



2008, 14(2-3), 289-303

PERSPECTIVAS COGNITIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO

Vidal Fernández, J., Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A.

Área Humana, Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría
Universidad Complutense de Madrid

Resumen: La fobia social es uno de los trastornos de ansiedad más discapacitantes y peor diagnosticados, presentando una prevalencia anual en la Unión Europea del 1.2%, algo mayor en mujeres que en varones. En la última década ha habido un importante avance de los modelos cognitivos para el estudio y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Se trata de modelos actuales que se centran en el cómo piensan los individuos con trastornos emocionales, más que en el qué. Desde el “miedo a la evaluación negativa” como el componente central de las formulaciones cognitivas en la etiología y mantenimiento de este desorden, los modelos han evolucionado hacia un más puro procesamiento cognitivo que subraya: (a) incrementada atención centrada en uno mismo, ligada al decremento de la observación hacia los demás y sus conductas –sesgo atencional-; (b) se hacen frecuentes inferencias excesivamente negativas acerca de cómo uno es visto por los demás –sesgo interpretativo-; (c) amplio uso de conductas abiertas y encubiertas de seguridad; y (d) procesamiento problemático antes y después de un evento social (Clark & Wells, 1995; Wells, 1997, 2000). Nuevas aportaciones empíricas muestran la superioridad de la terapia cognitiva frente a la exposición (Clark et al., 2006). A continuación presentamos un caso clínico de un varón de 28 años de edad, partiendo de una intervención cognitivo-conductual y basándonos fundamentalmente en modelos y técnicas cognitivas (Eysenck, 1997; Clark & Wells, 1995). Los resultados pre y postratamiento y la generalización de los objetivos terapéuticos muestran la eficacia del mismo.

Palabras Clave: fobia social, tratamiento cognitivo-conductual, modelos cognitivos, procesamiento de la información, experimento de caso único.

Abstract: Social phobia is one of the most disabling and poorly diagnosed anxiety disorders, presenting an annual prevalence of 1.2% in the European Union, somewhat higher in women than men. In the past decade, there has been a significant progress in cognitive models oriented towards the study and treatment of anxiety disorders. These new models focus on how, more than what, individuals with emotional disorders think. Models have evolved from “fear of negative evaluation”, as the central component of cognitive formulations in the aetiology and maintenance of this disorder, to a more purely cognitive processing that underlines: (a) increased self-focused attention linked to a decrease in the observation of others and their responses - attentional bias -; (b) frequent excessively negative inferences about how one appears to others are made - interpretative bias -; (c) extensive use of overt and covert safety behaviours, and (d) problematic pre- and post-social event processing (Clark & Wells, 1995; Wells, 1997, 2000). New empirical contributions indicate the superiority of cognitive therapy based on these cognitive processing models over exposure (Clark et al., 2006). We present a clinical case report of a 28-year-old man undergoing a cognitive-behavioural intervention essentially based on cognitive models and techniques (Eysenck, 1997; Clark & Wells, 1995). Comparison of pre and post-treatment results and generalization of objectives show therapeutic efficacy.

Key words: Social phobia, cognitive-behavioural treatment, cognitive models, information processing, single-case experiment.

Title: *Treatment of social phobia from a cognitive perspective: A case study*

La ansiedad social, como otras emociones, tiene una función adaptativa que permite

que las personas nos comportemos adecuadamente en las relaciones sociales, algo imprescindible en la sociedad actual. Esta ansiedad social adquiere una significación clínica cuando aumenta hasta tal punto que interfiere negativamente en nuestra vida cotidiana, en el plano personal, laboral, familiar y social (Echeburúa, 1993).

*Dirigir la correspondencia a
Julia Vidal Fernández
Área Humana
Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría
C/ Princesa, 3 dup. 502 28008 Madrid
jvidal@areahumana.com

© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

La fobia social se caracteriza por un fuerte temor a situaciones sociales, donde el individuo teme la evaluación negativa (Bados & Sanz, 2005) de los demás, ante la posibilidad de actuar de un modo embarazoso o de mostrar síntomas de ansiedad (Cano-Vindel & Espada-Largo, 2003; Peri & Torres, 1999). Puede estar delimitada a estímulos muy específicos –hablar en público (Orejudo-Hernández, Herero-Nivela, Ramos-Gascón, Fernández-Turrado & Nuño-Pérez, 2007), comer o beber en presencia de otros., etc.-; o, por el contrario, presentarse de forma generalizada ante numerosas situaciones sociales –conocer gente nueva, asistir a una reunión, acudir a una cita, etc.

La fobia social es considerada por algunos autores como el tercer trastorno psicológico más común (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002), por lo que se hace necesario el desarrollo de tratamientos cada vez más eficaces para abordar el problema. Hasta hace muy poco, en los tratamientos de la fobia social las técnicas de primera elección que se han considerado más eficaces han sido la exposición y el entrenamiento en habilidades sociales (Bados, 2001).

Este abordaje terapéutico está cambiando en los últimos años gracias a las aportaciones de las técnicas cognitivas (Ponniah & Hollon, 2008), que ofrecen una nueva perspectiva para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, etc.). Esta evolución comenzó con el modelo clásico de Beck (1976), sobre las creencias disfuncionales; hoy en día incluye los nuevos modelos basados en el procesamiento de la información de las emociones.

En el modelo de Beck (1976), los sesgos cognitivos, las creencias disfuncionales y los pensamientos irracionales, explicarían

la etiología y el mantenimiento de la fobia social (para una revisión al respecto véase Musa & Lepine, 2000).

Las teorías del procesamiento de la información aportan un nuevo enfoque, centrado en conocer cómo procesamos, más que en el qué procesamos. Algunas de estos modelos son: la teoría de los cuatro factores de la ansiedad de M. W. Eysenck (1997), el modelo de Rapee y Heimberg (1997) y el modelo de Clark y Wells (1995).

La teoría de Eysenck (1997), derivada de la teoría de la Hipervigilancia (Eysenck, 1992) predice que los sujetos con alto rasgo de ansiedad presentarán tres tipos de sesgos cognitivos: sesgos atencionales, sesgos interpretativos y sesgos de memoria. Tener sesgos cognitivos hacia determinadas fuentes de información (la actividad fisiológica, las conductas, las cogniciones y la estimulación ambiental), generarán cuatro de los principales trastornos de ansiedad. Así, los sesgos cognitivos hacia la activación fisiológica generará trastorno de pánico; hacia las cogniciones y pensamientos, el trastorno obsesivo-compulsivo; hacia los estímulos ambientales, la fobia específica y posiblemente el trastorno por estrés postraumático y un sesgo cognitivo sobre las propias acciones y conductas del sujeto, el trastorno por fobia social (Eysenck & Eysenck, 2007).

Según Eysenck (1999), la fobia social presenta un gran número de sesgos cognitivos, sobre los que destacan los sesgos atencionales e interpretativos, explicándose su mantenimiento por: (1) la búsqueda de conductas de seguridad que limita el feedback de su propia conducta social; y (2) la focalización de la atención sobre sus síntomas fisiológicos internos (sesgo atencional) y utilización de dicha información para inferir erróneamente cómo los demás les perciben (sesgo interpretativo).

En el modelo de Rapee y Heimberg (1997), se resaltan dos aspectos fundamentales en el mantenimiento de la ansiedad social: la representación mental de uno mismo (tal como el individuo presume que los demás lo ven), que se va formando en la experiencia social, y los estándares esperados de los otros (sus expectativas con respecto a lo que supuestamente los demás esperan de él). La discrepancia entre los dos determinaría la probabilidad percibida de ser evaluado negativamente, de sufrir las consecuencias sociales negativas y, por tanto, del grado de ansiedad alcanzado. La ansiedad (en su triple sistema de respuestas: cognitivas, fisiológicas y motoras) influye en la representación mental que el individuo mantiene de su apariencia y conducta (sesgo interpretativo); además el individuo atiende prioritariamente a la información negativa (sesgo atencional) y de esta forma se produce un círculo vicioso que retroalimenta el sistema.

El modelo cognitivo de fobia social de Clark y Wells (1995), está centrado en los sesgos atencionales, interpretativos y las conductas de seguridad. En este modelo, el miedo a la evaluación negativa explica cómo los sujetos con fobia social creen estar en peligro de ser evaluados negativamente por los demás (ver Figura 2). La percepción de una situación social como peligrosa hace que los fóbicos sociales centren su atención en los detalles de su conducta. Dicho sesgo provoca el incremento de la respuesta de ansiedad e interfiere con el procesamiento que el sujeto hace de la situación y de la conducta de la gente. Esta información interoceptiva es utilizada por los fóbicos sociales para llevar a cabo una valoración inadecuada y catastrofista de sus síntomas de ansiedad (i.e., fracaso de su actuación social) y para construir una imagen social negativa de sí mismos y de cómo los ven los demás.

Estos autores destacan el papel de las conductas de seguridad (C.S.) que utilizan las personas con fobia social (no mirar a los ojos, hablar en un tono de voz bajo, etc.) para reducir el riesgo de ser evaluados negativamente, y cómo éstas son las responsables del mantenimiento de las creencias negativas y la ansiedad, debido a que: 1) algunas C.S. exacerbaban los síntomas – coger con fuerza una taza aumenta el temblor-; 2) perjudican la interacción social – la pasividad o la realización de movimientos extraños pueden hacer parecer al sujeto como raro o menos amistoso-; 3) si no sucede la catástrofe esperada, se tiende a pensar que las C.S. han sido eficaces.

Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de un varón de 28 años de edad que, tras haber recibido con anterioridad varios tratamientos psico-farmacológicos, de exposición y de entrenamiento en habilidades sociales, acude a consulta con diagnóstico de fobia social. La intervención actual se ha centrado fundamentalmente en corregir y cambiar el contenido de sus cogniciones, así como la forma de procesar la información estimular. Basándonos en los modelos antes mencionados, aplicamos una terapia cognitivo-conductual y los resultados obtenidos se exponen a continuación.

Método

Identificación del paciente

L. S. es un varón soltero, de 28 años, nacido en una pequeña ciudad, con nivel socio-cultural y económico medio-alto. Cursa estudios de magisterio, tercer curso, en una universidad privada en Madrid. Es el menor de 3 hermanos varones.

Análisis del motivo de consulta

El paciente acude a consulta derivado por su psiquiatra. Según refiere, quiere “conseguir estar tranquilo en clase, sin miedo a que le pregunten, a bloquearse cuando

habla o a sudar”. Dice tener miedo a todo lo que hace.

Informa de altos niveles de ansiedad ante los exámenes o situaciones de prueba, cuando tiene que hacer alguna compra, entrar en un bar y hablar o cenar con alguien.

Los principales síntomas que presenta a nivel cognitivo son, inseguridad, sensación de inferioridad, pensamientos anticipatorios negativos y falta de concentración; a nivel fisiológico, tensión y sudoración; a nivel motor, evitación de numerosas situaciones y tartamudez. En general muestra numerosas preocupaciones relacionadas con la estética y hace un gran esfuerzo por mostrarse impoluto ante los demás.

Historia del problema

El problema de L.S. se inició cuando tenía 13 años. “Tenía miedo a leer en público, en clase, por si mis compañeros se reían de mí, y empecé a evitar estas situaciones”. Tiene un problema de tartamudez funcional que ha contribuido al inicio del problema, pero el paciente refiere que son las evitaciones que mantiene desde entonces, y la sobreprotección de su familia, lo que contribuye a que siga evitando y, por tanto, manteniendo el problema.

Desde pequeño era tímido y le costaba relacionarse con personas que no conocía bien, evitaba ir a clase, o si iba, decía no tener hechas las tareas para no tener que hablar delante de sus compañeros. Refiere haber tenido una infancia muy feliz, sin otros problemas reseñables. En cuanto a antecedentes familiares, destacamos que uno de sus hermanos presenta un trastorno de ansiedad. Desde los 14 años, ha estado acudiendo a distintos psicólogos, un logopeda y diferentes psiquiatras. Inició cuatro tratamientos psicológicos diferentes, de un año de duración aproximadamente cada uno, cuando tenía 15, 17, 24 y 26 años. De los dos primeros no tiene un recuerdo claro de lo que se trató en ellos; cree que trabajó

técnicas de estudio y técnicas de relajación. En los dos últimos tratamientos, fue tratado por un problema de fobia social. Estos tratamientos se centraron en técnicas de exposición y entrenamiento en habilidades sociales. El paciente refiere que mejoró algo con ellos.

Acudió durante un año al logopeda, para corregir su problema de tartamudez. Con 24 años, L.S. inició un tratamiento farmacológico a base de alprazolam, paroxetina y propranolol, con los que continúa actualmente.

Ha tenido un desarrollo tanto personal como académico marcado por la inseguridad, la ansiedad y las evitaciones, lo que le han llevado a un cierto fracaso escolar (a pesar de su capacidad intelectual), que se ha traducido en una gran demora en el desarrollo de sus estudios. Inició estudios de arquitectura, que abandonó por creer que carecía de la capacidad necesaria para estudiar esa carrera. Posteriormente, decidió trasladarse a Madrid y comenzó estudios de magisterio.

L.S. tiene muy buena relación con su familia. En cuanto a las relaciones sociales, aunque tiene algunas amistades, tiende a pasar mucho tiempo solo, evitando relacionarse de forma más asidua con las mismas por la necesidad subjetiva de mostrarse “perfecto” ante los demás.

Las expectativas que L.S. tiene sobre su problema, es que nunca conseguirá estar bien, y esto afecta de forma negativa a su estado emocional y determina su comportamiento.

Selección de las técnicas de evaluación

Tras la entrevista semi-estructurada, se seleccionaron y aplicaron las siguientes pruebas e instrumentos de evaluación:

1. Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994). Este inventario

nos ofrece una medida de ansiedad total o rasgo de ansiedad, la medida de ansiedad en los tres sistemas de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor) y otras cuatro medidas de las áreas situacionales: ansiedad de evaluación, interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante la vida cotidiana.

Las puntuaciones obtenidas muestran un nivel de ansiedad rasgo severo, con un centil 80. A nivel Cognitivo (centil 95), presenta ansiedad severa que se refleja en pensamientos distorsionados, destacando la preocupación, falta de concentración y dificultad en la toma de decisiones; a nivel Fisiológico (centil 80) se destaca una alta actividad del Sistema Nervioso Autónomo Simpático (SNA), con sudoración y palpitaciones; a nivel Motor (centil 35), presenta unos niveles muy bajos de ansiedad, dato que analizaremos en la discusión.

En cuanto a los rasgos específicos, las puntuaciones obtenidas son las siguientes: en F-I, ansiedad ante la evaluación, presenta ansiedad severa (centil 95); en F-II o ansiedad interpersonal (centil 85) muestra un nivel marcado de ansiedad ante situaciones que impliquen una relación directa con otras personas, elevándose la puntuación ante situaciones en las que debe conocer gente nueva; en F-III o ansiedad fóbica (centil 45) presenta un nivel de ansiedad medio ante estímulos fóbicos; y en F-IV, ansiedad ante situaciones cotidianas (centil 90), se corresponde con un nivel severo de ansiedad al realizar sus actividades diarias.

El perfil de respuestas obtenido en el ISRA coincide con otros estudios publicados sobre perfiles diferenciales en los trastornos de ansiedad, en los cuales se observan niveles altos de ansiedad de evaluación, niveles severos de ansiedad interpersonal, niveles medios o bajos para ansiedad fóbica y puntuaciones altas para ansiedad cotidiana (véase una revisión al respecto en Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1995).

2. Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; adaptado por Vázquez y Sanz, 1997)

La puntuación directa obtenida ha sido de 6, con una puntuación centil de 60, siguiendo los baremos españoles de Vázquez y Sanz (1997), lo que indica un grado moderado de síntomas depresivos.

3. Inventario de la Actividad Cognitiva en los trastornos de Ansiedad, subescala para la Fobia Social (IACTA; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001). Las puntuaciones directas, 66 sobre 80, muestran una elevada actividad cognitiva relacionada con sus miedos. Los baremos en población española de esta prueba están en proceso de validación.

Análisis y descripción de las conductas problema

El paciente presenta numerosas conductas problema, fundamentalmente miedos, sesgos cognitivos y conductas evitativas. Pasamos a exponerlas más detalladamente a continuación:

- Pensamientos anticipatorios de evaluación negativa del entorno en situaciones concretas (i.e., comer y beber en público, ruborizarse o sudar delante de alguien); sobre situaciones sociales en general (i.e., conocer a alguien, iniciar y mantener una conversación, participar en grupos, acudir a una reunión social).
- Sesgos atencionales centrados en su conducta en situaciones sociales.
- Sesgos interpretativos que dotan de amenaza a los estímulos ambiguos o neutros (i.e., miradas, temblor, etc.)
- Pérdida importante de actividades sociales reforzantes.
- Evitaciones sociales y aislamiento social (i.e., no salir con amigos o compañeros de clase)
- Evitaciones conductuales (i.e., pedir en un bar, solicitar información, coger un taxi,

hacer una petición a alguien, presentarse a exámenes)

- Conductas de seguridad (i.e., decir que no sabe dónde está una calle para no hablar, evitar el contacto ocular)
- Pensamientos negativos sobre sí mismo (“soy torpe, no sé expresarme...”), que a veces atribuye a los demás (“piensan que soy torpe, inepto”), y anticipaciones negativas (“me bloquearé, me rechazarán, haré el ridículo...”)
- Inhibición en el uso de sus habilidades sociales (no hacer o responder a críticas de forma asertiva, dificultades para saber decir no o expresar emociones).
- Presencia de una alta activación fisiológica
- Conductas perfeccionistas (i.e., elevados estándares personales, limpieza, orden, aspecto físico, estudio, etc.)

Hipótesis explicativa

A continuación presentamos el modelo explicativo y análisis funcional del caso en forma de diagrama de flujo (ver Figura 1).

Diagnóstico Clínico

Según criterios DSM-IV-TR (APA, 2004) y siguiendo la evaluación multiaxial, el paciente cumple todos los criterios para un diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23] generalizada en el eje I; sin diagnóstico en los ejes II y III; problemas de identidad (elección de profesión) en el eje IV y una evaluación general de actividad -EGA- de 50 en el eje V, lo que indica síntomas graves.

Objetivos del tratamiento

- Comprender el origen y mantenimiento de su problema: modelo explicativo.
- Psicoeducación: información sobre las emociones, los procesos de aprendizaje (condicionamiento clásico y operante), el efecto de los procesos cognitivos en la

emoción (pensamientos automáticos negativos, creencias irracionales, el papel de los sesgos cognitivos) y comprender su procesamiento de la información.

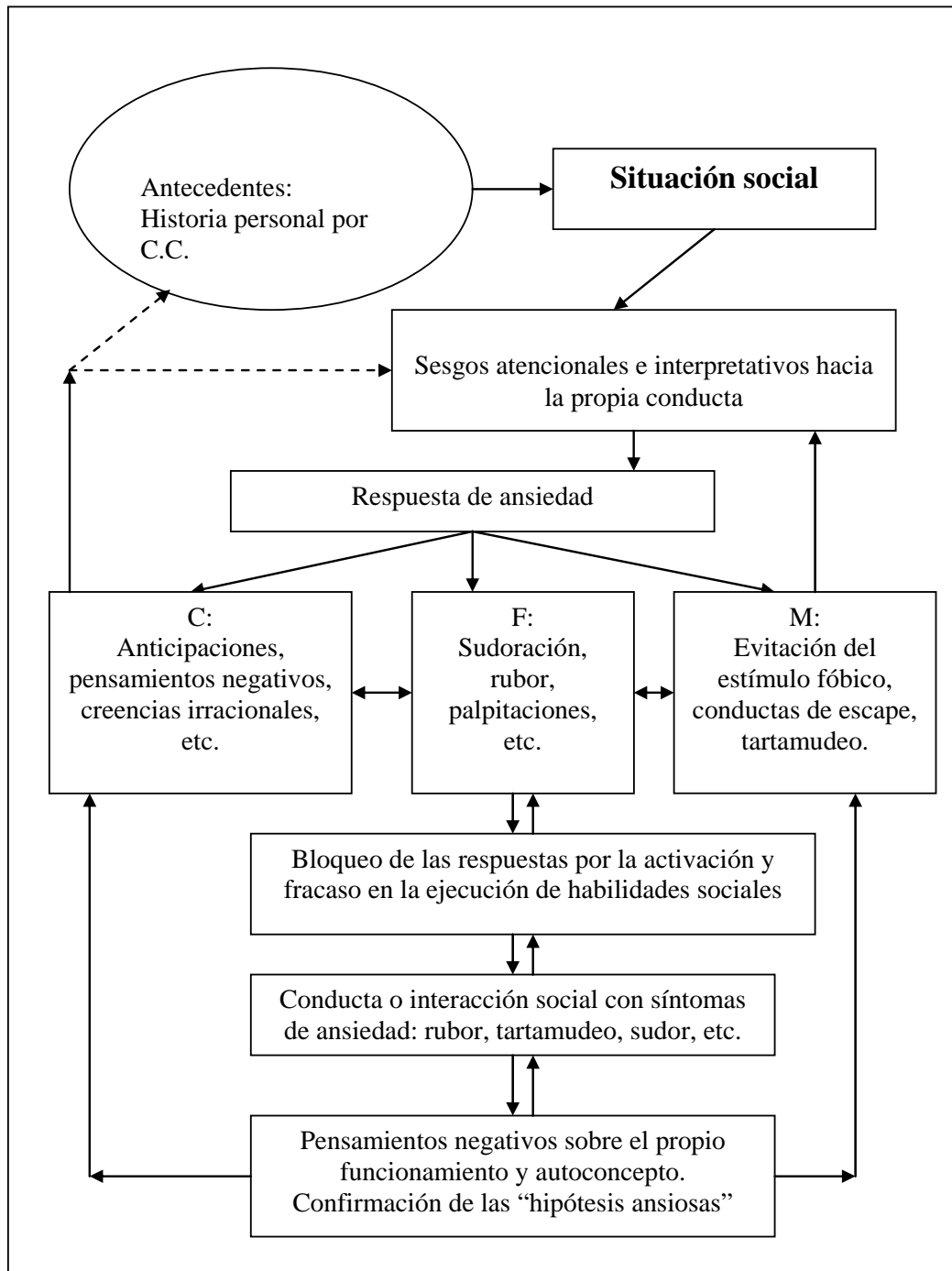
- Disminuir la alta activación fisiológica.
- Reducir los sesgos atencionales e interpretativos hacia su comportamiento en las interacciones sociales.
- Eliminar las valoraciones negativas acerca de su ejecución social.
- Cambiar la representación mental de él mismo en situaciones sociales y sus expectativas con respecto a lo que supuestamente los demás esperan de él (Rapee & Heimberg, 1997; Wells, Clark, & Ahmad, 1998).
- Eliminar las evitaciones y conductas de seguridad.
- Incrementar la actividad social y la tasa de refuerzos.

Aplicación del tratamiento

El programa de intervención constó de las siguientes técnicas de tratamiento cognitivo-conductual: psicoeducación, reestructuración cognitiva (Clark et al., 2006) (ver Figura 2), entrenamiento en solución de problemas (Fernández-López & Iruarizaga, 2005), entrenamiento en respiración abdominal y en relajación muscular progresiva de Jacobson (González-Ordi, 1997), planificación de actividades gratificantes, entrenamiento en asertividad y técnicas de exposición gradual en vivo (ver Tabla 1).

En la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual, cabe destacar la especial mención de los procesos cognitivos y cómo éstos median en la respuesta de ansiedad. Después de una intervención en educación emocional (las funciones que cumplen las emociones, el triple sistema de respuestas y la conducta emocional aprendida), desde los principios del aprendizaje, se pasó a trabajar progresivamente el caso mediante técnicas de reestructuración cognitiva (R.C.).

Figura 1. Hipótesis explicativa del caso



Las primeras sesiones se dedicaron a profundizar en los modelos teóricos y explicativos de la respuesta de ansiedad. Se hizo especial hincapié en los efectos cognitivos que tenían las principales “conductas de seguridad”. Además, se dedicó una pequeña parte de las sesiones a las técnicas del control de la activación para que sus respuestas fisiológicas fueran disminuyendo.

La aplicación de la R.C. se debía centrar en el contenido de los pensamientos en una primera fase y en el tipo de procesamiento de la información en una segunda fase; de modo que en las primeras sesiones de RC se trabajaron los procedimientos propuestos por Beck (1979), combinando la explicación de los modelos cognitivos con la necesidad de modificar el contenido problemático de los propios pensamientos.

En una segunda fase y siguiendo el modelo de Eysenck (1997, 1999) se centró la R.C. en el tipo de procesamiento de la información emocional, esto es, en el cambio de los sesgos atencionales hacia las principales fuentes de información (i.e., instrucciones en centrar su atención en la tarea

mientras expone una idea o habla en público, en lugar de centrarla en su ejecución) y en el cambio o eliminación de los sesgos interpretativos, esto es, la tendencia a interpretar o percibir una amenaza ante estímulos ambiguos o neutros (i.e., una mirada o un silencio es interpretado como peligro, el rubor y el sudor de la piel es interpretado como un indicador de “torpeza” o “suciedad”, respectivamente).

Una vez trabajados estos elementos cognitivos, se pasó a explicar el modelo de Rapee y Heimberg (1997). Se modificaron dos aspectos fundamentales en el mantenimiento de la ansiedad: la representación mental de uno mismo y las expectativas que supuestamente los demás tienen acerca de uno.

En una última fase de R.C. se emplearon los conocimientos aportados por Clark y Wells (1995). L.S. cree estar en peligro de ser evaluado negativamente por los demás (ver Figura 2). Esto hace que ponga su atención en los detalles de su conducta. Este sesgo provoca el incremento de la respuesta de ansiedad e interfiere con el correcto procesamiento de lo que hace. Esta información interoceptiva era utilizada por

Figura 2. Modelo cognitivo de la fobia social. Clark y Wells (1995).

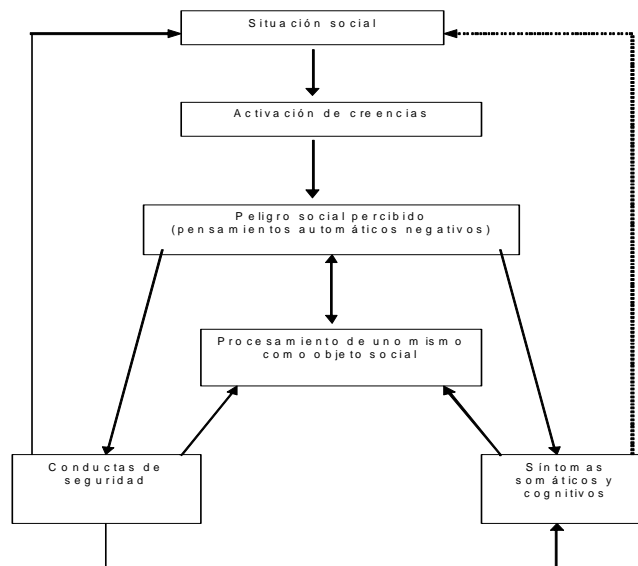


Tabla 1. Planificación del tratamiento

SESIONES	TÉCNICAS DE TRATAMIENTO
1-3	Evaluación clínica y modelo explicativo individualizado
4-5	Intervención psico-educativa
6-8	Reestructuración Cognitiva (R.C.) y Autorregistros
9-10	Planificación de Actividades gratificantes
11-14	Respiración Abdominal, Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, R.C. y Exposición
15 - 17	Entrenamiento en Asertividad, R.C. y Solución de Problemas.
18 - 29	Intervención cognitiva en la fobia social: <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del origen y mantenimiento el problema - Reestructuración Cognitiva: modificación de sus pensamientos negativos distorsionados (habilidades personales, consecuencias de los síntomas y las críticas) y anticipaciones negativas. R.C. sobre los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> - Sesgos atencionales e interpretativos. - Evitaciones y Conductas de Seguridad. - Explicación y aplicación del Modelo de Clark y Wells a sus conductas sociales concretas: conceptualización y socialización. - Exposición no programada ni graduada (identificación de las situaciones que evita) - Exposición programada o ensayos conductuales - Autorrefuerzo
30 - 31	R.C. completa sobre los repertorios básicos de conducta (RBC), perfeccionismo, alto nivel de exigencia.
32	Repaso general de técnicas y evaluación postratamiento.

L.S. para construir una imagen social negativa de sí mismo. Se trabajó en la consulta, con el modelo que proponen estos autores, entrenando al paciente en el uso de auto-registros con el formato del modelo, para que en cada situación “peligrosa” pudiese identificar todos los elementos del modelo implicados en cada situación.

El tratamiento mediante exposición no se realizó de forma programada y estructurada por la dificultad existente en este tipo de trastornos (ver una revisión al respecto en Echeburúa, 1993) y se fue aplicando en forma de ensayos conductuales que hicieron de la técnica un “experimento cognitivo” para cambiar sus “hipótesis ansiosas” y validar otro tipo de cogniciones más realistas.

El tratamiento no ha finalizado en la actualidad, aunque debido a la mejoría subjetiva y objetiva que observamos progresivamente en cada sesión, se han comenzado a distanciar las sesiones (quincenalmente). En breve, se ha planificado realizar tres sesiones de prevención de recaídas, en las que se darán aspectos de repaso general de las técnicas de tratamiento y de los modelos cognitivos de la ansiedad, la distinción entre “caídas” y “recaídas”, y un plan de acción en el caso de darse las mismas.

Presentamos a continuación la evaluación pretratamiento y una evaluación intermedia, durante el tratamiento (casi al final), ya que no se ha finalizado la intervención.

Resultados

Los resultados de L.S. muestran una clara disminución de los niveles de ansiedad en su triple sistema de respuestas (excepto a nivel motor, cuya puntuación era baja en la evaluación pretratamiento) y en el rasgo general de ansiedad, así como en las áreas situacionales, evaluadas por el ISRA (ver Gráfico 1).

En relación a la actividad cognitiva mostrada en la fobia social y evaluada por el IACTA, el paciente muestra una importante reducción del 34,8% en sus sesgos atencionales e interpretativos, así como de la visión que tiene sobre sus ejecuciones en situaciones sociales y de las expectativas que los demás tienen acerca de él (ver Gráfico 2).

En cuanto a su nivel de depresión general, el cual ya partía de niveles medios evaluados por el BDI, en la actualidad muestra también una clara reducción y mantenimiento de su estado afectivo, con ausencia de síntomas depresivos, habiendo pasado de un centil 60 a una puntuación centil de 25 (ver Gráfico 3).

En sus respuestas cognitivas, ya no se observan sesgos atencionales hacia su propio comportamiento y ejecución cuando se encuentra en una situación social; y por otro lado, ya no presenta sesgos interpretativos hacia la estimulación ambigua o neutra, es decir, no interpreta peligro o amenaza cuando detecta un estímulo ambiguo como su rubor facial, su sudoración o los silencios que pueden darse en una interlocución. Además, las valoraciones cognitivas acerca de su ejecución social, después de haberse expuesto, y sus creencias meta-cognitivas de fracaso ya no aparecen. Otro factor importante a resaltar es que sus expectativas acerca de las relaciones sociales, de las interacciones sociales y de lo que los demás esperan de él, han cambiado considerablemente, reduciendo así su actividad cognitiva relacionada con su ansiedad social.

En cuanto a sus respuestas fisiológicas de ansiedad, ya no se ruboriza ni suda en exceso (probablemente porque no presta atención a sus sensaciones corporales, les ha restado importancia y ya no son una amenaza) y sus palpitations y respiración

Gráfico 1. Comparación pre-post del nivel de ansiedad

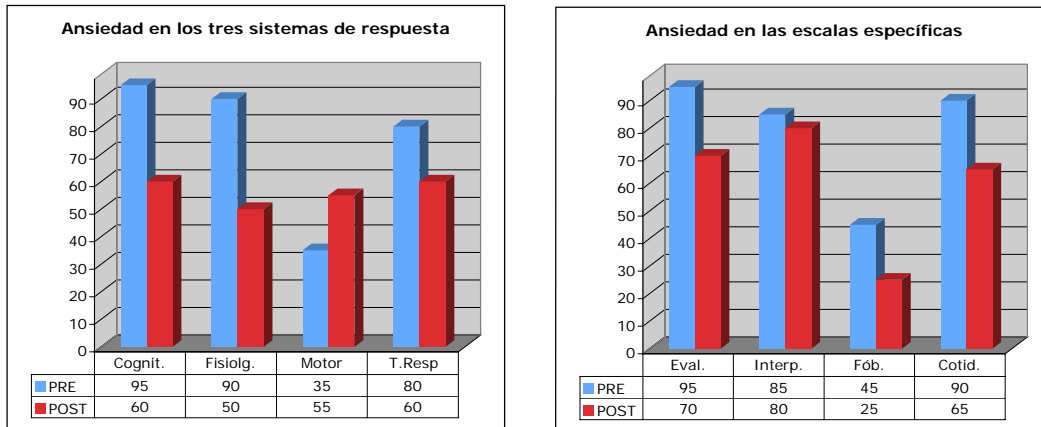


Gráfico 2. Comparación pre-post de la actividad cognitiva

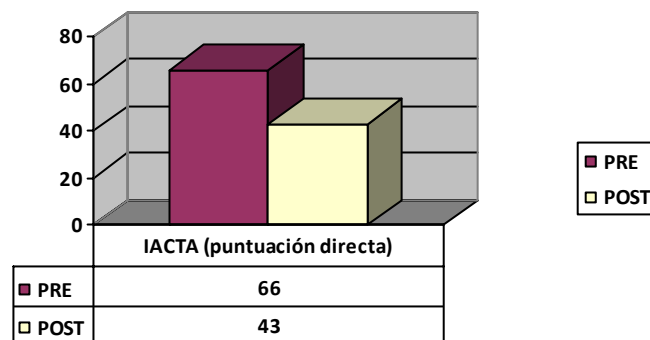
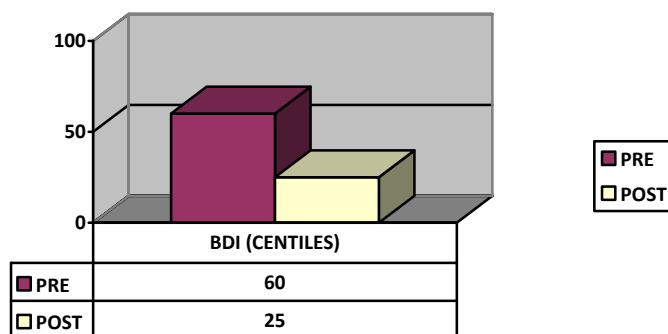


Gráfico 3. Resultados pre y post en el BDI con baremos españoles



entrecortada han disminuido notablemente gracias al entrenamiento en técnicas de desactivación y al cambio de sus sesgos atencionales e interpretativos.

En lo referente a las respuestas motoras o conductuales de la ansiedad, L.S. ha dejado casi por completo de tartamudear y de evitar situaciones “potencialmente desagradables”. Los experimentos conductuales han facilitado el acercamiento a las interacciones sociales, en lugar de provocar el escape que antes se daba. Además, no presenta conductas de seguridad, porque según refiere, “no hay nada peligroso por lo que deba estar alerta y evitar”.

Discusión

Lo primero que podemos concluir es la eficacia mostrada del tratamiento propuesto y la recuperación observada (no evita ninguna situación, se relaciona con compañeros, amigos y gente nueva, participa en clase, etc.) y cuantificada del caso (diferencias pre-post en ansiedad en el triple sistema de respuesta y en situaciones de evaluación e interpersonal, actividad cognitiva, etc.). Por tanto, hemos podido comprobar la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales más actuales en la fobia social, en consonancia con lo que se encuentra en las revisiones más recientes de la literatura científica (Ponniah & Hollon, 2008).

Un dato a analizar son los resultados en ansiedad motora, ya que han sufrido un incremento en sus puntuaciones centiles (35 a 55) según las medida post-tratamiento. La explicación radica en el hecho de que al evitar prácticamente cualquier situación, el paciente no tenía la oportunidad de experimentar su ansiedad motora, algo que ha empezado a suceder tras el inicio del tratamiento.

Uno de los papeles más relevantes en nuestro caso era la presencia de fuertes sesgos y valoraciones cognitivas inapro-

piadas en la respuesta de ansiedad. Como indican trabajos recientes en los que se estudia la fobia social y su característico procesamiento de la información (Clark et al., 2006; Clark et al., 2003; Clark & McManus, 2002; Rapee & Abbott, 2006, , 2007; Rapee & Heimberg, 1997), los tratamientos deben centrarse en modificar las creencias metacognitivas (Wells & Papageorgiou, 2001) y los sesgos cognitivos frecuentes en dicho trastorno, y no en la exposición programada y los entrenamientos en habilidades sociales como medida principal o nuclear en nuestras intervenciones (Ponniah, & Hollon, 2008).

Según recientes investigaciones, uno de los principales factores que participa en la génesis de la fobia social son las distorsiones cognitivas (Rapee & Spence, 2004) y los tratamientos más eficaces para la fobia social incluyen la terapia cognitiva y la exposición (Ponniah & Hollon, 2008; Wells & Papageorgiou, 2001). Basándonos en los modelos recientes de la fobia social, incluso una breve terapia cognitiva tiene un potente efecto sobre todas las medidas de ansiedad (Wells & Papageorgiou, 2001). Estos datos parecen ir en la dirección de que las técnicas de exposición, deben aparecer en nuestros tratamientos para la fobia social, pero no únicamente y no de forma programada, sino más bien, como experimentos conductuales que forman parte de un tratamiento cognitivo y ayudan a refutar las “hipótesis ansiosas” y las creencias de falta de control de los individuos con este trastorno.

Algunos autores (Echeburúa, 1998), consideran que las técnicas de exposición tienen una serie de limitaciones que pueden restarle eficacia a la intervención en casos como éste. Estas son: la complejidad de las situaciones a la que se expone por la presencia en ellas de otras personas; factores como el carácter variable e impredecible de las situaciones sociales, que dificulta

enormemente la programación graduada; la escasa duración de las situaciones a las que se expone (i.e., pedir algo en una cafetería, contestar a una pregunta en clase) que impide exposiciones largas, siendo éstas las más efectivas. Pero, además, quizás el mayor problema es utilizar la exposición sin dar la posibilidad de que pueda integrar correctamente esa experiencia; es decir, sin que el paciente tenga un modelo cognitivo adecuado de la ansiedad social y un entrenamiento en su capacidad para observar y corregir sus sesgos cognitivos ante situaciones sociales. Es por esto también, que las técnicas cognitivas deben estar más presentes en nuestras intervenciones clínicas.

En cuanto al entrenamiento en habilidades sociales - aunque sólo sería necesario cuando el paciente carece de las habilidades instrumentales básicas - hay poca evidencia científica sobre su eficacia en la fobia social (Ponniah, & Hollon, 2008), algo que podría ser debido, en parte, a que este tipo de entrenamiento implica exponerse a situaciones temidas (Salaberría & Echeburua, 2003) y muchas veces se ha usado sin tener en cuenta que en realidad el paciente probablemente sí tiene habilidades sociales, pero no las puede poner en práctica por sus temores, hasta que no se lleva a cabo una intervención cognitiva que elimine estos temores.

En estudios controlados, cuando se compara la terapia cognitiva (TC) con la exposición más técnicas de relajación (ETR) y la lista de espera, se ha encontrado que la TC y la ETR, son más potentes que la lista de espera; pero la TC produce una mayor mejoría que la ETR y los porcentajes de pacientes que dejan de cumplir criterios diagnósticos para este trastorno es el siguiente: 84% para la TC, 42% para la ETR y 0% en lista de espera. Tras un año de seguimiento, los resultados se mantienen y es más probable que los pacientes tratados con ETR hayan buscado un trata-

miento adicional, por lo que la TC parece ser más eficaz que el resto de las técnicas estudiadas (Clark et al., 2006). Esta eficaz TC no excluye cierto grado de exposición, como parte de la intervención cognitiva, frente a la exposición en sí misma. En una reciente revisión sobre las intervenciones psicológicas empíricamente validadas en la fobia social se ha comprobado que la terapia cognitivo-conductual que incluye reestructuración cognitiva y exposición a situaciones sociales temidas y evitadas en forma de experimentos conductuales, resultó ser un tratamiento eficaz y específico de la fobia social, siendo el tratamiento psicológico de elección para la fobia social.

La ineficacia de los tratamientos aplicados anteriormente a L.S. generaba inicialmente expectativas negativas sobre la solución a su problema, incertidumbre y elevaba más su ansiedad. Esto se debe, en gran parte, a un largo devenir de intervenciones que resultaron ineficaces (quizá por no incidir en aspectos claves como la intervención cognitiva, que hoy en día tiene una base empírica demostrable). Al comienzo de la intervención sustituir por, cuando se da este caso de intervenciones previas fallidas, ello es sin duda un problema, siendo imprescindible cambiar las expectativas negativas lo antes posible. Afortunadamente, los datos de la literatura científica sobre los resultados del tratamiento psicológico de la fobia social son de gran ayuda para producir este cambio.

Consideramos por tanto fundamental, la aplicación de las mejores y más eficaces técnicas que reduzcan el peregrinaje de estos pacientes o el abandono de las terapias. Aún así, se deberá esclarecer la eficacia real de las técnicas cognitivo-conductuales, con más estudios controlados para poder confirmar los datos encontrados sobre la eficacia superior de las técnicas cognitivas sobre las de exposición y relajación.

En nuestro estudio hemos encontrado datos sobre la eficacia de la terapia fundamentalmente cognitiva con componentes conductuales, pero las limitaciones a la hora de generalizar los resultados, al tratar-se de un caso único, son claras.

Artículo recibido: 03-08-2008
aceptado: 16-10-2008

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antona, C. A., Salgado, A., & García-López, L. J. (2007). Efectos de la exposición y de la reestructuración cognitiva sobre la reactividad y la habituación de la tasa cardiaca de jóvenes adultos con fobia social. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 191-202.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A., & Sanz, P. (2005). Validation of the Revised Test Anxiety Scale and the FRIEDBEN Test Anxiety Scale in a Spanish sample. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 163-174.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Madison, CT: International University Press.
- Beck, A. T., Rusch, A. J., Shaw, B. R. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *2*, 525-532.
- Cano-Vindel, A. & Espada-Largo J. (2003). Fobia Social y fobia simple: diferencias y similitudes en las manifestaciones clínicas. *Ansiedad y Estrés*, *9*, 49-57.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, *74*, 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, *71*, 1058-1067.
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry*, *51*, 92-100.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia Social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The Cognitive Perspective*. London: Lawrence, Erlbaum Associates Ltd.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. London: Psychology Press.
- Eysenck, M. W. (1999). Cognitive biases in social phobia. *Ansiedad y Estrés*, *5*, 275-284.
- Eysenck, M. W. & Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 283-289.
- Fernández-López, V., & Iruarrizaga, I. (2005). Intervención psicológica en la toma de decisiones: un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 291-301.
- González-Ordi, H. (1997). El proceso de la relajación: aspectos antecedentes, mediadores y consecuentes de las técnicas de tensión-distensión, respiración y sugestión. *Ansiedad y Estrés*, *3*, 155-175.
- Miguel-Tobal, J. J. & Cano-Vindel, A. R. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, *1*, 37-60.
- Musa, C. Z., & Lepine, J. P. (2000). Cognitive aspects of social phobia: a review of theories and experimental research. *Eur Psychiatry*, *15*, 59-66.
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry*, *51*, 44-58.
- Orejudo-Hernández, S., Herero-Nivela, M. L., Ramos-Gascón, T., Fernández-Turrado, T., & Nuño-Pérez, J. (2007). Evolución del miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. Predictores de cambio a lo largo de un curso académico. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 89-102.

- Peri, J.M. & Torres, X. (1999). Modelos cognitivos y trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5, 285-298.
- Poniah, K., & Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med*, 38, 3-14.
- Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2006). Mental representation of observable attributes in people with social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 37, 113-126.
- Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2007). Modelling relationships between cognitive variables during and following public speaking in participants with social phobia. *Behav Res Ther*, 45, 2977-2989.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev*, 24, 737-767.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Coords.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I (pp. 271-285). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: Wiley
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. London: Wiley.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 74, 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 71, 1058-1067.
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry*, 51, 92-100.
- Musa, C. Z., & Lepine, J. P. (2000). Cognitive aspects of social phobia: a review of theories and experimental research. *Eur Psychiatry*, 15, 59-66.
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry*, 51, 44-58.
- Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2006). Mental representation of observable attributes in people with social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 37, 113-126.
- Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2007). Modelling relationships between cognitive variables during and following public speaking in participants with social phobia. *Behav Res Ther*, 45, 2977-2989.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev*, 24, 737-767.
- Wells, A., Clark, D. M., & Ahmad, S. (1998). How do I look with my minds eye: perspective taking in social phobic imagery. *Behav Res Ther*, 36, 631-634.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behav Res Ther*, 39, 713-720.