

Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento

CELIA CAMILLI¹ Y ANADELA RODRÍGUEZ²

¹ccamilli@unimet.edu.ve

²anadelarodriguez@yahoo.com

Recibido 27/06/07 ■ Aprobado 06/04/08

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la fobia social y su tratamiento en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el que se presenta una revisión bibliográfica relativa a los principales autores, enfoques y experiencias recientes en el tema, sin pretender ofrecer una búsqueda exhaustiva en el área. Esta exploración contempla el abordaje del trastorno «fobia social» comprendido como el miedo y la evitación a situaciones públicas en las que la persona demuestra síntomas de ansiedad. Además se indagó sobre la TCC, enfoque de terapia de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio. Se revisaron algunas experiencias recientes relacionadas con la definición de fobia social, factores asociados y tratamientos en TCC.

Las investigaciones se centran en el mejoramiento de una mayor fundamentación empírica de las categorías diagnósticas, en la búsqueda de la unificación de las estrategias e instrumentos de evaluación. A esta demanda, se suman grupos de investigaciones que trabajan desde la teoría y la práctica la TCC, con especial énfasis en la atención de niños y adolescentes. Estos estudios recomiendan traducir y adaptar al español los programas de tratamientos más eficaces; el uso de manuales o protocolo de tratamientos que

¹Licenciada en Educación, mención Preescolar (UNIMET). Magíster en Psicología del Desarrollo Humano (UCV). Cursante del Doctorado de Psicología (UCV). Profesora a tiempo completo en el Departamento de Didáctica (UNIMET). Docente de las asignaturas Metodología de la Investigación, Evaluación en Preescolar y Psicolingüística. Experiencia en proyectos del área de Educación Inicial.

²Licenciada en Psicología, mención Asesoramiento Psicológico (UCV). Postgrado en Psicología Clínica del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Docente de las asignaturas Psicología Evolutiva, Psicología Educativa y Taller de Creatividad.

incluyan a los padres y sesiones de generalización en el caso de niños y adolescentes; continuar ahondando en el estudio de las relaciones entre tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos y por último, la elaboración de programas preventivos.

En consecuencia, la fobia social es un trastorno que invita a continuar indagando con especial atención en el diagnóstico, evaluación y tratamiento en los grupos etáreos conformados por niños y adolescentes, siendo este un reto importante a considerar en los próximos años.

Palabras clave: fobia social, ansiedad social, terapia cognitivo-conductual.

Abstract

This study aims to describe social phobias and their treatment in Cognitive-Conductual Therapy (CCT). It is a documental work in which a bibliographical review of the main and latest authors, approaches and experiences are presented, without pretending to be an exhaustive compilation in the area.

This investigation contemplates the boarding of the social phobia disorder understood as the fear and avoidance of social situations in which the subject shows symptoms of overwhelming anxiety. Some research on CCT was also undertaken; time-limited therapy oriented towards the patient as change agent. Some recent experiences related to the definition of social phobia, associated factors and treatments on CCT were also reviewed.

The investigations are centered in the improvement of a greater empirical foundation of the diagnostic categories, towards the unification of strategies and instruments of evaluation. To this demand, are added a group of investigations that work CCT, from theory and practice, emphasizing child and adolescent care. This studies recommend translating and adapting to Spanish the most effective programs and treatments; using manuals or treatment protocol that include parents and sessions of generalization with pairs; continue boarding the study of the relations between psychological and psychopharmacological treatments and finally, the elaboration of preventive programs.

As a consequence, social phobia is a disorder worth further investigation with special emphasis on the diagnosis, evaluation and

treatment of groups conformed by children and adolescents of the same age. It is certainly an important challenge to consider for the upcoming years.

Keywords: social phobia, social anxiety, cognitive-conductual therapy.

Introducción

En el prólogo de su libro Botella, Baños y Perpiñá, (2003) se preguntan «¿Qué es la fobia social?, ¿estamos utilizando bien los términos al hablar en este campo de «fobia» en el mismo sentido que cuando se utiliza el término para una fobia específica?, ¿la ansiedad es lo mismo y cumple iguales funciones que la ansiedad social?, ¿cuál es la mejor forma de evaluarla y cómo se interviene y se trata en toda su complejidad?. Ofrecer una respuesta a todas estas inquietudes ha sido la tarea durante las dos últimas décadas en el estudio de un tema tan complejo y amplio como lo es la ansiedad social, concepto que algunos psicólogos y psiquiatras han decidido asumir como trastorno de ansiedad social, comprendiéndose como algo más que una fobia, que se diferencia de otras formas de ansiedad y que desde una perspectiva evolutiva, cumple con una función importante para la supervivencia de la especie.

La «fobia social» o «trastorno de ansiedad social» es un problema psicológico que se remonta desde los inicios de la humanidad. Burton (1845 c.p. Olivares y Caballo, 2003) en su obra «La anatomía de la melancolía» la describía como una conducta en la que sus pacientes no se atrevían a hablar con otras personas por miedo a ser evaluado negativamente por los demás «Es más que timidez, suspicacia o temor» (p.l). Pero es realmente a partir de los estudios de Janet (1903, c.p. Olivares y Caballo, 2003) cuando se denomina por primera vez a esta conducta bajo la expresión de «fobia de las situaciones sociales».

Por estas y otras razones, Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein en 1985 (c.p. Olivares y Caballo, 2003) catalogaron a la fobia social como «el trastorno de ansiedad olvidado» porque desde el pronunciamiento de Janet, en 1903, pasaron 63 años hasta que Marks y Gelder, en 1966 (c.p. Olivares y Caballo, 2003), delimitaron su expresión y 14 años después de esta fecha, la American Psychiatric Association (APA), en 1980 (c.p. Olivares y Caballo, 2003) la contemplará formalmente.

No obstante, como mencionan Olivares y Caballo (2003) es cierto que desde el trabajo de Liebowitz y cols., en 1985, hasta la fecha, se ha recuperado el tiempo al encontrarse numerosos estudios teóricos y prácticos relativos a la definición, diagnóstico, evaluación y tratamiento de la fobia social. Sin embargo, es sólo a partir del año 1995, con los trabajos de Albano, Marten, Holt y Barlow, (1995, c.p. Olivares y Caballo, 2003) cuando se comienza a trabajar en el tratamiento de la fobia social en adolescentes. Por consiguiente, la fobia social es un tema que invita a continuar indagando con especial atención en el diagnóstico, evaluación y tratamiento en los grupos etáreos conformados por niños y adolescentes, siendo este un reto importante a considerar en los próximos años.

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la fobia social y su tratamiento en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), en el que se presenta una revisión bibliográfica relativa a los principales autores, enfoques y experiencias recientes en el tema, sin pretender ofrecer una búsqueda exhaustiva sobre el área. Esta exploración contempla, la definición de fobia social, sus características, clasificación y etiología; el tratamiento de la fobia social a través de la TCC en qué consiste, fortalezas y debilidades del programa y, por último, algunas experiencias en los últimos 10 años, relacionadas con la definición de fobia social, factores asociados y tratamientos en TCC.

La ansiedad social

La ansiedad social es «una emoción no sólo normal, sino útil, necesaria y adaptativa: supone una motivación para comportarse y actuar de una determinada manera en situaciones interpersonales concretas, nuevas o importantes» (Baños, Quero, Botella y Perpiñá, 2003, p.15). Incluso es un motor que puede motivar a cumplir con normas, tareas y convenciones sociales. Sabemos, como muy bien señalan estos autores, que cualquier persona puede experimentar ansiedad social en situaciones diversas e importantes, como una presentación en público, entrevista de trabajo, la primera cita, una reunión o fiesta, entre otras. Todas esas situaciones en las cuales se expone nuestra actuación personal.

Sin embargo, las personas que sufren de fobia social asumen las situaciones antes mencionadas con mayor intensidad, tornándose perturbadoras e incapacitantes, definiéndose este trastorno como «un marcado miedo a (y muchas veces evitación de) situaciones en las que la persona puede actuar de modo embarazoso, ridículo o humillante delante de otros, o a

que se noten sus síntomas de ansiedad» (Baños et al., 2003, p.16). La persona piensa que va a ser observada y evaluada por los demás (lo cual no necesariamente es así), evaluación que pudiera tener un resultado negativo y con consecuencias perjudiciales para su persona.

Las situaciones sociales que generan ansiedad social pueden ser muy variadas: hablar en público, realizar acciones en presencia de otros, iniciar y mantener conversaciones, asistir a fiestas y actos sociales, hablar con figuras de autoridad, ser observado al entrar en un sitio, estar con la persona por la que se siente atracción, hablar por teléfono, entre otras. Al respecto, Caballo, López-Gollonet, Salazar, Martínez y Ramírez-Uclés, (2006) elaboraron una nueva medida de autoinforme (CISO-A) para conocer estas situaciones a través de un método inductivo, el cual consistió en recopilar durante 6 años aquellas situaciones que en la vida diaria de estudiantes y personas de su entorno producían malestar, tensión o nerviosismo. Se recogieron 10.000 situaciones, de las cuales (luego de varias revisiones) quedaron 512, agrupadas en 5 factores: (a) situaciones de interacción con desconocidos, (b) falta de habilidad en el manejo de situaciones de interacción, (c) situaciones de expresión de desagrado, disgusto o enfado, (d) hablar/actuar en público y relacionarse con superiores y (e) situaciones de interacción con el sexo opuesto. *Social Phobia Inventory* (SPIN) (Connoer et al., 2000); *Brief Social Phobia Scale* (BSPS) (Davidson y cols. 1997), *Liebowitz Social Anxiety Scale-Self-report version* (SAS-SR) (Oakman et al., 2003), *Social Propia and Anxiety Inventory* (SPAI) (Turner et al., 1989), *Social Phobia Scale* (SPS) (Mattick y Clarke, 1998) y *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) (Mattick y Clarke, 1998), encontrándose que los factores propuestos en el CISO-A estaban presentes en los 7 cuestionarios antes mencionados, en especial en el SPIN.

Por otra parte, con respecto a la manifestación de la respuesta de ansiedad social, se ha encontrado que es similar a la de otras emociones, la cual se expresa a nivel fisiológico, cognitivo y comportamental. En lo fisiológico, se presentan múltiples síntomas corporales como: elevación de la tasa cardíaca, molestias estomacales, mareos, sudoración, rubor y temblores. Relativo a respuestas comportamentales se encuentran la evasión o no de las situaciones temidas, siendo importante resaltar que no siempre la evasión es comportamental sino que puede ser «cognitiva». La persona puede evadirse «mentalmente» de la situación aunque «físicamente» esté presente (tal es el caso de las fiestas). Además se suman las «conductas de seguridad», aquellas que intentan proteger a la persona, por ejemplo: retirar la mirada si la persona anticipa que alguien le va a preguntar algo, vestirse con ropa gruesa para que

el otro no perciba el sudor, apoyar las manos sobre la mesa para que no se vea que están temblorosas, etc. Por último, los pensamientos se orientan sobre la certeza de actuaciones que son o van a ser deficitarias, evaluaciones negativas por parte de los otros y sus consecuencias catastróficas (Baños et al., 2003).

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) a través de su Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10), indica que las fobias sociales suelen comenzar en la etapa de adolescencia y se presentan con igual frecuencia en mujeres y varones. La misma puede estar acompañada de una baja autoestima y de miedo a las críticas. Los síntomas pueden desembocar en un ataque de pánico. El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales (DSM-IV) (2000) añade que para realizar el diagnóstico en los niños es necesario determinar a priori si las habilidades sociales con sus familiares son normales y si la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto. Las respuestas a estas edades se traducen en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar. Sin embargo, a diferencia de los adultos quienes reconocen que el temor es excesivo o irracional, los niños no logran este reconocimiento. Además, en los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

El problema de los subtipos en la fobia social es otro punto a considerar, debido a que ha sido un tema muy discutido en el área de la psicología y psiquiatría. Autores como Turner, Beidel y Townsley (1992, c.p. Botellas, Baños y Perpiñá, 2003) sugieren clasificarlas en función de los tipos de situaciones que temen las personas: (a) situaciones relacionadas con la ejecución y (b) situaciones relacionadas con la interacción social. Otros sistemas como el DSM-III R, el DSM-IV y el CIE-10 la clasifican en función del grado de ansiedad que genera: (a) fobias específicas y (b) fobias generalizadas. Según el CIE-10 (2003) las «fobias específicas» se refieren a aquellas situaciones muy particulares que desencadenan pánico, entre ellas: proximidad de determinados animales, alturas, truenos, oscuridad, volar en avión, espacios cerrados, utilizar urinarios públicos, ingerir ciertos alimentos, acudir al dentista, ver sangre o heridas y el contagio de enfermedades. Dependiendo de la facilidad que tiene el paciente para evitarlas el grado de incapacidad varía. El DM-IV (2000) define «fobia generalizada» como aquellos temores que hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales.

Sin embargo, autores como Heimber y otros (1993); Heimberg y Hope (1992); Schneier, Spot-zer, Gibbon, Fyer y Liebowitz (1991) (c.p. Botellas et al, 2003) consideran que el mayor problema de esta clasificación se presenta en que no cuantifica la mayoría de las situaciones sociales. Al respecto, Hook y Valentiner (2002) proponen una distinción entre las fobias generalizadas y específicas no desde una perspectiva cuantitativa (como se ha manejado en la literatura hasta los momentos) sino desde una perspectiva cualitativa. Ellos consideran que las características que pertenecen a la «fobia social específica» son más fáciles de definir en comparación con las características de la «fobia social generalizada», por necesitar un abordaje conceptual diferente. Por tal motivo, proponen un modelo interpersonal para su comprensión.

Este modelo hace énfasis en los comportamientos que obtiene el paciente de las autoevaluaciones negativas en el otro y un patrón mutuo de comportamiento de conductas sociales de distanciamiento. Para Hook y Valentiner (2002), existe un proceso individual que se caracteriza por una inadaptación cognitiva, emocional y social que a su vez genera un comportamiento social, cognitivo y emocional en los otros. Por tal motivo, consideran que el tratamiento de la fobia social generalizada es más difícil en comparación con la fobia social específica.

Curran (1977, c.p. Caballo, 2005) sugiere tres modelos para explicar la etiología y el mantenimiento de la ansiedad/fobia social:

- Modelo ansiedad condicionada. Fundamentado en el condicionamiento clásico. La ansiedad se adquiere debido a la exposición repetida a experiencias aversivas en situaciones sociales.
- Modelo cognitivo-valorativo. Plantea que el origen de la ansiedad se debe a una errónea evaluación cognitiva y valorativa sobre las propias actuaciones y las expectativas de consecuencias aversivas.
- Modelo del déficit en habilidades. Considera que el origen de la ansiedad es reactiva porque la persona posee un repertorio de conductas sociales inadecuadas, lo que conduce al no control apropiado de las exigencias del contexto, experimentando así una situación aversiva que le provoca ansiedad.

Se observa cómo estos modelos buscan dar respuesta a la etiología de la ansiedad/fobia social, en la cual las situaciones sociales que la generan son muy variadas; las manifestaciones de respuesta son similares a la de otras emociones (en lo fisiológico, cognitivo y comportamental) y su clasificación no cuantifica la mayoría de las situaciones sociales, entre otras razones. Entonces

es a partir de estos modelos que se han generado tratamientos para tratar la ansiedad/fobia social desde la Terapia Cognitivo Conductual, los cuales van a ser explicados en el siguiente apartado.

La terapia cognitivo-conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un enfoque de terapia de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio. La relación entre el paciente y el terapeuta es cercana: el terapeuta orienta a sus pacientes en el entrenamiento de nuevas habilidades sociales, logrado al promover nuevas formas de abordar y experimentar las situaciones que le producen ansiedad: «Se centra en cambiar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual» (Luterek, Eng y Heimberg, 2003, p. 565). Los pacientes se acercan a las experiencias que le producen ansiedad, empleando las habilidades que fueron aprendidas en la terapia.

Ahora bien, son varios los componentes de la TCC que se han estudiado en el tratamiento de la ansiedad social:

La exposición. Este es el componente central utilizado en la mayoría de los tratamientos de la ansiedad social. Se introduce al paciente a situaciones que teme y/o evita. Este tratamiento comienza, por la elaboración, entre el paciente y el terapeuta, de una lista jerarquizada de mayor a menor grado de ansiedad relativa a aquellas situaciones que le producen temor y evitación. Primero, el paciente es expuesto a aquellas situaciones que le producen menor ansiedad y en la medida en que la misma ya no le produce ansiedad, se instruye a los pacientes para que se expongan a situaciones más difíciles. Por lo general, esta exposición se realiza al combinar la imaginación, dramatizando roles en las sesiones de terapia o en vivo. La efectividad del tratamiento aumenta si se enseña a los pacientes a permanecer en la situación social hasta que disminuya su ansiedad, lo que permite la habituación y la extinción de la conducta. Otra estrategia para aumentar la eficacia, es instruir a los pacientes para que mantengan su atención en la situación social, concientizando la experiencia de la ansiedad y la activación (Luterek et al., 2003).

La reestructuración cognitiva. Consiste en ayudar al paciente a identificar sus pensamientos negativos que tienen antes, durante o después de las situaciones que le provocan ansiedad. El terapeuta ayuda al paciente a que evalúe la veracidad de sus pensamientos y creencias. Se busca que los

pacientes asuman sus pensamientos, no como verdades automáticas, sino como hipótesis a comprobar.

La relajación aplicada. Es una técnica que enseña a los pacientes a soltar y relajar diferentes grupos de músculos de forma progresiva. Ayuda a los pacientes a utilizar la relajación como un medio que le permite enfrentar la activación fisiológica, como por ejemplo: palpitaciones cardíacas, sudoración, temblores, en aquellas situaciones que le generan ansiedad. Comienza por enseñar al paciente a que logre identificar aquellas sensaciones iniciales de ansiedad y de activación fisiológica, para luego aplicar las técnicas de relajación muscular en situaciones reales temidas (Luterek et al., 2003).

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS). Consiste en aumentar las habilidades conductuales de los pacientes para lograr así una mayor probabilidad de interacciones sociales satisfactorias (Luterek et al., 2003). Es un enfoque de tratamiento que ha sido considerado por diversos autores «...como un modelo alternativo al modelo médico tradicional de la psicopatología» (Philips, 1978, c.p. Caballo, 2005, p. 315) porque su aplicación abarca numerosos trastornos culturales, como: ansiedad/fobia social, soledad, depresión, esquizofrenia, problemas de pareja, trastorno por consumo de situaciones psicoactivas y delincuentes/psicópatas, entre los más comunes. Es un tratamiento central en el modelo propuesto por Turner, Beidel y Cooley (1994, c.p. Caballo, 2005) el cual incluye 4 componentes: (a) educativo, (b) EHS, (c) exposición y (d) práctica programada. Específicamente el EHS está diseñado para enseñar y/o refinar las habilidades sociales (HHSS) de la persona y así proporcionar técnicas para ser aplicadas en las interacciones sociales.

Caballo (2005) define al EHS tomando como referencia a Goldsmith y McFall (1975), quienes señalan que es «un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida» (p. 182) o como lo sugiere Curran (1985, c.p. Caballo, 2005) «un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales (p. 182). Contempla 4 elementos de forma estructurada: (a) Entrenamiento en habilidades, (b) Reducción de la ansiedad, (c) Reestructuración cognitiva y (d) Entrenamiento en solución de problemas. Caballo (2005) propone como formato para el EHS: el ensayo de la conducta, el modelado, las instrucciones/aleccionamiento, retroalimentación y reforzamiento, tareas para la casa y procedimientos cognitivos. En contraposición a este planteamiento, Luterek et al. (2003) recoge los resultados

contradictorios de algunas investigaciones con respecto a la hipótesis de que los pacientes que presentan trastorno de ansiedad social poseen un déficit real en su repertorio conductual (habilidades sociales verbales y no verbales). No obstante, la carencia de estas conductas induce a reacciones negativas en los otros, lo que trae como consecuencia interacciones sociales perturbadoras y provocadoras de ansiedad.

En general, Luterek et al. (2003) señala que la mayoría de las investigaciones indican que la TCC es un tratamiento eficaz para el manejo de la ansiedad social. La combinación de reestructuración cognitiva y exposición parece ser más efectiva para el tratamiento de los pacientes ansiosos y produce una mayor protección ante las recaídas en comparación con los tratamientos farmacológicos. Autores como Overholser (2002) y Rowa y Martin (2005) lo confirman al señalar que la TCC es el tratamiento más efectivo para abordar la fobia social, porque incorpora diversas componentes: el entrenamiento de habilidades, la reestructuración cognitiva, la exposición, la relajación y, por último, contempla la prevención de posibles recaídas.

Una versión de la TCC es la terapia de grupo cognitivo-conductual, la cual combina la reestructuración cognitiva con la exposición en la terapia de grupo. Se conforman grupos de 4 a 7 pacientes, equilibrados por sexo y edad, dirigidos por dos terapeutas (un hombre y una mujer). El tratamiento dura 12 sesiones una vez a la semana, con una duración de 2 horas y media cada una (Luterek et al., 2003).

En el tiempo se han desarrollado algunos tratamientos fundamentados en la TCC específicamente orientados para el trastorno de la ansiedad en niños y jóvenes. En su trabajo, Masia-Warner, Storch, Fisher y Klein (2003) mencionan algunos de ellos, los cuales se exponen a continuación:

Tabla N° 1. Tratamientos fundamentados en la TTC

	Tratamientos	Autor(es)	Año	Características
De base clínica	Terapia para la Eficacia Social para Niños (SET-C).	Beidel, Turner y Morris.	1998	Exposición y Entrenamiento en habilidades sociales.
	El Entrenamiento en Habilidades Sociales: mejorando la Competencia Social en Niños y Adolescentes (EHS).	Spence	1995	Entrenamiento en habilidades sociales Técnicas de relajación Solución de problemas sociales, Autoinstrucciones positivas, Cuestionamiento cognitivo y Exposición graduada a las interacciones sociales.
Intervención en las escuelas	Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual para Adolescentes (CBGT-A).	Albano, Marten y Holt.	1991	Reestructuración cognitiva y exposición conductual.
	La Terapia para Adolescentes con Fobia Social Generalizada (TAFSG).	Olivares y García-López.	1998	Entrenamiento en habilidades sociales y el desarrollo de habilidades de reeducación cognitiva.
	Habilidades para el Exito Social y Académico (SASS).	Masia et al.	1999	Combinación de SET-C y CBGT-A. Se añadieron componentes adicionales como por ejemplo: acontecimientos sociales en el barrio y reuniones con los padres.

Fuente: Creación propia

En este mismo orden de ideas, se suma la investigación de Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés y López (2003), quienes en su estudio con niños y adolescentes concluyen que el tratamiento que mejores resultados ha demostrado es el diseño original de Olivares y García-López (1998) (Olivares y García-López, 1998, c.p. Olivares et al., 2003), caracterizado por la intervención en el ambiente educativo. Además, señalan que la combinación de sesiones individuales y grupales es una estrategia que mejora el tratamiento «...quizás debido a que las intervenciones grupales suponen una maximización de la exposición a estímulos fóbicos, lo cual permite una potenciación del efecto de la propia intervención que incrementaría la habituación» (p. 616) y

por consiguiente la disminución de la ansiedad social del sujeto. Por otro lado, las sesiones individuales ofrecen una atención más individualizada a las necesidades particulares de cada sujeto.

Al respecto, King, Heyne y Ollendick (2005), reflexionan sobre la importancia de la formación de los docentes en la identificación temprana de los síntomas de la ansiedad social en niños y adolescentes con la finalidad de lograr una intervención a corto plazo. Además, alertan sobre las pocas investigaciones que se han desarrollado en el tratamiento de la ansiedad y de los desórdenes fóbicos en niños con discapacidad, siendo necesario atender a esta población con necesidades especiales.

También resulta interesante, estudiar la propuesta de Aguilar y Espada del Valle (2005), quienes proponen el juego para el TCC como un recurso valioso y prometedor. Estos autores señalan que el juego puede abordarse en lo terapéutico si se concibe como un tipo de relación interpersonal. Es un medio que permite romper la resistencia y un recurso que brinda al terapeuta la posibilidad de enseñarle al niño cómo comportarse en diferentes situaciones. Señalan que puede utilizarse en la terapia juegos estructurados (posee reglas, normas e instrucciones preestablecidas a priori) o no estructurados (incluye el juego espontáneo, entre otros), además del uso terapéutico de los cuentos. Concluyen invitando a los investigadores a profundizar en el estudio de este tipo de terapia con la finalidad de crear estrategias, técnicas, principios y procedimientos para ser incorporada en el ámbito clínico y educativo.

En conclusión, ya en la década de los 80, autores como Dobson, (1988), analizaba el presente y el futuro de la TCC y sugería incrementar la importancia del desarrollo de la psicopatología en niños y adolescentes, así como expandir el tema de la terapia y la evaluación. (Masia-Warner et al., 2003) señalan cómo en la últimas dos décadas ha aumentado el número de investigaciones relativas al estudio de la ansiedad social en niños y jóvenes, por tratarse de una situación de riesgo para trastornos secundarios posteriores, como lo es el caso del uso de sustancias psicoactivas y trastornos afectivos. Pareciera que la estrategia más prometedora a estas edades resulta ser la intervención en las escuelas, por tratarse de un grupo etáreo. El trabajo en la escuela permite la formación de la comunidad educativa (personal administrativo, directivo, docente y padres y representantes) con respecto al reconocimiento de la ansiedad social y su intervención. Además, ofrece oportunidades reales para promover cambios contextuales a través del apoyo de profesores y estudiantes.

Como se han señalado las fortalezas de la TCC, según Salaberría y Echeburúa, 2003) entre 30-35% de los casos muestran resistencia a este tratamiento. Las razones son diversas, entre ellas:

Los síntomas fisiológicos. Sabemos que algunos pacientes evitan las situaciones sociales debido a la presencia de síntomas fisiológicos como el rubor, el temblor o el sudor, para lo cual se recomienda la terapia racional emotiva y la exposición. El terapeuta ayuda al paciente con respecto a las conductas de evitación que acompañan a la ansiedad, así como también trabaja para que modifique su percepción y las atribuciones catastróficas sobre los síntomas, ya que es imposible su desaparición.

Las conductas de evitación pasiva y conductas de seguridad. Las conductas de evitación pasivas (ej. asistir a una fiesta, sentarse en una esquina, responder con monosílabos) y de seguridad (ej. no separarse de una persona durante toda la fiesta) son comunes en los fóbicos sociales. Estas conductas agravan los síntomas, mantienen la atención hacia uno mismo, no permiten confirmar las consecuencias temidas y, por último, contaminan las situaciones sociales (Botella, Baños y Perpiña, 2003, c.p. Salaberría y Echeburúa, 2003).

Para estas conductas de evitación sutiles se han diseñado las siguientes estrategias de exposición en situaciones sociales, las cuales están expuestas en la siguiente figura:

Figura N° 1. Estrategias de exposición en situaciones sociales de Butler (1985/1989 c.p. Salaberría y Echeburúa, 2003)

1. Responder a los síntomas de ansiedad con acercamiento y no con huida o evitación. Tolerar los síntomas fisiológicos (rubor, temblor...) que desaparecerán al cabo de un rato.
2. Tener presente dónde se encuentra uno y no pensar que se está en otro lugar.
3. Saludar a la gente de una forma adecuada y con una mirada a los ojos.
4. Escuchar atentamente a la gente y elaborar mentalmente una lista de posibles temas de conversación.
5. Mostrar que uno quiere hablar. Puede ser bueno hacerlo inicialmente con alguna pregunta (ya que concentra la atención en la persona que realiza la pregunta y en la que espera que responda).
6. Hablar alto con una dicción adecuada. No susurrar.
7. Soportar algunos silencios.
8. Esperar señales de los demás al decidirse dónde sentarse, cuándo tomar una copa o de qué se va a hablar.
9. Aprender a tolerar las críticas introduciendo la discusión deliberadamente en un momento determinado. (Butler, 1985,1989, c.p. Salaberría y Echeburúa, 2003, p. 686)

Las distorsiones cognitivas. Según Salaberría y Echeburúa (2003) son diversos los resultados encontrados con respecto al peso de las distorsiones cognitivas. Sin embargo, pareciera que cuando están muy arraigadas, el alcance de la terapia de exposición puede ser limitado. Por tal motivo, recomiendan tres técnicas las cuales se presentan en la siguiente figura:

Figura N° 2. Técnicas para el manejo de las distorsiones cognitivas

1. Entrenamiento en focalización atencional. Se busca cambiar el centro de atención en uno mismo hacia el exterior.
2. Utilización del video-feedback para proporcionar una auto-evaluación más objetiva de las conductas sociales. Permite que el paciente se vea como un observador externo.
3. El entrenamiento en autoinstrucciones positivas. Se trata de que el paciente valore sus propios recursos, no subestimando sus habilidades. (Salaberría y Echeburúa, 2003)

La modulación de las variables de personalidad. Aunque si bien es cierto que la TCC no tiene en sus objetivos el tratamiento de ciertas características de personalidad (baja autoestima, neuroticismo, introversión, perfeccionismo) éstas se encuentran presentes en los pacientes con ansiedad social. Se recomienda tener presente estas variables porque complican el tratamiento.

Para concluir, varios autores, entre ellos Salaberría y Echeburúa (2003) y Luterek et al., (2003), señalan que además de discurrir las razones antes expuestas es importante considerar los factores o variables que afectan los resultados del tratamiento, entre ellos: las características del paciente (depresión, baja autoestima, otros trastornos de ansiedad y de personalidad), el nivel de las expectativas sobre los resultados del tratamiento (bajas expectativas de cambio) y el incumplimiento de las tareas asignadas para la casa.

Experiencias relacionadas con fobia social y TTC

Son numerosas las investigaciones en el tema de la fobia social. Sin pretender ser exhaustivos en la revisión del estado del arte de este fenómeno, se presentan algunas investigaciones recientemente publicadas y arbitradas en reconocidas revistas psicológicas. Un primer grupo de experiencias se

agrupan alrededor de la definición, factores, características, tratamiento y prevención de la fobia social. El segundo, contempla las fortalezas y debilidades de la TTC en grupos de niños y adolescentes.

Investigaciones relacionadas con fobia social

Roth y Heimberg (2006), estudian los factores cognitivos y emocionales vulnerables a la ansiedad social, entre los que señalan: el estilo de desarrollo cognitivo, el cual incluye el temperamento, una temprana fijación y los factores relacionados con la familia, pares y otros eventos de la vida cotidiana. Afirman que varios de estos factores están presentes desde edades tempranas, como el temperamento extrovertido o introvertido del infante y la relación de inseguridad que se establece con sus padres. Otros factores emergen más tarde, como por ejemplo, aprender cómo los padres se relacionan con otros y también las experiencias propias con otros pares. Para estos autores, no existen diferencias significativas entre la ansiedad social y la timidez. En ambos grupos, los factores de vulnerabilidad y las bases cognitivas están presentes. Las diferencias pueden ser más cuantitativas (ansiedad social severa, grados de evitación) que cualitativas. Concluyen reflexionando sobre las implicaciones relativas a la prevención y tratamiento de este trastorno. Los niños que tienen un temperamento tímido o crecen con padres muy ansiosos o tienen dificultades para relacionarse con otros pares o han tenido un impacto en sus vidas sociales (ej. mudanza o divorcio), se beneficiarían de intervenciones tempranas que los expongan a situaciones sociales.

Por otra parte, Rector, Kocovski y Ryder (2006) en su artículo «Ansiedad social y el miedo de causar inconformidad en los otros: conceptualización y tratamiento» plantean cómo para el paciente el miedo es la causa de que los otros se sientan disconformes en la interacción social. El miedo no se focaliza en su propia evaluación negativa que hace el paciente sobre su actuación sino que se centra en las consecuencias que causa su ansiedad en la incomodidad y ofensa en la interacción con los otros. Esta ansiedad la experimenta antes, durante y después de la interacción social: (a) al anticipar el peligro en la situación social, (b) al centrarse en las preocupaciones de los síntomas que ocurren durante la situación social y (c) a nivel cognitivo, los eventos posteriores a la interacción.

Según estos autores, a este abordaje se suman los factores culturales que incluyen una educación temprana con énfasis en un sentido fuerte de interdependencia y responsabilidad por lo que sienten los otros; un alto nivel

de autoconciencia relativo a la educación moral; el mantener una vida social armoniosa; una relación de dependencia en la que la persona se realiza a través de la identificación con el grupo y la restricción implícita de la no comunicación de los sentimientos negativos en situaciones sociales. Por ejemplo, hay culturas en donde el contacto visual es una ofensa porque refleja insensibilidad hacia los otros e irrespeto para el establecimiento de las estructuras sociales. Por consiguiente, Rector et al., (2006) sugieren para el tratamiento de este trastorno la utilización de estrategias dirigidas a consultar a los «otros» como observaron las conductas de ansiedad. El terapeuta le sugiere al paciente que le pregunte a sus familiares sobre lo que pasaría si él se pone ansioso en una situación social familiar y cómo ellos responderían, ejemplo que ofrece una nueva forma para abordar este trastorno desde las interrelaciones.

En el mismo orden de ideas, dirigidas al estudio de la conceptualización de la fobia social, Warren, Umylny, Aron y Simmens (2006) analizaron la validez de los criterios utilizados en el DSM-IV para diagnosticar la fobia social y el desorden de ansiedad generalizada en niños. El método utilizado fue diagnosticar estos desórdenes por medio de entrevistas clínicas semiestructuradas y la observación directa. Tanto los padres como los cuidadores a través de un cuestionario complementaron la información obtenida con respecto al comportamiento de los niños, temperamento y estado socioemocional. La triangulación de todos estos instrumentos permitió la validación del DSM-IV.

Los resultados indicaron que de los 72 niños estudiados, entre 18 meses y 5 años de edad, 19 encontraron diferencias con respecto a los criterios utilizados en el DSM-IV para diagnosticar la fobia social (solamente 8 coinciden con los criterios del DSM-IV), 29 encontraron diferencias relativas al diagnóstico del desorden de ansiedad generalizada en comparación con los criterios utilizados en el DSM-IV (solamente 5 coinciden con los criterios del DSM-IV) y 35 no presentaron desórdenes de ansiedad social. Los niños que obtuvieron resultados diferentes con respecto a la fobia social señalan que en contraste con niños no ansiosos demuestran altos niveles de ansiedad y timidez cuando tienen padres ansiosos. Los niños con desorden de ansiedad generalizada no demostraron consistentemente síntomas de niveles altos de ansiedad y no tienen padres más ansiosos que los niños no ansiosos. La investigación provee un estudio inicial para la validación de la modificación de los criterios utilizados en el DSM-IV para el diagnóstico de la fobia social, pero no ofrece resultados contundentes para la modificación de los criterios en el diagnóstico de la ansiedad social generalizada.

Por otra parte, Gramer (2006) estudia la influencia de la ansiedad social en las respuestas cardiovasculares, emocionales y comportamentales en el desempeño de situaciones que demandan representaciones sociales y cognitivas. La muestra estuvo conformada por 72 estudiantes (36 hombres y 36 mujeres) categorizados según un alto o bajo nivel de ansiedad social frente al desempeño de tres actividades: una tarea mental de aritmética y dos tareas interpersonales (preparación y representación de un discurso y role-played). Los efectos cardiovasculares de la ansiedad social variaron en función del nivel de estrés en la situación experimental y los tipos de tareas. Durante el role-played los sujetos con niveles de ansiedad social elevados demostraron bajos niveles de la presión arterial en comparación con los sujetos que tenían bajos niveles de ansiedad social. Estos resultados se oponen a los encontrados en la resolución de la tarea mental de aritmética, en la que los sujetos con niveles altos de ansiedad demostraron niveles altos en su ritmo cardíaco. En la ausencia del grupo, los estados de ansiedad marcan una diferencia en los efectos esperados. Los resultados señalan que los efectos cardiovasculares dependen del tipo de tarea asignada, lo que conduce a continuar investigando acerca de los factores que están presentes en la ansiedad social.

Finalmente, Ferdinand, Bongers, Van Der Ende y Van Gastel (2006) establecen una distinción entre la ansiedad por separación y la ansiedad social en niños y adolescentes. Para ellos, la ansiedad por separación y la ansiedad social han sido abordadas como diferentes grados de un mismo trastorno, las cuales tienen un alto grado de comorbilidad. El estudio utilizó LCA (Latent Class Analysis) para investigar si se podían identificar niños y adolescentes con niveles simultáneos, bien sea, de altos niveles de ansiedad por separación y bajos niveles de ansiedad social o viceversa. La muestra estuvo constituida por 735 niños y adolescentes, entre los 8 y 18 años de edad, los cuales fueron evaluados a través del MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children). Con LCA se separó la muestra en dos grupos. El primero, conformado por niños entre 8 y 11 años de edad, con altos niveles de ansiedad por separación y simultáneamente bajos niveles de ansiedad social. El segundo grupo, conformado por adolescentes entre 12 y 18 años de edad, quienes demostraron niveles altos de ansiedad por separación y ansiedad social. Los resultados indican que, en los niños, la ansiedad por separación representa un constructo diferente con respecto a la ansiedad social, diferencia que no se encontró en el grupo de adolescentes. Sugieren continuar estudiando la dimensión de la ansiedad social en este grupo etéreo.

Investigaciones relacionadas con la TCC

Investigadores como Hayward, Varady, Albano, Thienemann, Henderson y Schatzberg, (2000) evaluaron la efectividad de la TCC grupal en adolescentes mujeres con fobia social y los efectos de este tratamiento en el riesgo de una mayor depresión. La muestra estuvo conformada por 35 mujeres adolescentes, de las cuales 12 recibieron tratamiento. Los resultados señalan que 11 sujetos completaron el tratamiento. Las 16 semanas de tratamiento produjeron un cambio significativo en la reducción de los síntomas de ansiedad social, así como la disminución del riesgo de recaer en una mayor depresión, cambios que se mantuvieron un año después de comenzado el tratamiento. Estos resultados coinciden con el estudio piloto de Baer y Garland (2005), quienes encontraron disminución de los síntomas de ansiedad social después de la aplicación de la TCC a un grupo de 12 adolescentes entre 13 y 18 años de edad.

En la misma línea de investigación y en la búsqueda de ofrecer soluciones al tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes, Miller y Feeny (2003), proponen adaptar la TCC para el tratamiento de la fobia social en edades tempranas. Se trató de un estudio del caso de una niña de 5 años de edad. En la investigación se modificaron muchas de las habilidades típicas que estaban incluidas en el entrenamiento de habilidades sociales por no ser significativas para esa edad. Se incorporó el entrenamiento de los padres para promover la generalización del tratamiento fuera de las sesiones y asegurar completar las tareas asignadas. Frente a la limitación de los cuestionarios que miden ansiedad social específica diseñados para niños de 8 años en adelante por Beidel, Turner y Morris (1995, c.p. Miller y Feeny, 2003) y LaGreca y Stone (1993, c.p. Miller y Feeny, 2003) utilizaron el reporte de los padres a través del MASC para conocer el funcionamiento del comportamiento emocional. Sugieren que los manuales de tratamiento deben ser una guía y no procedimientos rígidos. Invitan a los terapeutas a ser flexibles y creativos para adaptar el tratamiento a las necesidades particulares de cada paciente.

Por su parte, un grupo de investigadores entre los que se mencionan a Masia, Klein, Storch y Corda (2001) y McLoone, Hudson y Rapee (2006) proponen a la escuela como base para el tratamiento de la ansiedad social en niños y adolescentes. El primer grupo, evaluó la efectividad del tratamiento conductual fundamentado en la escuela en adolescentes que presentaban ansiedad social. La muestra estuvo conformada por 6 adolescentes con ansiedad social, quienes fueron tratados en 14 sesiones grupales conducidas

en la escuela. Los resultados apuntaron a que todos los participantes respondieron al tratamiento (en mayor o menor medida) y la mitad no fue diagnosticado con fobia social después del tratamiento. Pareciera que la efectividad obedece a que en la escuela se aborda la mayoría de las situaciones que generan ansiedad social en los adolescentes. Los segundos, revisaron los beneficios de tres programas dirigidos a las escuelas: Cool Kids, Friends and Skills for Social and Academia Success (SASS) y señalan que tanto los programas Cool Kids y Friends han tenido resultados efectivos para el tratamiento de los desórdenes de ansiedad mientras que el SASS se ha trabajado específicamente para abordar la fobia social. Sugieren incluir servicios de orientación psicológica en las escuelas para la prevención de la ansiedad de niños, adolescentes y adultos.

Todas estas investigaciones recogen los avances recientes en la necesidad de dirigir los esfuerzos a redimensionar el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes, por tratarse de un grupo etéreo que puede colocarse en situaciones de riesgo al adquirir trastornos secundarios, como el abuso de las sustancias psicoactivas y los trastornos afectivos. Su pronta identificación y prevención es tarea urgente a atender.

Conclusiones

En nuestra sociedad actual, la fobia social es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población siendo centro de interés por parte de los investigadores. Este comportamiento problemático cuya prevalencia en adultos ha variado considerablemente dependiendo de la variedad de instrumentos utilizados para su evaluación, es descrita como un temor marcado y frecuente ante la exposición a situaciones sociales desconocidas, en las que la persona se siente observada y evaluada por los demás (lo cual no necesariamente es así). Esta evaluación representa un resultado negativo y con consecuencias perjudiciales para sí mismo.

La fobia social fue abordada desde los estudios iniciales de Burton (1845, c.p. Olivares y Caballo, 2003), pasando por Janet (1903, c.p. Olivares y Caballo, 2003), quien la denominó «fobia de las situaciones sociales». Delimitada operativamente por Marks y Gelder, en 1966 (c.p. Olivares y Caballo, 2003), al abordarla como una nueva categoría diagnóstica y clínica. Finalmente, reconocida oficialmente en el año de 1980 por la APA (2000), como una entidad diagnóstica con significación clínica. En ese año, el DSM-III definió la fobia

social como un miedo excesivo e irracional a la observación al escrutinio por parte de los demás, en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar aseos públicos. Este concepto se modificó al incluir el subtipo «fobia social generalizada» porque se observó que la mayoría de los sujetos temían a más de una situación social. Asimismo, en esta edición se sugería el diagnóstico en conjunto de fobia social y trastorno de personalidad por evitación. Actualmente, el DSM-IV (2000) mantiene los criterios diagnósticos utilizados en la edición previa.

La Terapia Cognitivo-Conductual es un enfoque de terapia que la mayoría de las investigaciones señala como efectivo para el manejo de la ansiedad social. Entre los componentes de la TTC que han sido estudiados para el tratamiento de este trastorno, se encuentran: la exposición, la reestructuración cognitiva, la relajación aplicada, el EHS y la terapia de grupo Cognitivo-Conductual. A estos tratamientos se suma un grupo de investigaciones que trabajan desde la teoría y la práctica la Terapia Cognitivo-Conductual, con especial énfasis en la atención de niños y adolescentes. Estos estudios recomiendan la intervención en el ambiente educativo, la combinación de sesiones individuales y grupales, la formación de los docentes en la identificación temprana de los síntomas, el juego como recurso valioso, traducir y adaptar al español los programas de tratamientos más eficaces, el uso de manuales o protocolo de tratamientos que incluyan a los padres y sesiones de generalización con iguales, continuar ahondando en el estudio de las relaciones entre tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos y por último, la elaboración de programas preventivos «...que promuevan el desarrollo de habilidades de afrontamiento de las situaciones sociales y modifiquen factores ambientales de riesgo» (Olivares et al., 2003, p. 618).

Referencias bibliográficas

- AGUILAR, G. y ESPADA DEL VALLE, B. (2005). Terapia del juego cognitivo-conductual. En V. Caballo y M.A. Simón (coords.) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4ªed). Washington, DC: APA
- BAER, S. y GARLAND, J. (2005). «Pilot study of Community-Based Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents with Social Phobia». *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), pp. 258-264. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos Wilson Web.
- BAÑOS, R.M.; QUERO, S.; BOTELLA, C. y PERPIÑÁ, C. (2003). ¿Qué es la fobia social?. En C. Botella, R.M. Baños y C. Perpiñá (comps.) *Fobia social. Avances en psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. (pp.15-35). España: Paidós.
- BOTELLA, C.; BAÑOS, R.M. y PERPIÑÁ, C. (2003). Una propuesta para comprender la fobia social. En C. Botella, R.M. Baños y C. Perpiñá (comps.) *Fobia social. Avances en psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. (pp. 87-118). España: Paidós.
- BOTELLA, C.; BAÑOS, R.M. y PERPIÑÁ, C. (2003). Prólogo. En C. Botella, R.M. Baños y C. Perpiñá (comps.) *Fobia social. Avances en psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. (pp. 11-13). España: Paidós.
- CABALLO, V. (2005). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. (6ta ed.). España: Siglo XXI.
- CABALLO, V.; LÓPEZ-GOLLONET, C.; SALAZAR, I.; MARTÍNEZ, R. y RAMÍREZ-UCLÉS, I. (2006). «Un instrumento para la evaluación de la ansiedad/fobia social: El Cuestionario de Interacción Social para Adultos» (CISO-A). *Psicología Conductual*, 14(2), pp. 165-181.
- DOBSON, K. (1988). The Present and Future of the Cognitive-Behavioral Therapies. En K. Dobson (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford.
- FERDINAND, R.; BONGERS, L.; VAN DER ENDE, J. y VAN GESTEL, W. (2006). «Distinctions between separation anxiety and social anxiety in children and adolescents». *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), p. 1523. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.
- GRAMER, M. (2006). «Social anxiety and cardiovascular responses to active coping conditions». *Psychology Science*, 48(1), pp. 39-52. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

HAYWARD, C.; VARADY, S.; ALBANO, A.M.; THIENEMANN, M.; HENDERSON, L. y SCHATZBERG, A. (2000). «Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia in Female Adolescents: Results of a Pilot Study». *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), pp. 721-726. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos Wilson Web.

HOOK, J. y VALENTINER, D. (2002). «Are Specific and Generalized Social Phobias Qualitatively Distinct?». *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), pp. 379-395. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

KING, N.; HEYNE, D. y OLLENDICK, T. (2005). «Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Phobic Disorders in Children and Adolescents: A Review». *Behavioral Disorders*, 30(3), pp. 241-257. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

LUTEREK, J.; ENG, W. y HEIMBERG, R. (2003). «Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica». *Psicología Conductual*, 11(3), pp. 563-581.

MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICA DE LOS DESÓRDENES MENTALES (DSM-IV) (2000). [En línea]. Recuperado el 10 de febrero de 2007 de <http://www.cepvi.com/DSM/dsm59.shtml>

MASIA-WARNER, C.; KLEIN, R.; STORCH, E. Y CORDA, B. (2001). «School-Based Behavioral Treatment for Social Anxiety Disorder in Adolescents: Results of a Pilot Study». *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), pp. 780-786. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos Wilson Web.

MASIA-WARNER, C.; STORCH, E.; FISHER, P. y KLEIN, R. (2003). «Avances recientes y nuevas directrices en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social en jóvenes». *Psicología Conductual*, 11(3), pp. 623-641.

MCLOONE, J.; HUDSON, J. y RAPEE, R. (2006). «Treating Anxiety Disorders in a School Setting». *Education and Treatment of Children*, 29(2), pp. 219-242. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

MILLER, V. y FEENY, N. (2003). «Modification of Cognitive-Behavioral Techniques in the Treatment of a Five Year-Old Girl with Social Phobia». *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(4), pp. 303-319. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

OLIVARES, J.; ROSA, A.; CABALLO, V.; GARCÍA-LÓPEZ, L.; ORGILÉS, M. y LÓPEZ, C. (2003). «El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica». *Psicología Conductual*, 11(3), pp. 599-622.

OLIVARES, J. y CABALLO, V. (2003). «Presentación». *Psicología Conductual*, 11(3), pp. I-III.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2003). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10)*. España: Editorial Médica Panamericana.

OVERHOLSER, J. (2002). «Cognitive-Behavioral Treatment of Social Phobia». *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2-3), pp. 125-144. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

RECTOR, N.; KOCOVSKI, N. y RYDER, A. (2006). «Social Anxiety and The Fear of Causing Discomfort to Others: Conceptualization and Treatment». *Journal of Social Clinical Psychology*, 25(8), pp. 906-928. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

ROTH, D. y HEIMBERG, R. (2006). «Cognitive vulnerability to social anxiety». *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), pp. 755-778. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

ROWA, K. y MARTIN, A. (2005). «Psychological Treatments for Social». *Phobia. Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), pp. 308-316. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos ProQuest Psychology Journals.

SALABERRÍA, K. y ECHEBURÚA, E. (2003). «Dificultades clínicas y fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social». *Psicología Conductual*, 11(3), pp. 679-696.

WARREN, S.; UMYLNY, P.; ARON, E. y SIMMENS, S. (2006). «Toddler Anxiety Disorders: A Pilot Study». *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(7), pp. 859-866. Recuperado el 10 de febrero de 2007, de la base de datos Wilson Web.