponerse a las situaciones temidas fue superior en algunas medidas al tratamiento de Heimberg. El bromacepam (20 mg/día) ha resultado superior al placebo en un estudio. El alprazolam (2-10 mg/día) produjo mejoras en un estudio, pero casi no más que el placebo, al menos cuando ambos fueron combinados con AEV. Con los niños, ni el clonacepam (Graee et al., 1994, citado en Kendall et al., 1997) ni el alprazolam han resultado superiores al placebo. En el **metaanálisis** de Fedoroff y Taylor (2001), las benzodiacepinas fueron más eficaces a corto plazo que las siguientes condiciones: placebo farmacológico y psicológico, reestructuración cognitiva, combinación de esta con exposición, entrenamiento en habilidades sociales, relajación aplicada e IMAOs. La superioridad de las benzodiacepinas sobre otros tratamientos no fue observada por Gould et al. (1997). Existe una fuerte tendencia a la recaída al retirar las benzodiacepinas y además pueden aparecer efectos secundarios (sedación, somnolencia, disminución del nivel de alerta, pérdida de memoria, debilidad muscular, depresión respiratoria), dependencia, cuando se prescriben por largos periodos, y potenciación de los efectos del alcohol (este es frecuentemente consumido por los fóbicos sociales).

Es frecuente en la práctica clínica **combinar las benzodiacepinas con los antidepresivos** para reducir la ansiedad durante las 2-4 primeras semanas hasta que los últimos hagan efecto y para contrarrestar el incremento de ansiedad que puede producir el inicio de la terapia antidepresiva; las benzodiacepinas pueden retirarse tras unas pocas semanas. Por el momento, se carece prácticamente de datos controlados sobre la utilidad de esta terapia farmacológica combinada. El único estudio realizado hasta el momento no ha observado que la combinación de clonacepam y paroxetina fuera mejor que la paroxetina, aunque la potencia estadística fue baja.

Los **betabloqueantes** no han resultado más eficaces que el placebo. Se piensa, aunque no ha sido bien investigado, que el propanolol (30-80 mg/día) y el atenolol (25-100 mg/día) pueden ser

útiles en las **fobias sociales circunscritas** (miedo a hablar en público, miedo escénico) administrados en dosis únicas 45-120 minutos antes de la exposición a situaciones temidas ocasionales (una conferencia, p.ej.) o en dosis constantes cuando las situaciones son más frecuentes. Sin embargo, su empleo continuado, como hacen algunos músicos, conlleva riesgos, ya que pueden agravar trastornos existentes tales como asma, problemas cardíacos y depresión. Además, incluso dosis altas ocasionales de betabloqueantes pueden empeorar la actuación cuando la actividad a desarrollar exige una mayor respuesta del sistema cardiovascular, como ocurre en el caso de los cantantes. Los betabloqueantes, al reducir la taquicardia, el temblor y la sudoración, pueden aumentar la confianza de la persona y facilitar la exposición a las situaciones temidas y la actuación durante la misma. Sin embargo, al reducir poco los síntomas psíquicos de ansiedad, están indicados sobretudo cuando la sintomatología es predominantemente somática.

Finalmente, la **reboxetina** (inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina) ha resultado eficaz en un estudio no controlado. En un estudio la quetiapina (antipsicótico atípico) se ha diferenciado del placebo en algunas medidas, pero no en otras. La bupiriona no se ha mostrado más eficaz que el placebo en un par de estudios. Sólo hay un estudio controlado sobre los antidepresivos tricíclicos (la imipramina en concreto) y estos no parecen eficaces. La nefazodona no ha sido superior al placebo en un estudio.

En resumen, el tratamiento farmacológico de la fobia social es útil a corto plazo o mientras se toma y, con los fármacos más eficaces, el **65%** de los pacientes tratados **mejoran** significativamente en medidas de ansiedad social, depresión e interferencia. Oosterbann et al. (2001b) hallaron que, en promedio, el 54% de los pacientes tratados mejoran mucho o muchísimo en comparación al 24% de los que toman placebo. Sin embargo, la terapia farmacológica requiere ser aplicada durante al menos 1 año para conseguir efectos notables y reducir las **frecuentes recaídas (30-60%)** que se producen caso de retirarla antes. De todos modos, los escasos datos existentes sobre lo que ocurre cuando se descontinúa el fármaco tras 1-2 años de administración indican que los síntomas reaparecen, por lo que se requiere un tratamiento a muy largo plazo. Desde una perspectiva farmacológica, se recomienda empezar por ISRS (con la posible adición de una benzodiazepina) combinados con instrucciones de AEV. Si los resultados no son buenos, puede añadirse, si no se ha hecho, una benzodiazepina y/o TCC. Otras alternativas son IMAOs con o sin benzodiazepinas o probar nuevos fármacos como la gabapentina.

Comparación del tratamiento cognitivo-conductual con el farmacológico

Varios estudios han **comparado el tratamiento cognitivo-conductual y el farmacológico**. En uno, la exposición resultó superior al **atenolol** y al placebo, sin diferencias entre estos últimos. En otro, la TCC y el **clonacepam** con AEV mejoraron por igual considerando a todos los que habían empezado el tratamiento. Teniendo en cuenta sólo a los que lo completaron, no hubo diferencias en escalas de calificación, aunque el clonacepam fue superior en algunas medidas de autoinforme. Sin embargo, esto se debió en parte al abandono de los pacientes más graves en el grupo de clonacepam. En otras dos investigaciones, la TCC ha sido superior a la **moclobemida**. Furmark et al. (2002) no hallaron diferencias entre el **citalopram** y la TCC en grupo, aunque el número de pacientes por grupo fue muy pequeño ($n = 6$). Tanto en ambos grupos, pero no en el de lista de espera, como en las personas que habían respondido al tratamiento hubo a la hora de hablar en público una actividad neural atenuada (menor flujo sanguíneo cerebral regional) en la amígdala, hipocampo y áreas corticales vecinas (rinal, parahipocámpica y periamigdalas).

Un estudio no halló casi diferencias entre el programa de Heimberg, el **alprazolam**, la **fenelcina** y el placebo, aunque todos ellos fueron combinados con instrucciones de AEV. La probabilidad de recaída fue algo mayor en los pacientes tratados con alprazolam. Es posible que el tratamiento psicológico hubiera sido más eficaz de haberse empleado grupos más pequeños (6-7 en vez de 10 personas) y sesiones más largas (120 minutos en vez de 90) como es habitual. En otro

estudio, el programa de Heimberg y la **fenelcina** fueron superiores a dos grupos placebo (farmacológico y psicológico); la fenelcina fue de efectos más rápidos y más eficaz en algunas medidas en el postratamiento a pesar de que ambos tratamientos proporcionaron un porcentaje equivalente de pacientes mejorados; el programa de Heimberg se caracterizó por un mejor mantenimiento de los resultados una vez concluido el tratamiento. Por otra parte, la terapia cognitiva de Clark ha sido más eficaz que la fluoxetina más AEV (Clark et al., 2003) y que el tratamiento psiquiátrico usual (básicamente antidepresivos serotoninérgicos) (Mörtberg et al., 2007) a corto y medio plazo.

En el **metaanálisis** llevado a cabo por Gould et al. (1997, citado en Otto, 1999), el tratamiento cognitivo-conductual y el farmacológico tuvieron una eficacia aproximadamente igual a corto plazo. Los tratamientos psicológicos y farmacológicos más eficaces fueron respectivamente la EV con o sin reestructuración cognitiva y los ISRS, aunque en este último caso las conclusiones estuvieron basadas sólo en dos estudios. El porcentaje de abandonos fue del 10% para el tratamiento cognitivo-conductual y del 14% para el farmacológico.

Los resultados han sido algo diferentes en un **metaanálisis** más reciente Fedoroff y Taylor (2001) que ha incluido un mayor número de estudios, publicados y no publicados, y que ha ponderado los tamaños medios del efecto por el tamaño de la muestra (esto favorece a los estudios farmacológicos, los cuales suelen realizarse con mayor número de pacientes). Las benzodiacepinas y casi los IMAOs fueron más eficaces a corto plazo que la reestructuración cognitiva, la combinación de esta con exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y la relajación aplicada, pero no más que la exposición (aunque esta no se diferenció de la lista de espera); como es habitual, no se dispone de resultados a medio y largo plazo. Las benzodiacepinas fueron superiores a los IMAOs y no se diferenciaron de los ISRS. El porcentaje de abandonos fue del 10-19% para el tratamiento conductual (exposición, reestructuración cognitiva, combinación de ambas, entrenamiento en habilidades sociales, relajación aplicada) y del 18-23% para el farmacológico (ISRS, IMAOs, benzodiacepinas).

Por otra parte, en el metanálisis de Segool y Carlson (2008) centrado en niños y adolescentes, el **tamaño del efecto pre-post** de los tratamientos cognitivo-conductuales (excluyendo los estrictamente conductuales) ha sido significativamente menor que el de los antidepresivos serotoninérgicos en ansiedad social (0,86 vs. 1,30), ansiedad general (0,75 vs. 1,29) y deterioro o disfunción (1,56 vs. 2,29) e iguales en competencia social (0,68 vs. 0,68). Lamentablemente, no hay datos de seguimiento de los estudios farmacológicos.

Combinación del tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico

La **adición de psicofármacos a la terapia conductual o cognitivo-conductual** ha sido investigada en varios estudios. En tres estudios se han empleado el propranolol, el alprazolam y la buspirona; por lo que se sabe hasta el momento, estas medicaciones no potencian los efectos de la terapia psicológica e incluso hay un estudio en que hubo peores resultados; el fármaco estudiado fue la buspirona administrada a dosis moderadas.

Blomhoff et al. (2001) combinaron **sertralina o placebo con AEV o atención médica general** (apoyo, tranquilización, aliento, información y posibilidad de expresar miedos y dudas). Los tratamientos fueron aplicados en clínicas privadas por **médicos generales** entrenados para detectar trastornos mentales y supervisar la AEV. En términos de número de diferencias con el placebo (combinado con atención médica general), los tratamientos más eficaces fueron la sertralina más AEV y la sertralina; y en bastante menor medida, la AEV. No hubo diferencias entre los tres grupos de tratamiento, aunque se constató una tendencia a que la sertralina más AEV fuera mejor que la AEV sola en porcentaje de clientes que respondieron al tratamiento. Este estudio tiene varias limitaciones importantes: a) El fármaco fue aplicado durante 24 semanas, mientras que la AEV

sólo fue supervisada hasta la semana 12 (momento en que fue más eficaz que el placebo), excepto un recordatorio en la sesión 16. b) Las calificaciones fueron hechas por evaluadores (los propios médicos) que conocían si se había aplicado o no la AEV. c) Los pacientes fueron solicitados. d) No está claro por qué se empleó como una de las medidas primarias la Escala de Fobia Social de Mattick y Clarke (1998) y se excluyó su complementaria: la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social.

En un seguimiento a los 7 meses del estudio de Blomhoff et al. (2001), los grupos de **AEV y placebo siguieron mejorando, mientras que se produjo un deterioro en los dos grupos con sertralina**, de modo que estos fueron inferiores a la AEV y al placebo; alrededor de un 25% de los pacientes recibieron tratamiento farmacológico o psicológico adicional durante el seguimiento (Haug et al., 2003).

Clark et al. (2003) compararon **terapia cognitiva** individual basada en los modelos de Wells (1997) y Clark, **fluoxetina más AEV** y placebo más AEV. La terapia cognitiva fue superior a las otras dos condiciones en el postratamiento, aunque los grupos con autoexposición tuvieron menos tiempo de terapia y fueron llevados por terapeutas poco experimentados. No hubo diferencias entre los grupos con autoexposición, por lo que esta no se vio potenciada por la fluoxetina. Sin embargo, este ISRS no parece tan eficaz como otros (paroxetina, sertralina, fluvoxamina). En el seguimiento a los 12 meses se compararon las dos primeras condiciones y la terapia cognitiva siguió siendo superior (Clark et al., 2003).

Davidson et al. (2004) hallaron que la **TCC** (con entrenamiento en habilidades sociales), **la fluoxetina**, **la TCC más fluoxetina** y la TCC más placebo fueron superiores al placebo, pero sin diferencias entre los tratamientos activos. Así pues, el tratamiento combinado no fue mejor que los más simples. En esta línea, en el estudio no controlado de Rosser, Erskine y Crino (2004), **el hecho de estar tomando antidepresivos antes de la TCC no afectó ni positiva ni negativamente** a la eficacia tratamiento psicológico. Tanto el grupo que tomaba los fármacos como el que no mejoraron por igual.

Con niños y adolescentes que presentaban fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación o combinaciones de estos, Walkup et al. (2008) compararon TCC (una adaptación del programa **Coping Cat**), sertralina, la combinación de ambas y placebo. Los tres tratamientos fueron superiores al placebo, la TCC y la sertralina fueron igualmente eficaces y el tratamiento combinado fue el mejor de todos. Lamentablemente no hubo seguimiento.

Prasko (2006) halló que la **combinación de TCC y moclobemida** produjo efectos más rápidos que el fármaco solo o que la TCC combinada con placebo, pero en el postratamiento, los dos grupos con TCC tuvieron mejores resultados y el tratamiento combinado no fue más eficaz que la TCC. En el seguimiento a los 24 meses, el porcentaje de recaídas fue significativamente más bajo en los grupos con TCC.

Un último fármaco a comentar es la **D-cicloserina**, un agonista parcial del receptor glutamatergico del N-metil-D-aspartato que ha facilitado la extinción del miedo en investigación con animales y humanos. La D-cicloserina no es un ansiolítico sino un facilitador del aprendizaje. Hofmann et al. (2006) hallaron que la eficacia de cuatro sesiones de exposición a hablar en público en situaciones artificiales en fóbicos sociales ha sido aumentada por la **adición de D-cicloserina**. Las diferencias entre la exposición más placebo y la exposición más el fármaco en medidas de ansiedad social se mantuvieron en el seguimiento a 1 mes. La D-cicloserina (50 mg) fue administrada en dosis únicas 1 hora antes de cada sesión y no hubo efectos adversos. Los resultados han sido replicados por Guastella et al. (2008). Según el metaanálisis de Norberg, Krystal y Tolin, (2008), la D-cicloserina es más eficaz cuando se administra poco antes o poco después de las sesiones, pero su eficacia se reduce con la administración repetida y en el seguimiento; estas dos últimas

cosas sugieren que su principal papel puede ser aumentar la velocidad o eficiencia de la exposición y facilitar la aceptación de esta.

Hoy en día, la **TCC parece el tratamiento a elegir en primer lugar**, ya que, aunque puede ser menos eficaz que ciertas medicaciones a corto plazo, no presenta, a diferencia de los fármacos, recaídas frecuentes (13-25% contra 30-60%) o efectos secundarios importantes; además, la relación coste/beneficio es favorable a la misma cuando se compara con la aplicación continua de medicación. **Sin embargo**, los fármacos (especialmente los ISRS) son útiles como tratamiento de segunda elección (p.ej., cuando un cliente no tolera o no responde al tratamiento psicológico). Cuando un paciente presenta un miedo social grave en circunstancias muy concretas y ocasionales (p.ej., persona que tiene dos o tres actuaciones problemáticas al año), podría irle bien un betabloqueante. Además, es posible que, análogamente a lo que ocurre en los pacientes con trastorno de pánico, la TCC sea útil para ayudar a discontinuar la medicación, especialmente las benzodiacepinas, en fóbicos sociales.

Finalmente, Beidel y Turner (1998) señalan que el **empleo combinado de fármacos y terapia conductual puede ser útil si** el paciente está muy deprimido, presenta una ansiedad social extremadamente alta que dificulta la exposición o necesita una ayuda temporal en un momento de crisis. En estos casos queda por determinar si es mejor aplicar ambos tratamientos simultáneamente o empezar por la medicación para reducir la activación emocional y facilitar así la aplicación del tratamiento psicológico; luego, podría empezar a retirarse progresivamente la medicación mientras continúa la terapia. Por otra parte, si un cliente está recibiendo tratamiento psicológico y farmacológico simultáneamente por parte de dos terapeutas distintos, conviene que estos comenten el caso entre sí para evitar dar al paciente mensajes contradictorios.

TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la Fobia Social según el DSM-IV.

-
- A. Miedo acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones delante de otros en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. La persona teme que actuará de un modo (o mostrará síntomas de ansiedad) que será/n humillante/s o embarazoso/s. **Nota:** En niños hay que cerciorarse de que tienen capacidad de acuerdo a su edad para relacionarse socialmente con personas conocidas y de que la ansiedad ocurre en situaciones con compañeros de su edad, no sólo en interacciones con adultos.
 - B. La exposición a la situación social temida provoca casi invariablemente ansiedad, la cual puede tomar la forma de un ataque de pánico vinculado a la situación o situacionalmente pre-dispuesto. **Nota:** En niños la ansiedad puede manifestarse como lloros, berrinches, quedarse paralizados o retirarse de situaciones sociales con gente desconocida.
 - C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional. **Nota:** En niños puede faltar este reconocimiento.
 - D. Las situaciones sociales o actuaciones temidas son evitadas o se soportan con ansiedad o malestar intensos.
 - E. La evitación, anticipación ansiosa o malestar en la/s situación/es social/es o actuación/es temida/s interfieren significativamente en la rutina normal de la persona, en sus ocupaciones laborales (académicas) o en sus actividades o relaciones sociales, o existe un malestar acusado por tener la fobia.
 - F. En personas menores de 18 años la duración del trastorno es de al menos 6 meses.
 - G. El miedo o evitación no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una condición médica general y no pueden explicarse mejor por otro trastorno mental (p.ej., trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno de personalidad esquizoide).
 - H. Si una condición médica general u otro trastorno mental están presentes, el miedo descrito en el criterio A no está relacionado con ellos (p.ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a mostrar conductas anormales de alimentación en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los miedos incluyen la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico de trastorno de personalidad evitativa).

Nota. Tomado de American Psychiatric Association (1994, págs. 416-417). (*) Uso limitado.

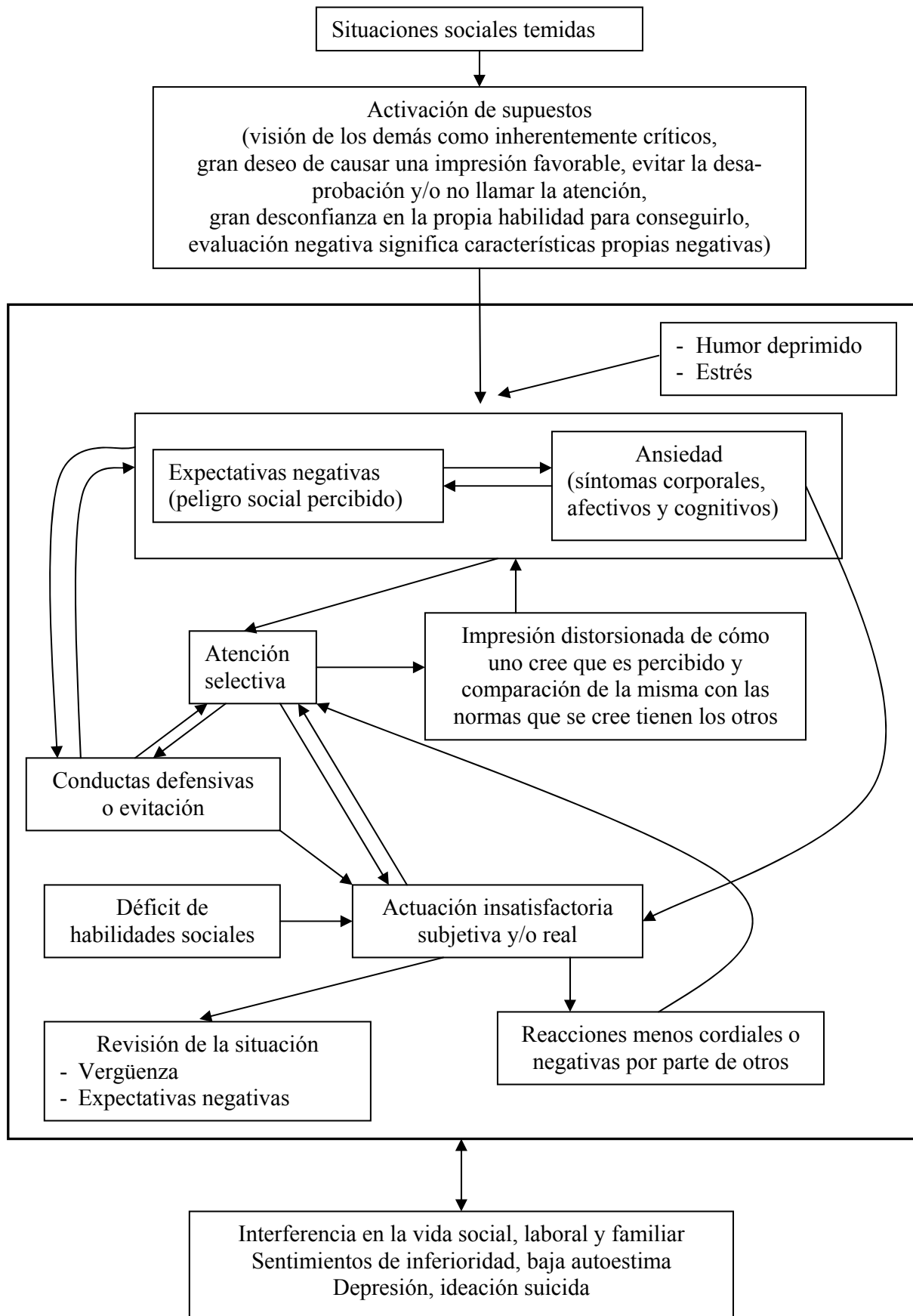


Figura 1. Modelo explicativo de la fobia social. (Adaptado de Bados, 2001a, pág. 46). (*) Uso limitado.

Tabla 2. Cuestionario del Estado de la Ansiedad Social (CEAS).

1. Durante la semana pasada ¿cuán perturbadora ha sido su ansiedad social?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada				Moderadamente				Extremadamente

2. Durante la semana pasada ¿con qué frecuencia ha evitado (o hubiera evitado) las siguientes situaciones debido a su ansiedad social?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada				La mitad de las veces				Todas las veces

Hablar con el sexo opuesto	_____	Hablar en público	_____
Iniciar/mantener conversaciones con gente nueva	_____	Hablar con figuras de autoridad	_____
Devolver objetos defectuosos	_____	Hacer cumplidos	_____
Pedir a otros un cambio en una conducta molesta	_____	Reunirse con gente nueva	_____
Hablar en una reunión informal	_____	Ser el centro de atención	_____
Expresar la propia opinión	_____	Expresar desacuerdo con lo dicho por otros	_____
Hablar de sí mismo o de sus sentimientos	_____	Beber o comer delante de otros	_____
Entrar en un sitio donde ya hay gente sentada	_____	Hablar con los compañeros de trabajo	_____

3. En las situaciones sociales difíciles de la semana pasada, ¿cuán pendiente ha estado de sí mismo (de aspectos **no** necesarios para la actividad social realizada), de la propia actividad social (conductas requeridas en una situación determinada, incluyendo la atención hacia los otros) y del entorno (aspectos del ambiente **no** necesarios para la actividad social)? Exprese los tres datos en porcentajes teniendo en cuenta que los tres juntos deben sumar el 100%.

Sí mismo	_____	Actividad social	_____	Entorno	_____
----------	-------	------------------	-------	---------	-------

4. Emplee un número de la siguiente escala para indicar con qué frecuencia lleva a cabo cada una de las siguientes conductas en las situaciones sociales con el fin de controlar su ansiedad o la posible evaluación negativa por parte de los otros.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada				La mitad de las veces				Todas las veces

Hablar poco	_____	Centrarse en la propia voz	_____	Hablar bajo	_____
No mirar al otro	_____	Evitar los silencios	_____	Taparse la cara	_____
Distraerse	_____	Mantener manos en bolsillos	_____	Controlar lo que dice	_____
Ensayar mentalmente	_____	Intentar pasar desapercibido	_____	Beber alcohol	_____

5. Indique cuánto cree en cada uno de los siguientes pensamientos cuando está socialmente ansioso. Emplee una escala de 0 (no creo en el pensamiento) a 100 (completamente convencido de que el pensamiento es verdad).

No les caigo bien	_____	Soy aburrido	_____
Todos me están mirando	_____	Piensen que soy raro	_____
No sabré qué decir	_____	Voy a decir estupideces	_____
Temblaré, sudaré o me pondré rojo	_____	Soy incompetente	_____
Se reirán de mí	_____	Me quedaré en blanco	_____
Diré cosas tontas o sin sentido	_____	Hablaré de modo poco comprensible	_____
Me humillarán	_____	Me criticarán	_____
Notarán que estoy nervioso	_____	No soy respetado	_____
Piensen que soy estúpido	_____	Estoy siendo rechazado	_____

<i>Otros pensamientos</i>		Calificación
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Nota. Adaptado de Bados (2001a, pág. 242-243). (*) Uso limitado.

Tabla 3. Tratamiento cognitivo-conductual en grupo de Heimberg.

Sesión	Contenido
0 ^a	1. Presentar el modelo cognitivo-conductual de la fobia social y justificar el tratamiento de modo esquemático. 2. Entrenar en la escala USA (unidades subjetivas de ansiedad). 3. Desarrollar una jerarquía individualizada de miedo y evitación. 4. Establecer un contrato sobre las 2-3 situaciones que serán el foco primario del tratamiento.
1	1. Completar cuestionarios. 2. Hacer presentaciones. 3. Explicar reglas básicas del grupo: confidencialidad, asistencia, participación. 4. Los clientes comparten sus miedos sociales y sus metas de tratamiento. 5. El terapeuta presenta el modelo cognitivo-conductual de la fobia social y describe y justifica el tratamiento. 6. Entrenamiento inicial en reestructuración cognitiva: identificar pensamientos automáticos (PA), cuestionarlos con la ayuda de una lista de preguntas y generar alternativas positivas. Se emplean dos ejercicios: a) Ejercicio 1: el terapeuta cuenta una situación personal. b) Ejercicio 2: los pacientes comparten sus PA referidos a venir al grupo de terapia. En ambos ejercicios, el cuestionamiento de los PA es realizado sólo por los dos terapeutas. 7. Tareas entre sesiones: registro de 2-3 situaciones temidas y PA.
2	1. Completar cuestionarios. 2. Revisar tareas entre sesiones. 3. Continuar con la reestructuración cognitiva: a) Introducir el concepto de error cognitivo. b) Ejercicio 3: Los clientes identifican errores en los PA identificados en las tareas. c) Introducir preguntas tipo para discutir los PA y derivar respuestas racionales. d) Ejercicio 4: Empleo de una situación imaginada (ser llamado a la oficina del jefe) para identificar PA y errores presentes en los mismos, cuestionar estos y elaborar respuestas racionales. e) Cuestionar en grupo PA identificados en las tareas entre sesiones y desarrollar respuestas racionales. 4. Tareas entre sesiones: registrar PA, identificar errores, cuestionar los PA y desarrollar respuestas racionales.
3-11	1. Completar cuestionarios. 2. Revisar tareas entre sesiones. 3. Completar tres exposiciones intra-sesión. a) Seleccionar a un paciente y explicar brevemente la situación de exposición. b) Obtener los PA. c) Seleccionar uno o dos PA. d) Identificar el/los error/es cognitivo/s en el/los PA(s). e) Emplear las preguntas tipo para cuestionar los PA. f) Desarrollar una o dos respuestas racionales. g) Desarrollar los detalles de la situación de exposición. h) Establecer una meta conductual no perfeccionista. i) Llevar a cabo el ensayo. j) Analizar la exposición: revisar el logro de la meta, discutir el empleo de la respuesta racional, identificar nuevos PA, reforzar al cliente. 4. Tareas entre sesiones: exposición en vivo con aplicación de la reestructuración.
12	La primera mitad es similar a las sesiones 3-11. En la segunda mitad se revisa el progreso de los pacientes, se identifican respuestas racionales importantes que se seguirán empleando y se identifican metas para seguir trabajando por cuenta propia. La sesión termina con un breve refrigerio que permite a los pacientes despedirse y poner una nota agradable al fin del grupo.

Nota. Elaborada a partir de Hope y Heimberg (1993) y Turk, Heimberg y Hope (2001).

^a Esta sesión corresponde a la entrevista de orientación para el tratamiento.

 Tabla 4. Resumen de un tratamiento para las dificultades para hablar en público (DHP).

Sesión 1

- Presentaciones y acuerdo sobre normas de funcionamiento.
- Acuerdo sobre el orden del día y conceptualización compartida sobre las DHP.
- Acuerdo sobre los objetivos a lograr.
- Justificación y breve descripción de los componentes de la intervención.
- Entrenamiento en respiración controlada (si se juzga necesario) en posición sentada.
- Actividades entre sesiones: a) practicar la respiración controlada con y sin ayuda de cinta; y b) recordar o imaginar situaciones de hablar en público e identificar pensamientos asociados.

Sesión 2

- Acuerdo sobre el orden del día y revisión de las actividades entre sesiones (esto es común al resto de las sesiones).
- Entrenamiento en respiración controlada y en respiración profunda con retención del aire (de pie).
- Reestructuración cognitiva de pensamientos negativos identificados.
- Actividades entre sesiones: a) practicar la respiración controlada y la respiración profunda; b) leer preguntas guía para cuestionar pensamientos y un ejemplo de un pensamiento reestructurado; y c) reestructurar por escrito un par de los pensamientos previamente identificados.

Sesión 3

- Entrenamiento en respiración (R): aplicación tras la hiperventilación.
- Se prosigue con la reestructuración cognitiva (RC).
- Actividades entre sesiones: a) practicar la respiración controlada y la profunda; y b) reestructurar por escrito el resto de pensamientos negativos significativos previamente identificados.

Sesión 4

- Revisar el dominio de la respiración controlada y profunda.
- Elaboración de pensamientos alternativos y puesta en común de los mismos.
- Comenzar a elaborar una jerarquía individualizada de exposición para las sesiones.
- Actividades entre sesiones: a) practicar la respiración controlada y la profunda; b) Completar la lista de pensamientos alternativos y preparar tarjetas con los mismos. c) Preparar la intervención en público correspondiente a la siguiente sesión.

Sesión 5

- Aplicar R y RC en situaciones de hablar en público en la sesión.
- Comenzar a construir una jerarquía individualizada de exposición en el medio natural.
- Actividades entre sesiones: a) aplicar R y RC en situaciones de hablar en público en el medio natural; y b) leer unas pautas relativas a la organización y aspectos de contenido de una charla.

Sesión 6

- Entrenamiento en organización y contenido de la charla. Aplicación de R y RC al hablar en público en la sesión en situaciones cada vez más difíciles y eliminando conductas defensivas. Grabación en vídeo.
- Actividades entre sesiones: a) hablar en público en el medio natural y aprovechar para realizar experimentos conductuales; y b) leer pautas relativas a otros componentes que vayan a ser entrenados y que deben ser individualizados.

Sesiones 7 a 10

- Siguen la misma pauta de la sexta sesión. Se van practicando situaciones más difíciles y se entrenan los aspectos conductuales necesarios (no verbales, vocales).

Sesión 11

- Justificación y descripción del programa de mantenimiento de los cambios logrados.
 - Actividades entre sesiones: puesta en marcha del programa de mantenimiento.
-

Nota. Tomado de Bados (2001b, pág. 187). (*) Uso limitado.

 Tabla 5. Posibles pasos más o menos generales para jerarquías correspondientes a diversos temas.

Ser observado

a) Sentarse en el autobús delante de una persona y mirarla de vez en cuando. b) Entrar de los últimos en una conferencia o reunión por la puerta delantera. c) Entrar de los últimos en una conferencia o reunión por la puerta delantera y dejar caer “accidentalmente” libretas y bolígrafos. d) Hablar por teléfono delante de otra gente. e) Viajar en un medio de transporte con alguna prenda de vestir llamativa. También puede ponerse en marcha un magnetófono sin los auriculares conectados y mantenerlo así unos segundos hasta lograr meter la clavija. f) Ponerse de pie delante del grupo de terapia cuando lo haya.

Conducta asertiva en las compras

a) Entrar en una tienda de electrodomésticos y pedir información detallada sobre un producto, incluyendo el precio. b) Ir a una frutería y comprar sólo un par de plátanos. c) Comprar sólo un artículo en un súper y pedir al primero de la cola poder pasar delante. d) Decir en la tienda que se ha olvidado el dinero y que si pueden guardar cierto artículo que se vendrá a recoger y pagar más tarde. e) Ir a varios restaurantes y preguntar qué tienen de menú y cuánto vale. f) Ir a varios restaurantes para informarse si harían un menú especial para un grupo, qué tendría y cuánto costaría. g) Probarse algunos sombreros por cuenta propia en unos grandes almacenes. h) Probarse varias prendas o zapatos en un comercio con la ayuda de un dependiente y no comprar nada. i) Devolver un artículo, primero en una tienda que lo admita expresamente y luego en otra que no. j) Reclamar el cambio de un artículo defectuoso.

Hablar en público (El tema de la charla va variando en cada paso.)

En la **consulta**: a) Dar sentado una charla de 3 minutos (sobre sí mismo u otro tema) ante el grupo sentado en semicírculo. b) Dar sentado una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras y con consulta ocasional de notas, en caso necesario. c) Dar de pie, al lado de una mesa, una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras y con la ayuda de un esquema en caso necesario. d) Dar de pie, sin mobiliario y sin notas, una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras (puede empezar a introducirse aquí la cámara de vídeo). e) Dar una charla de 10 minutos y responder a un par de preguntas del auditorio. f) Dar una charla de 5 minutos mientras dos miembros del auditorio se muestran desinteresados (bostezan, miran al reloj o al techo, parecen adormilados, hablan con el de al lado. g) Dar una charla de 3 minutos preparada en 2-3 minutos (cuasi-improvisación). h) Hablar de un tema durante 1-2 minutos sin tiempo de preparación previo (improvisación). i) Dar una charla de 10 minutos y responder a un par de comentarios críticos del auditorio sobre lo que uno ha dicho.

En la **vida real**: a) Exponer ante un compañero del grupo u otra persona. b) Hacer una breve intervención en un grupo pequeño. c) Formular una pregunta a un conferenciante o profesor. d) Hacer un comentario de cierta extensión sobre algo expuesto en un grupo numeroso. e) Hacer un brindis. f) Presentar a alguien en público. g) Hacer un comentario crítico sobre algo dicho en una exposición en público. h) Dar una charla o exponer un trabajo, primero breve y luego más largo, ante un grupo pequeño y luego ante un grupo numeroso. i) Solicitar críticas sobre lo que uno ha expuesto y contestar a las mismas.

Nota. Tomado de Bados (2001a, págs. 131-132). (*) Uso limitado.

Tabla 6. Facilitación de la concentración en la tarea.

1. Entrenamiento en concentración en la tarea usado en el tratamiento del miedo a sonrojarse (Bögels, Mulkens y de Jong, 1997).

- **Conceptualización compartida.** Se explica que el sonrojamiento facilita el que uno dirija la atención hacia sí mismo y que esto aumenta la conciencia del mismo y lo intensifica. Como consecuencia, se incrementa la ansiedad, los pensamientos negativos, los problemas de concentración y la conducta poco habilidosa. Una manera de romper este círculo es aprender a redirigir la atención a la tarea.
- **Autorregistro de la dirección de la atención en situaciones de sonrojamiento.** El cliente registra cada día las situaciones en que se ha puesto rojo, grado de ansiedad y nivel de atención dirigida a sí mismo (a aspectos no necesarios para realizar la tarea), a la tarea (conductas requeridas en una situación determinada, incluyendo la atención hacia los otros) y al entorno (aspectos del ambiente no necesarios para llevar a cabo la tarea). Esto último puede producir un alivio temporal, pero no es útil a largo plazo.
- **Entrenamiento en concentración en la tarea durante las sesiones.** Consta de una serie de ejercicios graduados en dificultad. El primero consiste en concentrarse en una historia neutral de un par de minutos contada por el terapeuta, sentado espalda contra espalda con el paciente, y resumirla. Además, el paciente debe valorar el nivel de atención dirigida a sí mismo, a la tarea y al entorno, y el porcentaje de la historia que fue capaz de recordar (esto último lo hace también el terapeuta). Cada ejercicio se repite hasta que este porcentaje supera el 50%. Los siguientes ejercicios implican contacto visual con el terapeuta, distraerse pensando en el rubor (e intentar volver a concentrarse en la historia) y escuchar una historia sobre sonrojamiento. Luego vienen ejercicios de hablar: el paciente cuenta historias al terapeuta mientras se concentra en lo que dice y observa si el terapeuta escucha y comprende lo que le está diciendo; se emplea la misma jerarquía que en los ejercicios de escucha.
- **Entrenamiento en concentración en la tarea en situaciones no amenazantes.** Se pide al cliente que se concentre en la tarea en situaciones no amenazantes de la vida diaria: pasear por un bosque y prestar atención a todos sus aspectos (primero uno por uno y luego de forma integrada), ver las noticias y resumirlas, mantener una conversación telefónica y resumirla, etc.
- **Entrenamiento en concentración en la tarea en situaciones amenazantes.** Se construye una jerarquía con 10 situaciones pertinentes para el paciente y en las que tiende a ponerse rojo. La tarea es concentrarse en la tarea exigida en cada situación, distraerse pensando en el sonrojamiento y volver a redirigir rápidamente la atención a la tarea; los clientes completan el autorregistro correspondiente. Si es posible, las situaciones son practicadas primero en la sesión.

2. Otras técnicas que suelen emplearse para favorecer la concentración en la tarea (Caballo, Andrés y Bas, 1997):

- a) Hacer ver a través de la exposición simulada los efectos negativos que centrarse en sí mismo tiene sobre la ansiedad y el desempeño; esta exposición puede ser contrastada con otra en la que el cliente se centra en la tarea.
 - b) Reestructuración de los pensamientos y errores cognitivos que subyacen al hecho de tener que estar pendiente de uno mismo en vez de la tarea.
 - c) Autoinstrucciones para centrarse en la tarea social.
 - d) Detención del pensamiento.
-

Nota. Tomado de Bados (2001a, págs. 101-102). (*) Uso limitado.

Tabla 7. Posible distribución por sesiones del tratamiento cognitivo-conductual.

Sesión 1

- (Si el tratamiento es en grupo, la primera parte de esta sesión se dedica a las presentaciones de los miembros, a la explicación de las reglas básicas de funcionamiento y a que los clientes compartan detalladamente sus miedos sociales y metas de tratamiento.) Acuerdo sobre el orden del día.
- Acuerdo sobre la conceptualización del problema a partir de los datos obtenidos en la evaluación y de las experiencias del cliente.
- Especificación de los objetivos a lograr y descripción general y justificación del tratamiento a seguir (en principio, reestructuración cognitiva combinada con exposición simulada y en vivo) y de su eficacia.
- (En aquellos casos en que vaya a emplearse la respiración controlada para manejar la activación autonómica, se comienza el entrenamiento en esta sesión y se prolonga habitualmente a lo largo de las dos siguientes.)
- Actividades entre sesiones: Seguir con el autorregistro introducido en la evaluación (situación, nivel de ansiedad, pensamientos negativos, conducta, reacciones de los demás) y escribir situaciones para la elaboración de la jerarquía de exposición.

Sesión 2

- Acuerdo del orden del día y revisión de las actividades entre sesiones.
- Justificación e ilustración de la reestructuración cognitiva a partir de uno o más ejemplos hipotéticos (p.ej., el jefe solicita nuestra presencia en la oficina porque tiene problemas con un trabajo que le presentamos).
- Reestructuración de uno o más pensamientos de los registrados por el cliente.
- Actividades entre sesiones: Leer un ejemplo escrito de reestructuración cognitiva y una lista de preguntas que pueden servir de ayuda a la reestructuración, reestructurar por escrito algún pensamiento seleccionado y seguir con el autorregistro, pero añadiendo otras columnas: pensamientos alternativos, satisfacción, acciones a realizar.

Sesión 3

- Acuerdo del orden del día y revisión de las actividades entre sesiones.
- Elaboración de los primeros pasos de la jerarquía o jerarquías de exposición.
- Selección de alguna actividad para la exposición simulada, identificación de los pensamientos negativos significativos relativos a la misma, reestructuración de dichos pensamientos y desarrollo de pensamientos alternativos.
- Desarrollo de los detalles de la situación de exposición, establecimiento de una o más metas no perfeccionistas y realización de la exposición simulada con énfasis en focalizar la atención en la tarea y en prevenir más o menos gradualmente las conductas defensivas. Revisión de la exposición simulada, reestructuración de posibles pensamientos negativos y repetición de la exposición en caso necesario.
- Actividades entre sesiones: Reestructurar por escrito algunos pensamientos. Exposición en el medio natural a las situaciones acordadas y anotación en el autorregistro correspondiente; estas actividades se plantean frecuentemente como experimentos conductuales. Lectura de las pautas para llevar a cabo la autoexposición.
- (En aquellos casos en que vaya a trabajarse la asertividad, se discute, justo antes de introducir este tema, los derechos básicos que toda persona tiene y las características del comportamiento sumiso, asertivo y agresivo.)

Siguientes sesiones

- Acuerdo del orden del día, revisión de las actividades de autoexposición, reforzamiento de los esfuerzos y progresos, reestructuración de las posibles interpretaciones negativas no realistas y búsqueda de soluciones para las posibles dificultades habidas.
- Nuevas reestructuraciones y ensayos de exposición simulada con situaciones anteriores que no han podido ser manejadas y/o con nuevas situaciones de la jerarquía.
- Salvo que el cliente manifieste claros y diversos aspectos negativos, introducción a partir de la cuarta sesión de la grabación en vídeo de alguna o algunas de las exposiciones simuladas para que mediante su visionado se ayude al cliente a someter a prueba y a modificar la imagen distorsionada que tiene de sí mismo.
- Si es necesario, se introduce el entrenamiento en habilidades sociales para la situación que se precise o bien, si el problema es más general, se integra con la exposición ya desde el principio.
- Actividades entre sesiones: Acuerdo de nuevas actividades para someter a prueba las creencias del paciente. Se sigue este proceso trabajando cada vez situaciones más difíciles y eliminando conductas defensivas hasta lograr las metas del tratamiento o la mayor aproximación posible a las mismas.

Últimas sesiones

- Se introduce el cuestionamiento de los supuestos básicos. Esto se hace una vez conseguido un alivio de los síntomas o cuando los supuestos interfieren con la marcha del tratamiento o con el progreso logrado.
- La última sesión se dedica a la presentación del programa de mantenimiento.

Nota. Tomado de Bados (2001a, págs. 180-181). (*) Uso limitado.

Tabla 8. Reestructuración verbal: Preguntas guía.

Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento

- ¿Qué datos existen a favor de este pensamiento? ¿Son realmente favorables estos datos?
- ¿Qué datos existen en contra de este pensamiento?
- Si a alguien le ocurre lo que a usted (p.ej., ponerse rojo), ¿cómo reacciona usted?; ¿cómo reaccionan los demás?
- ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?
- ¿Está sobrestimando la probabilidad de que ocurra lo que piensa?
- ¿Está pensando en que porque algo puede suceder, sucederá?
- ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?
- ¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿Qué datos hay a favor y en contra?
- ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Y lo mejor? ¿Qué es lo más probable que suceda?
- ¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en hechos?
- ¿Está confundiendo una forma habitual de pensar con un hecho?
- ¿Está empleando palabras que son extremas o exageradas (siempre, nunca, debería)?
- ¿Se está fijando metas poco realistas o inalcanzables?
- ¿Está olvidando hechos pertinentes o sobreatendiendo a hechos no pertinentes?
- ¿Está pensando en términos de todo o nada?
- ¿Está pensando en término de certeza en vez de probabilidad?
- ¿Está sobrestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?
- ¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?
- ¿Qué le diría una persona importante para usted acerca de este pensamiento?
- Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría para hacerle ver que no es correcto?

Preguntas para examinar la utilidad de un pensamiento

- ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?
- ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?
- ¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?
- ¿Cómo repercute este pensamiento en sus relaciones con otras personas?
- ¿Cuáles son los pros y los contras, a corto y largo plazo, de esto que cree? ¿Predominan las desventajas sobre las ventajas?

Preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto

- ¿Que pasaría si las cosas fueran realmente como piensa? (Identificada la nueva cognición, pueden emplearse las preguntas dirigidas a examinar las pruebas disponibles.)
- ¿Qué es lo peor que podría suceder si las cosas fueran realmente como piensa?
- Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿hasta qué punto sería malo?, ¿sería tan malo como parece? (puede situarse lo que se piensa en un continuo que tenga en un extremo un evento poco negativo y en el otro, el evento más catastrófico que le puede suceder a uno en la vida).
- ¿Sería algo realmente grave o un contratiempo?
- ¿Cómo serán (serían) las cosas dentro de un tiempo? Esto que parece tan malo ¿durará (duraría) siempre?

Preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto

- Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer al respecto?; ¿cómo podría hacer frente a la situación?
- ¿Qué le diría una persona importante para usted con el fin de ayudarle a afrontar la situación?
- Si este pensamiento lo tuviera X, ¿qué le diría para ayudarle a afrontar la situación?

Nota. Tomado de Bados (2001a, págs. 131-132). (*) Uso limitado.

Tabla 9. Ejemplo de reestructuración cognitiva.

-
- T: Cuando dice que puede actuar tontamente, ¿qué quiere decir exactamente?
- P: La gente pensará que soy tonto.
- T: ¿Qué hará que la gente piense esto?
- P: Haré algo tonto y atraeré la atención sobre mí.
- T: ¿Qué hará?
- P: No acertaré con las palabras y no sabré qué decir.
- T: ¿Así que su pensamiento negativo es que no acertará con las palabras y que la gente pensará que es tonto?
- P: Sí. No quiero que la gente piense eso.
- T: ¿Tiene alguna prueba de que sucederá?
- P: Me ha sucedido antes cuando he estado ansioso en las situaciones. No sé qué decir y mi mente se queda en blanco.
- T: Es cierto que su mente se queda en blanco a veces, pero ¿qué le hace pensar que la gente piensa que es tonto?
- P: Bien, no lo sé seguro.
- T: ¿Cómo reaccionaría la gente hacia usted si pensarán que es tonto?
- P: Supongo que no me hablarían y que me ridiculizarían.
- T: ¿Hay alguna prueba de que la gente le haga esto?
- P: No. Alguna gente puede, pero la gente no hace generalmente esto.
- T: Así que parece como si hubiera algunos datos contrarios, alguna prueba de que la gente no piensa que usted es tonto.
- P: Sí, supongo que sí cuando lo miras de este modo.
- T: ¿Qué pruebas hay de que la gente no piensa que usted es tonto?
- P: Tengo un par de buenos amigos y me llevo bien con la gente en el trabajo.
- T: ¿Qué quiere decir con llevarse bien con la gente en el trabajo?
- P: Algunas personas me piden consejo sobre cosas en las que están trabajando.
- T: ¿Es esto una prueba de que piensan que es tonto?
- P: No, justo lo contrario.
- T: Parece que a veces tiene dificultades para saber qué decir cuando está ansioso, pero parece que la gente no piensa que usted es tonto. Si la gente no piensa que usted es tonto, ¿qué otra cosa puede pensar?
- P: Bien, probablemente ni se darán cuenta de que estoy callado.
- T: Incluso si se dan cuenta, ¿qué pueden pensar?
- P: Pueden pensar que simplemente estoy callado o pensativo o algo.
- T: Pensando en ello ahora, ¿en qué medida cree que la gente pensará que es tonto?
-

Nota. Tomado de Wells (1997, págs. 69-70). (*) Uso limitado.

Tabla 10. Ejemplo de reestructuración cognitiva.

Antes de la exposición simulada a la situación de concertar una cita con un hombre, Katy informó, entre otros, del siguiente pensamiento: “Si él acepta la cita, no significa que quiera salir (ese día) conmigo”.

T2: ¿Por qué diría alguien que sí, si no quisiera salir contigo?

K: No sé. Quizás siente pena por mí o algo así.

T2: Así que él puede sentir pena por ti y estar de acuerdo en salir. ¿Alguna otra razón por la que él pueda decir que sí y no querer decir que sí?

K: No sé. No he pensado realmente nunca sobre esto.

T2: ¿Qué piensa el resto del grupo? ¿Algunas ideas de por qué un chico aceptaría una cita que no desea?

P4: No en esta clase de situación. Es fácil para él escapar de ella. Incluso si no dice nada en el momento de la petición, puede cancelar la cita más tarde. Creo que si realmente va, él quiere ir.

T2: ¿Qué piensas sobre esto, Katy?

K: No sé. Quizás.

T2: No pareces convencida. ¿Qué datos puedes tener de que alguien pueda decir sí cuando no quiere?

K: No sé. Pienso que puedo sólo saberlo.

T2: Ummm, ¿parece que pudiera haber aquí un error cognitivo? ¿Qué piensa el grupo?

P3: Parece lectura de la mente. Ella está conjeturando lo que él está pensando.

T2: ¿Piensas que es así, Katy?

K: Sí, realmente no tengo ninguna prueba.

T2: Así, si intentas leer su mente, ¿concluyes que él no quiere salir contigo?

K: Sí.

T2: ¿Qué conclusión sacas si sólo consideras lo que puedes ver y oír, lo que él dice y hace?

K: Bien, él está diciendo que sí y puede realmente salir conmigo.

T2: Así, cuando lees su mente, el no quiere salir contigo; pero si miras sus palabras y acciones, él quiere. ¿Qué merece más confianza? Si estuvieras jugando y tuvieras que poner tu dinero en una de estas dos cosas, ¿a cuál tendría más sentido apostar?

K: A que si él dice sí, él quiere salir conmigo.

T2: Así, ¿a qué conclusión tiene sentido apostar tu vida de citas?

K: A la misma. Él probablemente no diría sí, si no quisiera salir conmigo.

T2: Esta parece una respuesta racional excelente. ¿Quieres usarla? *(en la exposición simulada subsecuente).*

Nota. Tomado de Hope y Heimberg (1993, pág. 128). (*) Uso limitado.

Tabla 11. Concertar una cita.

-
- Inicie y mantenga una conversación extensa; luego, hacia el final de la misma haga la petición. También puede concertar una cita sin necesidad de una conversación tan prolongada con una persona con la que ya haya tenido varios contactos extensos anteriores.
 - Emplee señales no verbales de "proximidad" (contacto ocular, expresión facial positiva, orientación hacia el otro, voz suave y segura, cercanía física).
 - Diga al otro que le gustaría volver a verle y/o proponga una actividad que pueda ser interesante para el otro. Sea directo, no emplee rodeos ni excusas.
 - Proponga un día, hora y lugar.
 - Determine si el otro también desea quedar en otra ocasión; fíjese en sus respuestas verbales y no verbales.
 - Proponga un tiempo, sitio o actividad alternativa si el propuesto en primer lugar no es satisfactorio o, mejor aún, pida a la otra persona que haga una propuesta alternativa.
 - Si la otra persona ofrece un motivo para no aceptar o una excusa ("es que tengo un montón de asuntos pendientes"), no ponga en duda la sinceridad de esta. Acéptela y repita la petición, pero dejando la fecha abierta ("ya te llamaré").
 - Cuando concierte una cita, piense que está haciendo simplemente eso, ni más ni menos. Si lo que busca es encontrar cuanto antes una pareja sentimental adecuada, lo más probable es que su ansiedad y sus prisas le aboquen al fracaso.

Posibles respuestas del otro:

- a) Rechazar la cita. b) Aceptar sin entusiasmo. c) Sentirse ofendido. d) Mostrarse irónico o sarcástico.
-

Nota. Tomado de Bados (2001a, pág. 193). (*) Uso limitado.

Tabla 12. Defensa de los propios derechos.

Por ejemplo, alguien se le cuela delante suyo y solicita un servicio.

-
- Pregúntese si el otro está realmente transgrediendo sus derechos, verifique las posibles explicaciones y excusas que el otro puede ofrecer para su acción.
 - Debido a la posibilidad de que el otro pueda tener posibles razones justificativas y para evitar hacer una acusación injustificada, comience, cuando sea posible, defendiendo sus derechos de forma implícita. Puede hacer esto de modo no verbal adoptando una postura asertiva (tono corporal elevado, cabeza alta, contacto visual, entrecejo fruncido), moviéndose hacia adelante y empujando suavemente si es preciso. También puede incluir una pregunta que se refiera indirectamente a lo que está mal ("¿detrás de quién iba usted?", "¿tiene usted mucha prisa?").
 - Si el otro se disculpa y cede, minimice la transgresión. Si el otro persiste, mantenga una actitud asertiva y haga una petición explícita ("creo que yo estaba antes que usted", "yo también tengo prisa"). Emplee ya de entrada una petición explícita en todos aquellos casos en que hay una clara transgresión de sus derechos (p.ej., cuando se recibe un material en vez de otro o se recibe un aparato defectuoso).
 - En caso de que lo anterior no funcione, plantee una exigencia explícita para restablecer la situación. Si es necesario, plantee consecuencias negativas, pero vigile que sean realistas (hablar con el encargado y, si es preciso, emprender una acción legal caso de recibir un aparato defectuoso).
-

REFERENCIAS

- Akillas, E. y Efran, J.S. (1995). Symptom prescription and reframing: Should they be combined. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 263-279.
- Alario, S. (1993). *Estudio de casos en terapia del comportamiento* (2ª ed.). Valencia: Promolibro.
- Albano, A.M. y DiBartolo, P.M. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for social phobia in adolescents: Stand up, speak out. Therapist guide*. Londres: Oxford University Press.
- Albano, A.M., DiBartolo, P.M., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 387-425). Nueva York: Guilford.
- Albano, A.M., Marten, P.A., Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for adolescent social phobia: A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 685-692.
- Alden, L.E., Taylor, C.T., Laposa, J.M. y Mellings, T.M.B. (2006). Impact of social developmental experiences on cognitive-behavioral therapy for generalized social phobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 7-16.
- Álvarez, A., Álvarez-Monteserín, A., Cañas, A., Jiménez, S. y Petit, M.J. (1990). *Desarrollo de las habilidades sociales en niños de 3-6 años: Guía práctica para padres y profesores*. Madrid: Aprendizaje Visor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington: Autor.
- Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J. y Taylor, C. (2008). The effect of a single-session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 860-868.
- Andersson G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmak, T., Nilsson-Ihrfelt, M. y Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686.
- Anderson, P., Jacobs, C. y Rothbaum, B.O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 253-267.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Andrews, G., Slade, T. y Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Antona, C.J., García-López, L.J., Yela, J.R., Gómez, M.A., Salgado, A., Delgado, C. y Urchaga, J.D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*, 14, 183-200.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.
- Bados, A. (1991). *Hablar en público: Guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (1992). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona. (Tesis doctoral microfichada original de 1986.)
- Bados, A. (1995). Habilidades de enfrentamiento al estrés: Intervención para hablar en público. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Psicología y salud* (pp. 303-335). Madrid: Dykinson.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2001a). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2001b). Habilidades de enfrentamiento al estrés: Intervención para hablar en público. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Más (Eds.), *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 167-214). Madrid: Dykinson.
- Bados, A. (2008). Terapia cognitiva de Beck. En F.J. Labrador (Ed.), *Manual de técnicas de modificación de conducta* (pp.). Madrid: Pirámide.
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435.
- Bados, A., García-Grau, E. y Fusté, A. (2003). Significación clínica de los resultados del tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 643-678.
- Baer S. y Garland, E.J. (2005). Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 258-264.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2002). *Habilidades sociales*. Madrid: Síntesis.
- Baños, R.M., Botella, C. y Quero, S. (2000). Efectos del entrenamiento en focalización atencional en la fobia social. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 441-463.
- Baños, R.M., Botella, C., Quero, S. y Medina, P. (2007). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Psychometric properties in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 100, 441-450.
- Bates, A. y Clark, D.M. (1998). A new cognitive treatment for social phobia: A single-case study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 289-302.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Client workbook* (4ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Raffa, S.D. y Cohen, E.M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 301-335). Nueva York: Oxford University Press.
- Barret, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Con-*

- sulting and Clinical Psychology, 64, 333-342.
- Barret, P.M., Duffy, A.L. Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Barrett, P.M., Shortt, A.L. y Wescombe, K. (2001). Examining the social validity of the FRIENDS treatment program for anxious children. *Behaviour Change*, 18, 63-77.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beidel, D.C., Neal, A.M. y Lederer, A.S. (1991). The feasibility and validity of a daily diary for the assessment of anxiety in children. *Behavior Therapy*, 22, 505-517.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Fink, C.M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SAPI-C). *Psychological Assessment*, 8, 235-240.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Jacob, R.G. (1989). Assessment of social phobia: Reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 149-158.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Morris, T.L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Morris, T.L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Beidel, D., Turner, S., Sallee, F., Ammerman, R., Crosby, L. y Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1622-1632.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Young, B. y Paulson, A. (2005). Social effectiveness for children: Three year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 721-725.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Original de 1980.)
- Berstein, G.A., Layne, A.E., Egan, E.A. i Tennison, D.A. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1118-1127.
- Blanco, C., Antia, S.X. y Liebowitz, M.R. (2002). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 109-120.
- Blanco, C., Schneier, F.R., Schmidt, A., Blanco, C.R., Marshall, R.D., Sanchez, Arturo. y Liebowitz, M.R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta analysis. *Depression and Anxiety*, 18, 29-40.
- Blomhoff, S., Haug, T.T., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H.P. y Wold, J.E. (2001). Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 179, 23-30.
- Bobes, J. (1998). How is recovery from social anxiety disorder defined? *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl 17), 12-19.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M.P. y Dal-Ré, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998a). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dir.), *Fobia social* (pp. 97-140). Barcelona: Masson.
- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Bobes, J., González, M.P., Gibert, J. y Tejedor, P. (1998b). Tratamiento biológico. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dir.), *Fobia social* (pp. 163-243). Barcelona: Masson.
- Bobes, J., González, M.P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (Eds.). (1999). *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Barcelona: Masson.
- Bodinger, L., hermesh, H., Aizenberg, D., Valevski, A., Marom, S., Shiloh, R., Gothelf, D., Zemishlany, Z. y Weizman, A. (2002). Sexual function and behavior in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 874-879.
- Bögels, S.M. (2006). Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1199-1210.
- Bögels, S.M., Mulken, S. y De Jong, P.J. (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251-258.
- Borge, F., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D., Markowitz, J. y McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: a randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 991-1010.
- Botella, C., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (Comps.). (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A., Gallego, M., Banos, R., & Alcaniz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46-57.
- Botella, C., Hofmann, S.G. y Moscovitch, D.A. (2004). A self-applied, Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 821-830.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). *Casebook in abnormal psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Brown, E.J., Heimberg, R.G. y Juster, H.R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.

- Bruch, M.A. y Cheek, J.M. (1995). Developmental factors in childhood and adolescent shyness. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 163-182). Nueva York: Guilford.
- 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. y Hackmann, A. (2004). Social anxiety. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann y M. Mueller (Eds.) *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 141-158). Oxford: Oxford University Press.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1995). Fobia social. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carroble (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. I* (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (Dir.). (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- 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. 25-87). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E., Irturia, M.J., López-Gollonet, C. y Olivares, J. (2005). Evaluación de la fobia social en la infancia, la adolescencia y la edad adulta. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. (pp. 447-474). Madrid: Pirámide.
- Cacioppo, J.T. y Petty, R.E. (1981) Social psychological procedures for cognitive response assessment: The thought-listing technique. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (eds.) *Cognitive assessment* (pp. 309-342). Nueva York: Guilford.
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L. y Andersson, G. (2006). An open study of internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10, 30-38.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L. y Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190, 123-128.
- Carleton, R.N., McCreary, D.R., Norton, P.J. y Asmundson, G.J.G. (2006). Brief Fear of Negative Evaluation Scale—Revised. *Depression & Anxiety*, 23, 297-303.
- Caster, J.B., Inderbitzen, H.M. y Hope, D. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 237-251.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chen, Y.P., Ehlers, A., Clark, D.M. y Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687.
- Cho, Y., Smits, J.A.J. y Telch, M.J. (2004). The Speech Anxiety Thoughts Inventory: Scale development and preliminary psychometric data. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 13-25.
- Chu, B.C. y Kendall, P.C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 821-829.
- Clark, D.B., Feske, U., Masia, C.L., Sapaulding, S.A., Brown, C., Mammen, O. y Shear, M.K. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and Anxiety*, 6, 47-61.
- Clark, D.B., Turner, S.M., Beidel, D.C., Donovan, J., Kirisci, L. y Jacob, R. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L. y Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Clark, D.M., Ehlers, A., McManus, F., Hackman, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C. y Lois, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- 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.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Weisler, R.H. y Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice: A source book. Volume II: Adults (3ª edición). Nueva York: Free Press.
- Cox, B.J., Walter, J.R., Enns, M.W. y Karpinski, D.C. (2002). Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 33, 479-491.
- Craske, M.G., Antony, M.M. y Barlow, D.H. (2006). *Mastering your fears and phobias: Therapist guide* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Craske, M.G. y Tsao, J.C.I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
- Dalrymple, K. y Herbert, J. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- Davidson, J.R.T. (2006). Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us?. *Journal of Clinical*

- Psychiatry*, 67 (suppl 12), 20-26.
- Davidson, J.R.T., Foa, E.B., Huppert, J.D., Keefe, F.J., Franklin, M.E., Compton, J.S., Zhao, N., Connor, K.M., Lynch, T.R. y Gadde, K.M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005-1013.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1982.)
- Delsignore, A. (2008). Does prior psychotherapy experience affect the course of cognitive-behavioural group therapy for social anxiety disorder? *Canadian Journal Of Psychiatry*, 53, 509-516.
- Delsignore, A., Carraro, G., Mathier, F., Znoj, H., Schnyder, U. (2008). Perceived responsibility for change as an outcome predictor in cognitive-behavioural group therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 281-293.
- Di Nardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 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., de Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. La Coruña: Fundación Paidea.
- Edelmann, R. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester: Wiley.
- Edelmann, R. y Chambless, D. L. (1995). Adherence during session and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577.
- Ellis, A. (1979). The practice of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 61-100). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Emmelkamp, P., Bouman, T.K. y Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders: A practitioner's guide*. Chichester: Wiley. (Original de 1988.) Cap. 7.
- Eng, W., Roth, D.A. y Heimberg, R.G. (2001). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 311-319.
- Erwin, B.A., Heimberg, R.G., Juster, H. y Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 19-35.
- Erwin, B.A., Heimberg, R.G., Schneier, F.R. y Liebowitz, M.R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 34, 331-350.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Fava, G.A., Grandi, S., Rafanelli, C., Ruini, C., Conti, S. y Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of social phobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 899-905.
- Fawcett, S.B. y Miller, L.K. (1975) Training public-speaking behavior: An experimental analysis and social validation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 125-135.
- Fedoroff, I.C. y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark y Wittchen, H-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.
- Feske, U. y Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Fogler, J., Tompson, M., Steketee, G. y Hofmann, S. (2007). Influence of expressed emotion and perceived criticism on cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 235-249.
- Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hami, S., Stein, M.B. y Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissioti, A., Langstroem, B. y Fredrikson, M. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59, 425-433.
- Fydrich, T., Chambless, D.L., Perry, K.J., Buergener, F. y Beazley, M.B. (1998). Behavioral assessment of social performance: A rating scale for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995-1010.
- Gallagher, H.M., Rabian, B.A. y McCloskey, M.S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 459-479.
- Gallego, M.J. (2006). *Un estudio controlado que compara un tratamiento autoadministrado vía internet para el miedo a hablar en público vs. el mismo tratamiento administrado por el terapeuta*. Tesis doctoral. Universitat Jaume I.
- Gallego, M.J., Botella, C., Quero, S., Baños, R.M. y García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (BNFE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 163-176.
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-

561.

- García-López, L., Hidalgo, M., Beidel, D. y Olivares, J. (2008). Brief Form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 150-156.
- García-López, L.J., Olivares, J. y Rosa, A.I. (2002). Efectos a largo plazo del tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada mediante el *cognitive-behavioral group therapy for adolescents* (CBGT-A). *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 935-953.
- García-López, L.J., Olivares, J., Turner, S.M., Beidel, D.C., Albano, A.M. y Sánchez-Meca, J. (2002). Results of long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10, 371-385.
- García-López, L.J., Olivares, J., Beidel, D.C., Albano, A.M., Turner, S.M., y Rosa, A.I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- García-López, L.J., Ruiz, J., Olivares, J., Piqueras, J.A., Rosa, A.I. y Bermejo, R. (2006). Aplicación de un programa de tratamiento multicomponente para adolescentes con ansiedad social en población joven adulta: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 14, 63-73.
- Gaston, J.E., Abbott, M.J., Rapee, R.M. y Neary, S.A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L. y Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social assessment: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Blanco, C., Stinson, F.S., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Dawson, D.A., Smith, S., Saha, T.D. y Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1351-1361.
- Gruber, K., Moran, P.J., Roth, W.T. y Taylor, C.B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 32, 155-165.
- Guastella, A., Richardson, R., Lovibond, P., Rapee, R., Gaston, J., Mitchell, P., et al. (2008). A randomized controlled trial of D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 63, 544-549.
- Halperin, S., Nathan, P., Drummond, P. y Castle, D. (2000). A cognitive-behavioural group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 809-813.
- Harvey, A.G., Clark, D.M., Ehlers, A. y Rapee, R.M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1183-1192.
- Haug, T.T., Blomhoff, S., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H.P. y Wold, J.E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia: I-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 182, 312-318.
- Hayes, S., Miller, N., Hope, D., Heimberg, R. y Juster, H. (2008). Assessing client progress session by session in the treatment of social anxiety disorder: The Social Anxiety Session Change Index. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 203-211.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A.F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Hedges, D., Brown, B., Shwalb, D., Godfrey, K. y Larcher, A. (2007). The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 21, 102-111.
- Heimberg, R.G. y Becker, R.E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Nueva York: Guilford.
- 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. Schneier. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 261-309). Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. y Schneier, F.R. (Eds.). (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D.F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- 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. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Herbert, J.D., Gaudiano, B.A., Rheingold, A.A., Myers, V.H., Dalrymple, K. y Nolan, E.M. (2004). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125-138.
- Herbert, J.D., Rheingold, A.A., Gaudiano, B.A. y Myers, V.H. (2004). Standard versus extended cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: a randomized-controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 131-147.
- Herbert, J.D., Rheingold, A.A. y Goldstein, S.G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 1-8.

- Hermesh, H. y Marom, S. (2008). The impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: A naturalistic study of cognitive behaviour group therapy. *Journal of Affective Disorders*, 107, S99-S100.
- Hettema, J.M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Himadi, W.G., Boice, R. y Barlow, D.H. (1986). Assessment of agoraphobia - II: Measurement of clinical change. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 321-332.
- Hirai, M. y Clum, G.A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*, 37, 99-111.
- Hirsch, C.R., Clark, D.M., Mathews, A. y Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 909-921.
- Hirsch, C.R., Meynen, T. y Clark, D.M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12, 496-506.
- Hofmann, S. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: a Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209.
- Hofmann, S.G., Meuret, A.E., Smits, J.A., Simon, N.M., Pollack, M.H., Eisenmenger, K., Shiekh, M. y Otto, M.W. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 298-304.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A. y Roth, W.T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- Hofmann, S.G. y Scepkowski, L.A. (2006). *Social self-reappraisal therapy for social phobia: preliminary findings. Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 45-57.
- Hofmann, S. y Smits, J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Hook, J.N. y Valentiner, D.P. (2002). Are specific and generalized social phobias qualitatively distinct? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 379-395.
- Hope, D.A. (1993). Exposure and social phobia: Assessment and treatment considerations. *Behavior Therapist*, 16, 7-12.
- Hope, D.A. y Heimberg, R.G. (1993). Social phobia and social anxiety. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 99-136). Nueva York: Guilford.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., Juster, H.A. y Turk, C.L. (2000). *Managing social anxiety: A Cognitive-behavioral therapy approach. Client workbook*. Londres: Oxford University Press.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G. y Turk, C.L. (2006). *Managing social anxiety: A Cognitive-behavioral therapy approach. Therapist guide*. Londres: Oxford University Press.
- Hope, D.A., Herbert, J.D., White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417.
- Hope, D.A., Holt, C.S. y Heimberg, R.G. (1993). Social phobia. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 227-251). Nueva York: Plenum.
- Hudson, J.L. y Rapee, R.M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24, 102-129.
- Hughes, I. (2002). A cognitive therapy model of social anxiety problems: Potential limits on its effectiveness. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and Practice*, 75, 411-435.
- Hunt, C. y Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 395-406.
- Husek, T.R. y Alexander, S. (1963) The effectiveness of anxiety differential in examination stress situations. *Educational and Psychological Measurement*, 23, 309-318.
- In-Albon, T. y Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- Ipser, J., Kariuki, C. y Stein, D. (2008). Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 8, 235-257.
- Jehu, D. con Gazan, M. y Klassen, C. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. Chichester: Wiley.
- Jerrelmalm, 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. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 171-180.
- Jiménez, L., Sáiz, P.A., Bascarán, M.T. e Iglesias, C. (1999). Epidemiología del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, M.P. González, M.P. Sáiz y M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 3-14). Barcelona: Masson.
- Kagan, J. y Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1536-1541.
- Katerelos, M., Hawley, L., Antony, M. y McCabe, R. (2008). The exposure hierarchy as a measure of progress and efficacy in the treatment of social anxiety disorder. *Behavior Modification*, 32, 504-518.
- Katzelnick, D.J., Kobak, K.A., DeLeire, T., Henk, H.J., Greist, J.H., Davidson, J.R.T., Schneier, F.R., Stein, M.B. y Helstad, C.P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1999-2007.
- Kelly, J.A. (1987). *Entrenamiento en habilidades sociales*. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Original de 1982.)
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mendel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P.C. y Hedtke, K.A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual* (3ª ed). Ardmore,

- PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. y Hedtke, K.A. (2006b). *Coping Cat workbook* (2ª ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Hudson, J., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E. y Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282-297.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. y Prescott, C.A. (1999). Fears and phobias: Reliability and heredability. *Psychological Medicine*, 29, 539-553.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. y Ellen, E.W. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R.C., Stein, M.B. y Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 613-619.
- Kim, E.-J. (2005). The effect of decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 69-86.
- Kim, H.-Y., Lundh, L.-G. y Harvey, A. (2002). The enhancement of video feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety: A single-session experiment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 19-37.
- Kimbrel, N. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.
- Kingsep, P., Nathan, P. y Castle, D. (2003). Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 121-129.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 76-88.
- Knijnik, D.Z., Kapczynski, F., Chachamovich, E., Margis, R. y Eizirik, C.L. (2004). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 77-81.
- Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J. y Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research And Therapy*, 45, 2518-2526.
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Labrador, F.J. (1990). Miedo a hablar en público. En M.A. Vallejo, E.G. Fernández-Abascal y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos* (pp. 169-190). Madrid: TEA.
- La Greca, A.M. y Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- La Greca, A.M. y Stone, W.L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 22, 17-27.
- Lamb, D.H. (1972) *The Speech Anxiety Inventory: Preliminary test manual for Form X*. Normal, IL: Illinois State University.
- Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C. y Andrew, G. (2003). Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychological Medicine*, 33, 637-646.
- Lange, A.J. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior: Cognitive/behavioral procedures for trainers*. Champaign, IL: Research Press.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Légeron, P., Roy, S., Klinger, E., Chemin, I., Lauer, F., André, C., Marqueron, G. y Nugues, P. (2003). Thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale : Étude préliminaire auprès de 36 patients. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 113-127.
- Leung y Heimberg (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 423-432.
- Leveni, D., Piacentini, D. y Campana, A. (2002). Efficacia nella pratica clinica di un servizio pubblico del trattamento cognitivo comportamentale della fobia sociale: Descrizione dei risultati ottenuti. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11, 127-133.
- Liber, J., van Widenfelt, B., Goedhart, A., Utens, E., van der Leeden, A., Markus, M., et al. (2008). Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders: has the role of fathers been underestimated?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 747-758.
- Liber, J., Van Widenfelt, B., Utens, E., Ferdinand, R., Van der Leeden, A., Van Gastel, W., et al. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 886-893.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lincoln, T.M. y Rief, W. (2004). How much do sample characteristics affect the effect size?: An investigation of studies testing the treatment effects for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 515-529.
- Lincoln, T.M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Witzleben, I., Schroeder, B. y Fiegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Lincoln, T.M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B. y Fiegenbaum, W. (2005). Who comes, who stays, who profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psy-*

- chotherapy Research*, 15, 210-225.
- Lipsitz, J., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., Laino, J., Liebowitz, M.R. y Fyer, A.J. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 542-553.
- Mandler, G., Mandler, J. y Uviller, E. (1958) Autonomic feedback: The perception of autonomic activity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 367-373.
- Marks, I.M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M. y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.
- Masia-Warner, C., Fisher, P., Shrout, P., Rathor, S. y Klein, R. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: an attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 676-686.
- Masia-Warner, C., Klein, R.G., Dent, H.C. et al. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 707-722.
- Masia-Warner, C., Storch, E., Pincus, D., Klein, R., Heimberg R.G. y Liebowitz, M.R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1076-1084.
- Mattick, R.P. y Clarke, C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- McEvoy, P.M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030-3040.
- McEvoy, P.M. y Kingsep, P. (2006). The post-event processing questionnaire in a clinical sample with social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1689-1697.
- Mellings, T.M.B. y Alden, L.E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 243-257.
- Méndez, F.X., Inglés, C.J. e Hidalgo, M.D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74.
- Méndez, F.X., Inglés, C.J. e Hidalgo, M.D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de Confianza para Hablar en Público" (Personal Report of Confidence as a Speaker): Fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, 12, 25-42.
- Méndez, F.X., Sánchez, J. y Moreno, P.J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un tratamiento meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1995). The etiology of phobias: A nonassociative account. *Clinical Psychology Review*, 15, 23-48.
- Merom, D., Phongsavan, P., Wagner, R., Chey, T., Marnane, C., Steel, Z. et al. (2008). Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders – A pilot group randomized trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 959-968.
- Mersch, P.P.A., Emmelkamp, P.M.G., Bögels, S.M. y van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Mersch, P.P.A., Emmelkamp, P.M.G. y Lips, C. (1991). Social phobia: Individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions: A follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 357-362.
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1983.)
- Monjas, M.I. (2000). *La timidez en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Moore, K.A. y Gee, D.L. (2003). The reliability, validity, discriminant and predictive properties of the Social Phobia Inventory (SoPhI). *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 109-117.
- Morgan, H. y Raffle, C. (1999). Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 503-510.
- Morris, T.L. y Masia, C.L. (1998). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Concurrent validity and normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 27, 452-458.
- Mörtberg, E., Berglund, G. y Sundin, Ö. (2005). Intensive cognitive behavioural therapy group treatment for social phobia: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 41-49.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö. y Wistedt, A.Å. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 142-154.
- Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C. y Sundin, Ö. (2006) Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 646-660.
- Mulac, A. y Sherman, A.R. (1974) Behavioral assessment of speech anxiety. *Quarterly Journal of Speech*, 60, 134-143.
- Mulkens, S., Bögels, S.M., de Jong, P.J. y Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Neal, J.A. y Edelmann, R.J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761-786.
- Nelson, R.O., Hayes, S.C., Jarret, R.B., Sigmon, S.T. et al. (1987). Treatment utility of response class assessment in

- heterosocial difficulties. *Psychological Reports*, 61, 816-818.
- Newman, M.G., Erickson, T., Przeworski, A. y Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Norberg, M., Krystal, J. y Tolin, D. (2008). A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry*, 63, 1118-1126.
- Norton, P. y Philipp, L. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 214-226.
- Norton, P.J. y Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- Oakman, J., van Ameringen, M., Mancini, C. y Farvolden, P. (2003). A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 149-161.
- Olivares, J. (Dir.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Caballo, V.E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al trastorno de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*, 10, 409-419.
- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C., Turner, S.M., Albano, A.M. e Hidalgo, M.D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J., García-López e L.J., Hidalgo, M.D. (2001). The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y García-López, L.J. (2005). Tratamiento de un joven con fobia social generalizada. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 67-91). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y García-López, L.J. (2002). Mutismo selectivo. En M. Servera (Coor.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 330-357). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y García-López, L.J. (2004). *Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Olivares, P.J. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 565-580.
- Olivares, P.J., Rosa, A.I. y Olivares, J. (2007). Validez social de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social: padres frente a Profesores. *Terapia Psicológica*, 25, 63-71.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Olivares, P.J. (2008). Does individual attention improve the effect of group treatment of adolescents with social phobia? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 465-481.
- Olivares, J., Rosa, A.I., Piqueras, J.A., Méndez, F.X. y Ramos, V. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social y la timidez en niños y adolescentes. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia* (pp. 87-110). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psuothema*, 17, 1-8.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D., García-López, L.J., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 85-97.
- Oosterbaan, D.B., van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., van Oppen, P. y van Dyck, R. (2001a). Cognitive therapy versus moclobemide in social phobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 263-273.
- Oosterbaan, D.B., van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., y van Dyck, R. (2001b). The placebo response in social phobia. *Journal of Psychopharmacology*, 15, 199-203.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Ost, L.G., Jerrelmalm, A. y Johanson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Otto, M.W. (1999). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Model, methods, and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl. 9), 14-19.
- Pastor, C. y Sevilá, J. (2000). *Tratamiento psicológico de La fobia social: Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Pastor, C. y Sevilá, J. (2006). Tratamiento de un adolescente con fobia social. En F.X. Méndez, J.P. Espada y M. Orgilés (Coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (pp. 85-104). Madrid: Pirámide.
- Paul, G.L. (1966) *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Pedro, J., Quiles, M.J. y Méndez, F.X. (2002). Terapia cognitiva y exposición mixta en un caso de fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 129-160.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M.I. y Salvador, M.C. (2003). Assessment of social phobia by self-report questionnaires: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 291-311.

- Ponniah, K. y Hollon, S. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38, 3-14.
- Prasko, J. (2006). Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up. *Neuro Endocrinology Letters*, 27 4, 473-81.
- Rachman, S., Radomsky, A.S. y Shafraan, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 163-173.
- Ralevski, E., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Yen, S., Bender, D.S, Zanarini, M.C. y McGlashan T.H.. (2005) Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 208-214.
- Rapee, R.M. (1993). Recent advances in the treatment of social phobia. *Australian Psychologist*, 28, 168-171.
- Rapee, R., Abbott, M., Baillie, A. y Gaston, J. (2007). Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. *British Journal of Psychiatry*, 191, 246-252.
- Rapee, R.M. y Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R.M. y Sanderson, W.C. (1998). *Social phobia: Clinical application of evidence-based psychotherapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Rapee, R.M. y Spence, S.H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 7, 737-767.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rector, N.A., Kocovski, N.L. y Ryder, A.G. (2006). Social anxiety and the fear of causing discomfort to others. *Cognitive Therapy & Research*, 30, 279-296.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D., Marchand, L. y Cloutie, K. (2004). Évaluation économique de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. *Canadian Psychology*, 45, 202-218.
- Roberson-Nay, R., Strong, D., Nay, W., Beidel, D. y Turner, S. (2007, March). Development of an abbreviated Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Using Item Response Theory: The SPAI-23. *Psychological Assessment*, 19, 133-145.
- Robinson, H. y Hood, S. (2007). Social anxiety disorder—A review of pharmacological treatments. *Current Psychiatry Reviews*, 3, 95-122.
- Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE.
- Roca, M. y Baca, E. (1998). Comorbilidad psiquiátrica. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dir.), *Fobia social* (pp. 63-96). Barcelona: Masson.
- Rodebaugh, T.L., Holaway, R.M. y Heimberg, R.G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- Rodebaugh, T.L., Woods, C.M., Thissen, D.M., Heimberg, R.G., Chambless, D.L. y Rapee, R.M. (2004). More information from fewer questions: The factor structure and item properties of the original and Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Psychological Assessment*, 16, 169-181.
- Rodebaugh, T.L., Woods, C.M. y Heimberg, R.G. (2007). The reverse of *social anxiety* is not always the opposite: The reverse-scored items of the *social interaction anxiety* scale do not belong. *Behavior Therapy*, 38, 199-206.
- Rosa, A.I., Olivares, J. y Olivares, P.J. (2007). El papel de la planificación de la interacción en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 25, 205-212.
- Rosa, A.I., Olivares, P. y Olivares, J. (2009). Papel de los efectos inespecíficos en el tratamiento psicológico de adolescentes con fobia social. *Anuario de Psicología*, ,
- Rosser, S., Erskine, A. y Crino, R. (2004). Pre-existing antidepressants and the outcome of group cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 233-239.
- Roy-Byrne, P.P. y Cowley, D.S. (2002). Pharmacological treatment for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 337-365). Nueva York: Oxford University Press.
- Ruipérez, M.A., García-Palacios, A. y Botella, C. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psicothema*, 14, 426-433.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G., Brown, E.J. y Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G., Horner, K.J., Juster, H.R., Schneier, F.R. y Liebowitz, M.R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 253-270.
- Safren, S.A., Turk, C.L. y Heimberg, R.G. (1998). Factor structure of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 443-453.
- Salaberria, K. y Echeburúa, E. (1995a). La exposición como tratamiento psicológico en un caso de fobia social de tipo generalizado. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 305-325.
- Salaberria, K. y Echeburúa, E. (1995b). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Salaberria, K. y Echeburúa, E. (1998). Fobia social. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol I, pp. 271-305). Madrid: Dykinson.
- Salaberria, C. y Echeburúa, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 271-285). Madrid: Pirámide.
- Sánchez, J., Rosa, A.I. y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20, 55-68.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de*

- psicopatología* (vol. 2, pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Schneier, F.R. (2001). Treatment of social phobia with antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl 1), 43-48.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. y Weissman, M.W. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1993). Cognitive-behavioural treatment of fear of blushing, trembling or sweating. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 155-170.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1999). Prediction of treatment outcome in social phobia: A cross-validation. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 659-670.
- Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V.B. Van Hasselt y Hersen (Eds.), *Source of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 123-177). Nueva York: Plenum.
- Schultz, L.T., Heimberg, R.G., Rodebaugh, T.L., Schneier, F.R., Liebowitz, M.R. y Telch, M.J. (2006). The appraisal of social concerns scale: psychometric validation with a clinical sample of patients with social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 37, 392-405.
- Scott, E.L. y Heimberg, R.G. (2000). Social phobia: An update on treatment. *Psychiatric Annals*, 30, 678-686.
- Segool, N. y Carlson, J. (2008). Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacological treatments for children with social anxiety. *Depression and Anxiety*, 25, 620-631.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K. y Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 89-95.
- Silverman, W., Pina, A. y Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
- Smits, J.A.J., Powers, M.B., Buxkamper, R. y Telch, M.J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1773-1785.
- Smits, J.A.J., Rosenfield, D., McDonald, R. y Telch, M.J. (2006). Cognitive mechanisms of social anxiety reduction: An examination of specificity and temporality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1203-1212.
- Sofi, M., Gilboa-Schechtman, E., Aderka, I. y Weizman, A. (2007). Effect of group size on outcome in cognitive-behavior group therapy for social phobia. Póster presentado en el V World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies. Barcelona, 11 al 15 de julio de 2007.
- Spence, S.H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 713-726.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stangier, U. (2007, julio). Cognitive therapy vs. interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia: long-term results from a randomized controlled trial. Comunicación presentada en el V World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Barcelona.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. y Clark, D.M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Starcevic, V., Eric, L., Kolin, K. y Markovic-Zigic, D. (1994). The structure of discrete social phobias. *European Journal of Psychiatry*, 8, 140-148.
- Stein, M.B., McQuaid, J.R., Laffaye, C. y McCahill, M.E. (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *Journal of Family Practice*, 49, 514-519.
- Stein, M.B., Torgrud, L.J. y Walker, J.R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Stein, M.B., Walker, J.R. y Forde, D.R. (1996). Public-speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53, 169-174.
- Stravynski, A., Arbel, N., Bounader, J., Gaudette, G., Lachance, L., Borgeat, F., Fabian, J., Lamontagne, Y., Sidoun, P. y Todorov, C. (2000). Social phobia treated as a problem in social functioning: a controlled comparison of two behavioural group approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 188-98.
- Taube-Schiff, M., Suvak, M., Antony, M., Bieling, P. y McCabe, R. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 687-698.
- Taylor, C.B. y Arnow, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: The Free Press. Cap. 9.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Telch, M.J., Lucas, R.A., Smits, J.A.J., Powers, M.B., Heimberg, R. y Hart, T. (2004). Appraisal of Social Concerns: A cognitive assessment instrument for social phobia. *Depression and Anxiety*, 19, 217-224.
- Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., et al. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: internet delivered selfhelp with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, 25, 708-717.
- Titov, N., Andrews, G. y Schwencke, G. (2008). Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *The Australian and New Zealand Journal Of Psychiatry*, 42, 595-605.
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G. y Mahoney, A. (2008). Shyness 3: randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *The Australian and New Zealand Journal Of Psychiatry*, 42, 1030-1040.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Londres: Methuen.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G. y Hope, D.A. (2001). Social anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psy-*

- chological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 114-153). Nueva York: Guilford.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L.L., Schneier, F.R. y Liebowitz, M.R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., Woody, S.R. y Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- 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.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Long, P.J., Turner, M.W. y Townsley, R.M. (1993). A composite measure to determine the functional status of treated social phobics: The social phobia endstate functioning index. *Behavior Therapy*, 24, 265-275.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Spaulding, S.A. y Brown, J.M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1-4.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Townsley, R.M. (1992). Behavioral treatment of social phobia. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2ª ed., pp. 13-37). Nueva York: Wiley.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Wolff, P.L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: The index of social phobia improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 471-476.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Wolff, P.L., Spaulding, S. y Jacob, R.G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 795-804.
- Turner, S.M., Johnson, M.R., Beidel, D.C., Heiser, N.A. y Lydiard, R.B. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15, 384-391.
- Vallés, A., Olivares, J. y Rosa, A. I. (2007). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. En J. Blasco, M. A. Cano, R. Gilar, S. Grau y A. Lledó (Eds.), *Investigar el cambio curricular en el espacio europeo de educación superior* (pp. 459-479). Alicante: Marfil.
- Vallejo, J. y Bataller, R. (1998). Curso y pronóstico. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dirs.), *Fobia social* (pp. 141-161). Barcelona: Masson.
- van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (1999). Assessing social anxiety: The Inventory of Interpersonal Situations (IIS). *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 25-38.
- Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437-451.
- Van Velzen, C.J.M., Emmelkamp, P.M.G. y Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 889-900.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Caxiola, S., Alderete, E., Catalano, R. y Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55, 771-778.
- Voncken, M.J. y Bögels, S.M. (2006). Changing interpretation and judgmental bias in social phobia: A pilot study of a short, highly structured cognitive treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 59-73.
- Vriends, N., Becker, E., Meyer, A., Williams, S., Lutz, R. y Margraf, J. (2007). Recovery from social phobia in the community and its predictors: data from a longitudinal epidemiological study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 320-337.
- Walk, R.D. (1956) Self-ratings of fear in a fear-invoking situation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 171-178.
- Walkup, J.T., Albano, A.M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S., y Kendall, P.C. (2008). Cognitive-behavioral therapy, sertraline and their combination for children and adolescents with anxiety disorders: acute phase efficacy and safety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766.
- Wallerstein, J.L., Conger, A.J. y Ward, D.G. (1983). It may not be worth the effort! Trained judges' global ratings as a criterion measure of social skills and anxiety. *Behavior Modification*, 7, 139-150.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weeks, J.W., Heimberg, R.H., Fresco, D.M., Hart, T.A., Turk, C.L., Schneier, F.R. y Liebowitz, M.R. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179-190.
- Weeks, J., Heimberg, R. y Rodebaugh, T. (2008). The Fear of Positive Evaluation Scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 44-55.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25.
- Wells, A., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. y Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.
- Wells, A., White, J. y Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Wilson, J.K. y Rapee, R.M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 373-389.
- Wittchen, H.-U., Stein, M.B. y Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Woody, S.R. y Adessky, R.S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cogni-

- tive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 33, 5-27.
- Yang, K., Yang, M. y Liu, H. (1999). Comparative study of the effects of accompanied systemic desensitization in the treatment of social phobia. *Chinese Mental Health Journal*, 13, 238-239.
- Zubeidat, I., Salinas, J. y Sierra, J. (2008). Exploration of the psychometric characteristics of the Liebowitz Social Anxiety Scale in a Spanish adolescent sample. *Depression and Anxiety*, 25, 977-987.