

Fobia Social. Revisión y exposición de un caso clínico

Susana Amodeo Escribano¹ y Blanca Quintana Saiz²

*¹Psicólogo Clínico, ²P.I.R. Psicología Clínica
Centro de Salud Mental de Villaverde - AGCPSM HU 12 Octubre*

10 Septiembre 2010

La categoría diagnóstica de fobia social es relativamente reciente. Los síntomas parecidos a la fobia social se subsumían bajo la rúbrica de trastornos fóbicos y no fue hasta la llegada del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) que se le otorgó una categoría diagnóstica propia.

En su primera aparición en el DSM-III, la fobia social se definió como miedo excesivo a la observación o escrutinio por parte de otras personas en una actuación pública, dando lugar la exposición a tales situaciones a síntomas parecidos a la angustia (p.ej., palpitaciones cardíacas, rubefacción, sudoración, temblor) generando un intenso malestar. También se exigía que el paciente reconociera sus temores como exagerados e irracionales. Cuando se evitaban múltiples situaciones sociales, se diagnosticaba un trastorno de la personalidad por evitación del eje II, quedando excluido el diagnóstico de fobia social. Esta exclusión desapareció con el DSM-III-R y se crearon los subtipos “generalizado” y “específico” para la fobia social.

En cuanto a los niños con síntomas de fobia social, eran diagnosticados de trastorno de evitación en la infancia o trastorno por ansiedad excesiva, pero estos dos diagnósticos se suprimieron y se expandieron los criterios de la fobia social para incluir a los niños y ya el DSM-IV se indica que la ansiedad en los niños puede expresarse de forma diferente a la de los adultos, es decir, a través de llanto, rabietas o retraimiento, no siendo necesario que perciba su ansiedad como algo irracional.

La fobia social generalizada es considerada más grave, refiriendo los pacientes más ansiedad y depresión, conductas de evitación y juicios negativos sobre ellos mismos en relación a los pacientes con fobia social específica. Stemberg y cols. (1995) observaron que la fobia social generalizada se asociaba frecuentemente con antecedentes de timidez en la infancia, mientras que la fobia social específica se asociaba a experiencias de condicionamiento traumático, lo cual, revela un mayor componente hereditario en la primera. La fobia social generalizada parece ser una entidad con un elevado carácter familiar. Mannuzza y cols. (1995) encontraron que la tasa de fobia social sólo se elevaba entre los familiares de los sujetos con fobia social generalizada. De acuerdo a esta hipótesis, también cabe señalar el papel que la inhibición conductual juega en la génesis de la fobia social. La inhibición conductual es una dimensión probablemente hereditaria de la personalidad que se ha descrito como la tendencia a reaccionar de forma aversiva ante situaciones desconocidas y estímulos novedosos y se ha observado incluso ya en niños de 21 meses. Estos niños tienden a presentar cifras mas altas en medidas biológicas de estrés

(tasa de cortisol en saliva, aumento de la frecuencia cardiaca en situaciones desconocidas o aversivas), lo cual les hace mas vulnerables a futuros condicionamientos fóbicos.

Existe un considerable solapamiento entre la fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación. Las tasas de comorbilidad oscilan entre el 22 y el 89% (Fahlen, 1995). En casi todos los estudios se apunta que el trastorno de personalidad por evitación no difiere de la fobia social generalizada, sino que representa una variante más grave.

Los pacientes con fobia social, en su mayoría, presentan uno o más trastornos asociados, en cuyo caso, el pronóstico es más sombrío. Los diagnósticos del eje I que más frecuentemente acompañan a la fobia social son la depresión mayor, el trastorno de angustia, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria.

TRATAMIENTOS DE ELECCIÓN EN FOBIA SOCIAL

Como ya hemos dicho, La fobia social es un trastorno con una alta comorbilidad por lo que en la practica clínica es necesario llevar a cabo un análisis previo para decidir qué problemas conviene abordar y en qué orden. Si existiese un problema con mayor interferencia o intensidad, como por ejemplo trastorno depresivo mayor, dependencia física de sustancias, abuso de sustancias que interfiere con la capacidad de procesamiento cognitivo o trastorno por estrés postraumático, éste tendría que ser abordado de forma prioritaria o recibir un tratamiento en paralelo.

Hay que tener en cuenta que con frecuencia los síntomas agorafóbicos y depresivos son destacados y que ambos síntomas pueden contribuir a incrementar la inhibición del paciente, puede cumplir criterios para trastorno de pánico o trastorno de ansiedad generalizada, estos diagnósticos no impiden el tratamiento de la fobia social, aunque es probable que se requieran intervenciones adicionales para dicho trastornos.

PROGRAMAS ACTUALES

La tendencia actual es la de combinar varios procedimientos, la elección de las técnicas variará en función de las conducta problema que presente el paciente, por ello es imprescindible un buen análisis funcional de la conducta y una adecuada exploración de los supuestos cognitivos disfuncionales que están en la base del trastorno.

Los programas de elección suelen combinar distintas estrategias:

- Exposición en vivo, simulada o imaginal
- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento autoinstruccional
- Concentración en la tarea o interacción social

El empleo de estrategias de afrontamiento como técnicas de reducción de la activación:

- Respiración controlada
- Relajación

La combinación más frecuente es la exposición en vivo más técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, aún así los metaanálisis no indican que esta combinación sea superior a la exposición por sí misma, parece que los mayores efectos se encontrarían en el postratamiento en forma de generalización.

Aunque no hay predictores claros de éxito terapéutico, se perfila cómo decisivo la reducción del miedo a la evaluación negativa por parte de los demás. También se está estudiando como factor clave de la exposición la focalización de la atención al mundo externo como respuesta alternativa a la autofocalización en las sensaciones internas y en el propio desempeño.

EFICACIA DE LOS PROGRAMAS

El tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social es más eficaz que el no tratamiento. El porcentaje de fóbicos sociales mejorados oscila entre el 60 y el 80% de los pacientes tratados con las intervenciones más eficaces y los resultados se mantienen e incluso mejoran en seguimientos realizados hasta 5 años después. Sin embargo, si se tiene en cuenta a las personas que rechazan el tratamiento (13-17%) y a las que abandonan (10-14%), el porcentaje de pacientes mejorados se reduce al 45% más o menos.

Un aspecto importante es la efectividad de tratamientos en pacientes con comorbilidad en el Eje II, con trastorno de personalidad por evitación o con varios trastornos de personalidad, o del Eje I; distimia, trastorno de ansiedad generalizada o fobia simple; en estudios controlados se ve que estos pacientes mejoraron igual con el tratamiento que los fóbicos sociales sin trastornos comórbidos, pero siguieron presentando más deterioro en el postratamiento en medidas de ansiedad general, calificaciones clínicas de severidad y estado final de funcionamiento.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

El tratamiento con IMAO y ISRS (estos últimos son los recomendados en el tratamiento farmacológico de la fobia social) es eficaz a corto plazo, incluso más rápidos que la terapia cognitivo-conductual; sin embargo, el mantenimiento de los resultados una vez retirado el fármaco suelen ser pobres.

Son útiles como tratamiento de segunda elección o cuando 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.

Los betabloqueantes pueden ser útiles en fobias sociales circunscritas (miedo escénico), pero reducen poco los síntomas psíquicos de la ansiedad en fobias sociales generalizadas.

TRATAMIENTOS EFICACES EN FOBIA SOCIAL

A modo de resumen y como esquema, hemos rescatado esta tabla donde vemos la eficacia de los distintos tratamientos.

- Exposición..... Tipo I
- T. cognitivo-conductual +farmacoterapia..... Tipo II
- Entrenamiento en habilidades sociales..... Tipo II
- Farmacoterapia..... Tipo III
 - Tipo I..... Tratamiento bien establecido
 - Tipo II..... Tratamiento probablemente eficaz
 - Tipo III..... Tratamiento en fase experimental

(“Guía de tratamientos psicológicos eficaces” Marino Pérez Álvarez)

EXPOSICIÓN

Dada la importancia de esta técnica en el tratamiento de la Fobia Social, las complicaciones que pueden presentarse en su aplicación y las consideraciones prácticas que hay que tener en su uso terapéutico, vamos a pasar a realizar una revisión de la misma.

La exposición en vivo es una técnica necesaria pero generalmente insuficiente si no modifica errores cognitivos graves o el miedo a la evaluación negativa. Su eficacia parece subyacer en disminuir la autocentración en sensaciones internas y en la autoevaluación negativa del propio desempeño.

Si conceptualizamos la exposición desde un punto de vista puramente conductual, daría lugar a una disminución de la ansiedad por habituación, pudiendo ser eficaz en ciertas situaciones pero con dificultades para su generalización.

Secuenciación de la exposición

Las sesiones de exposición en la fobia social son más difíciles de programar que en el caso de la agorafobia o de otros trastornos fóbicos. En primer lugar porque la fobia social puede venir acompañada de un déficit de habilidades sociales, en estos casos la efectividad de la exposición dependerá de un entrenamiento previo en habilidades sociales. En segundo lugar, porque las situaciones sociales son con frecuencia de carácter variable e impredecible, por lo que no siempre se puede graduar la exposición. Y en tercer lugar, porque la naturaleza de las situaciones evitadas suelen ser de corta duración (iniciar una conversación en una fiesta, saludar a un desconocido, tomar la palabra en una reunión, reclamar una factura defectuosa, etc.) impide llevar a cabo sesiones de exposición largas, que son las más efectivas.

Teniendo en cuenta estas particularidades en la fobia social, vamos a exponer los fundamentos de esta técnica:

Las modalidades de la exposición pueden ser en vivo o en imaginación, en formato individual o grupal. Se puede empezar por la exposición simulada, en imaginación o por un ensayo conductual antes de la autoexposición.

Es importante la autoexposición ya que disminuye la dependencia y aumenta el mantenimiento. Es más potente si hay co-terapeuta, manual de autoayuda y supervisión de registro por parte del terapeuta.

Se puede construir una jerarquía de situaciones ansiógenas de carácter multitemático o varias jerarquías diferentes. Los pasos de cada jerarquía deben ser específicos y cada situación de la jerarquía debe ser trabajada hasta que se domine sin dificultades.

La exposición brusca es más rápida que la gradual en resultados pero aumenta la probabilidad de abandono.

El grado de activación no influye en el resultado, pero la relajación previa evita respuestas de evitación.

Las sesiones largas presentan mayor eficacia que las cortas pero hay efecto techo. Intervalos cortos intersesión mayor eficacia que largos. Se pueden permitir conductas de escape breves más reexposición inmediata, éstas no afectan a la eficacia de la técnica.

Podemos concluir que la exposición parece una técnica de fácil aplicación pero requiere una gran experiencia, flexibilidad y capacidad de motivación por parte del terapeuta a la hora de elaborar las tareas y de hacer consciente al paciente la importancia del uso de sus capacidades de afrontamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El caso que se expone es el de un paciente con una larga historia de fobia social y sintomatología depresiva secundaria. Nos ha parecido interesante presentarlo, pues tras muchos años de tórpida evolución, con elevados costes a nivel personal para el paciente, costes farmacológicos y costes en tiempos asistenciales, no ha sido hasta que se le ha explicado en términos psicológicos en que consiste su problema y cómo se mantiene y se le ha provisto de herramientas para manejar su ansiedad y sus cogniciones, que la sintomatología crónicamente abigarrada, no ha empezado a remitir.

Identificación

M. es un paciente varón de 48 años. Es derivado a psicología por una psiquiatra de nuestro centro de salud mental. M. es transportista en paro, soltero, vive con sus padres.

Motivo de consulta

“Tengo ansiedad ante la gente. Desde pequeño, los niños se burlaban de mí. Nunca fui aceptado. He rechazado trabajos por evitar relacionarme. Me da miedo la gente y que se den cuenta...”.

Descripción de la sintomatología actual

El paciente refiere ansiedad en situaciones de interacción social. Teme mostrar síntomas de ansiedad en situaciones donde se ve expuesto a personas no pertenecientes a su ámbito familiar. La exposición a situaciones de interacción social le provoca una respuesta de ansiedad (sudoración, temblor, ruboración, disnea). Dado el malestar que le produce, evita tales situaciones o escapa de ellas. Considera que este miedo es excesivo y le supone una merma importante en sus relaciones y vida laboral. Presenta también sintomatología depresiva secundaria.

Datos socio-biográficos

M. es el mediano de dos hermanas. Describe una buena relación con todos los miembros de su familia. Vive con sus padres a los cuales describe de forma afectuosa: *“mi padre es callado, muy de su casa, sin vicios..., desde siempre muy buena relación con él. Mi madre es maravillosa..., sólo le achaco no haber sabido comprender mi problema”*.

Él se describe así: *“miedoso y tímido desde siempre, nunca he tenido amigos, todos los niños del barrio se burlaban de mí, por ser feo y bajito, en clase me bloqueaba y no podía hablar, y se reían de mí..., no soy capaz de mirar a los ojos de la gente”*.

Cuando tenía 25 años salió con una chica durante un tiempo, *“nos llevábamos bien, aunque yo no le gustaba mucho, un buen día me dejó. A ella le daba vergüenza presentarme a sus amigos. Más tarde salí dos meses con otra chica, que también me dejó, después de eso ya no he tenido pareja”*.

Rendimiento escolar bajo, logró, no sin dificultades, estudiar hasta 8º de E.G.B. Desempeñó diversos trabajos de baja cualificación hasta que decidió ser transportista para poder trabajar solo. Desde 2009 se encuentra en paro.

Historia del problema

Considera que es en la infancia, en la etapa escolar, donde ya se muestra excesivamente tímido, pero es en la adolescencia, cuando su ansiedad ante los demás se convierte en un verdadero problema. Describe una situación, a los 14 años, donde unos chicos del barrio se burlaron de él y comenzó a sentir taquicardia, disnea, sudoración, temblor, lo que provocó aún más burlas de los demás. Podemos considerar que en ese momento se inicia la verdadera fobia.

Pero no es hasta Febrero de 1994, que M. fue derivado por primera vez a Salud Mental por parte de su médico de atención primaria. Tenía 32 años. Refería serias dificultades desde siempre para relacionarse con la gente dado el alto grado de ansiedad que le producía. Fue tratado con Pimozide, Fluoxetina y Trifluoperazina, pero en Mayo de ese mismo año, abandonó el tratamiento.

En Febrero de 1999, con 36 años, contacta de nuevo con Salud Mental presentando importantes limitaciones en las relaciones interpersonales; retraimiento, evitación de la mirada, ruboración facial, taquicardia y temblor compatible con fobia social con clínica

depresiva secundaria. También comenzó un consumo excesivo de alcohol en bares los fines de semana. Fue tratado con Paroxetina pero de nuevo abandonó el tratamiento en Enero de 2000.

En Abril de 2007 y hasta Agosto de 2009, de nuevo estuvo en tratamiento en el CSM. Se mantenía la sintomatología fóbica con conductas evitativas llevadas a tal extremo que el paciente estaba completamente aislado a nivel social. Fuera de la familia, no tenía ningún tipo de relación. Abandonó el consumo excesivo de alcohol, pero finalmente perdió su empleo. Fue tratado con Venlafaxina Retard (300 mg/día) no habiendo respondido a Paroxetina previamente, dejando de acudir a las consultas en Agosto de 2009 manteniendo clínica depresiva en el contexto de dificultades crónicas.

En Junio de 2010 reanudó el tratamiento. Se le pautó de nuevo Paroxetina (40 mg/día) y fue derivado a psicología (Julio 2010).

Antecedentes familiares

Padre “nervioso” y madre también “nerviosa de toda la vida, que siempre ha evitado cualquier conflicto”. Una hermana en tratamiento en salud mental por depresión y agorafobia.

Cómo surgió el problema y cómo se mantiene (formulación clínica)

Hay varios factores que pudieron interactuar entre sí y dar lugar al trastorno de ansiedad social. En primer lugar, factores biológicos, en el caso de M. parece haber un bajo umbral de activación fisiológica ante estímulos ansiógenos, con una marcada lentitud en la reducción de dicha activación. Esto se traduce en una mayor vulnerabilidad para el condicionamiento de las fobias.

Por otro lado, lo aprendido, la propia experiencia; progenitores inhibidos, con conductas evitativas, familia aislada a nivel social que conlleva un aprendizaje por modelos deficitario y una falta de oportunidades de interacción social. Experiencias negativas en situaciones sociales, primero en el colegio soportando rechazo y marginación y luego mas tarde, en la adolescencia.

Estos son los factores que originaron el problema, pero, ¿cómo se mantiene?: al anticipar o exponerse a situaciones sociales (interacción social, ser observado, etc.) se activan una serie de supuestos disfuncionales: se considera inadecuado a nivel social y que no dispone de habilidades para hacer frente a este tipo de situaciones, anticipa que no va a poder manejar su ansiedad y que no sabrá dar respuestas socialmente adecuadas. También presupone que los demás van a ser hostiles y críticos con él.

En definitiva, percibe las situaciones sociales como amenazantes y que no tiene recursos para afrontarlas, lo cual le produce una intensa respuesta de ansiedad en sus tres niveles; a nivel físico: ruboración facial, sudoración, tensión muscular, disnea, taquicardia, a nivel cognitivo: focalización de la atención en sus propios síntomas de ansiedad y en indicios a cerca de la evaluación por los demás, y a nivel conductual; escape o evitación total o parcial de tales situaciones.

Con la evitación se reduce la ansiedad a corto plazo, pero no es posible poner a prueba los supuestos disfuncionales, y con el escape de tales situaciones con altos niveles de ansiedad, disminuye a corto plazo la ansiedad, pero aumenta a medio y largo plazo.

A través de estas experiencias aversivas se van reforzando a lo largo del tiempo los supuestos subyacentes y se va agravando su respuesta de ansiedad.

Las consecuencias son, entre otras, baja autoestima, humor disfórico, menos contactos sociales, deterioro del rendimiento social y laboral y menores posibilidades de establecer relaciones de pareja (40-50% de fóbicos sociales están solteros).

Evaluación

La evaluación se hizo a través de entrevista clínica y autoinformes. Como medida de ansiedad social se utilizó la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1969), también se utilizó la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987) con el fin de evaluar el grado de interferencia que el trastorno producía en su vida y por último, el Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols., 1979). Los resultados previos al tratamiento se exponen a continuación.

Tabla 1. Puntuaciones pre-tratamiento

Cuestionario	Rango	Punto de Corte	Pretratamiento
Escala de miedo a la evaluación negativa (W. Fson y Friend)	(0 – 30)	19	29
Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral)	(0 – 30)	12	20
Inventario de Depresión de Beck (Beck et al.)	(0 – 63)	18	22
Tratamiento Farmacológico			Paroxetina 40 mg

El paciente, en el momento de la evaluación presentaba fobia social generalizada según criterios DSM-IV, un intenso miedo a la evaluación negativa y síntomas depresivos secundarios al problema principal, el cual estaba produciendo una importante interferencia en su funcionamiento.

Objetivos del tratamiento

El objetivo general es reducir significativamente la ansiedad social experimentada. Los objetivos específicos serían los siguientes:

- a) Reducir las reacciones corporales molestas o habituarse a aquellas que no se pueden cambiar.
- b) Modificar las anticipaciones e interpretaciones negativas que contribuyen a mantener la ansiedad.
- c) Aprender a concentrarse en la tarea o interacción social en vez de atender a las sensaciones internas y pensamientos negativos.
- d) Reducir las conductas de evitación y escape y potenciar las interacciones sociales adecuadas.
- e) Desarrollar habilidades sociales.

Programa terapéutico

Consta de cinco componentes básicos:

- a) Conceptualización del problema.
- b) Entrenamiento en respiración controlada dado que el paciente experimenta gran ansiedad y fuertes reacciones corporales.
- c) Reestructuración cognitiva, técnica dirigida a cambiar los pensamientos negativos que favorecen la ansiedad y la evitación.
- d) Exposición gradual a las situaciones temidas, la cual incluye centrar la atención en la interacción o tarea social e ir eliminando lo mas rápidamente las conductas defensivas.
- e) Adquirir las habilidades sociales que puedan ser deficitarias en ciertas situaciones.

En el caso de M. el programa se desarrolló a lo largo de 10 sesiones mensuales de 40 minutos cada una, a estas hay que sumarle la evaluación inicial (45 minutos) y tres sesiones de seguimiento de 30 minutos cada vez más espaciadas en el tiempo. En estas sesiones de seguimiento se observa si se va consolidando la mejoría y se previenen recaídas.

El programa comenzó con el entrenamiento en respiración controlada. Por lo general, cuando estamos relajados, respiramos de 12 a 16 veces por minuto. La técnica busca conseguir una respiración abdominal lenta (unas 8 respiraciones por minuto), regular y no demasiado profunda. Este patrón respiratorio reduce los síntomas físicos de la ansiedad.

El siguiente componente fue la reestructuración cognitiva. Lo que pensamos juega un importante papel en cómo nos sentimos y actuamos. La técnica de reestructuración cognitiva no es fácil de aplicar y requiere mucha práctica. Implica identificar pensamientos disfuncionales que producen ansiedad social, comprender el efecto de los pensamientos en cómo nos sentimos y actuamos, considerar estos pensamientos como hipótesis y desafiarlos mediante preguntas y pruebas y finalmente, modificar estos pensamientos y sustituirlos por otros mas apropiados.

Cuando M. aprendió a controlar su ansiedad y a desafiar a sus pensamientos perturbadores, pudo comenzar a exponerse gradualmente a las situaciones temidas lo cual le permitió aprender que las consecuencias negativas anticipadas o no ocurren o no son tan terribles como él piensa, a darse cuenta que la ansiedad puede ser controlada con la respiración diafragmática y con el cambio del autodiálogo interno y a aprender a romper la asociación entre las situaciones temidas y la ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones. La exposición requiere un esfuerzo continuado y supone tolerar cierta cantidad de ansiedad y malestar. El paso previo a la exposición es identificar las situaciones temidas y graduarlas según el nivel de ansiedad que generan en el paciente, y comenzar a exponerse de las menos a las más ansiógenas, permaneciendo, siempre que la situación lo permita, el tiempo suficiente para que la ansiedad inicial se reduzca al menos a la mitad y desaparezca el deseo de escapar. Es importante fijar metas realistas en cada exposición y centrar la atención en la actividad social, no en las propias sensaciones corporales, posibles errores que comete o puede cometer o posibles reacciones negativas de los otros. Antes de la exposición es útil identificar y cuestionar pensamientos negativos específicos relativos a la misma y sustituirlos por otros más adaptativos. Lo importante en este punto es que el paciente acepte que las cosas pueden ser de otra manera y esté dispuesto a comprobarlo. El papel de la reestructuración cognitiva en este punto es facilitar la exposición y la comprobación de que lo que piensa es más o menos ajustado. Tras la exposición se debe hacer un análisis realista de lo ocurrido con el fin de valorar la propia actuación y la de los otros. Es frecuente que el paciente minusvalore sus logros o que interprete como negativas reacciones de los otros que son neutrales o incluso positivas. También es posible recibir evaluaciones negativas por parte de los demás, lo cual es importante aprender a tolerar sin exagerar su importancia. Aquí vuelve a jugar un importante papel la reestructuración cognitiva.

En algunas situaciones sociales, M., no estaba seguro de cómo actuar, concretamente cuando recibía críticas o comentarios jocosos a cerca de su aspecto físico, para lo cual se ensayó la técnica asertiva de banco de niebla que le sirviera de herramienta para manejarse mejor en tales situaciones. También hizo un considerable esfuerzo mejorando su aspecto físico.

Para mantener y consolidar los resultados, se debe seguir exponiendo a nuevas situaciones aprendiendo a disfrutar de ellas asumiendo un posible rechazo como una parte normal de las interacciones sin consecuencias para su autoestima.

Resultados y discusión

Actualmente M. es capaz de mantener interacciones sociales sin experimentar elevados niveles de ansiedad, aunque sigue presentando ligeras oscilaciones afectivas. Ha conseguido relativizar no solamente sus pensamientos y juicios a cerca de los demás, sino también los de los demás hacia él. En definitiva, le importa menos lo que los demás piensen de él *“tanto para lo malo como para lo bueno”*. Desde hace poco tiempo, tiene pareja. Refiere que está empezando a disfrutar de la vida.

Los resultados en los autoinformes en el postratamiento y en el primer seguimiento a los 3 meses se exponen a continuación en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados post-tratamiento y primer seguimiento

Cuestionario	Rango	Punto Corte	Pretratamiento	Postratamiento	seguimiento a los 3 meses
Escala de miedo a la evaluación negativa (Watson y Friends)	(0 – 30)	19	29	18	8
Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral)	(0 – 30)	12	20	6	4
Inventario de Depresión de Beck (Beck et al.)	(0 – 63)	18	22	12	9
Tratamiento Farmacológico				Paroxetina 30mg	Paroxetina 30 mg

Los factores decisivos para el cambio han sido, fundamentalmente, la motivación y la buena adherencia al tratamiento psicológico por parte del paciente y por otro lado, la aplicación de técnicas que se han demostrado eficaces para el tratamiento de la fobia social. No hay predictores claros del mantenimiento del éxito terapéutico, pero se perfila como un firme candidato la reducción del miedo a la evaluación negativa; las recaídas parecen más probables cuando este tipo de cogniciones no cambian.

La fobia social es reconocida hoy en día como una condición psiquiátrica crónica e incapacitante. La alta prevalencia y la significancia clínica de la enfermedad, enfatizan la necesidad de reconocimiento temprano y de tratamiento eficaz. El tratamiento eficaz y eficiente tiene como parte ineludible el entrenar al paciente a gestionar sus cogniciones, emociones y conductas. Pero, ¿por qué se tardó 16 años en proporcionar tratamiento psicológico al paciente?.

Lecturas recomendadas

- Baeza V. C. Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social. (2007). *Cuad. Neuropsicol.* 1(2), 127-138.
- Badós, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.