



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades  
Carrera Licenciatura en Psicología

Abordajes cognitivo-conductuales para  
fobia social

N° 871                  Florencia Silvia Yacachury

Tutora: Lic. Mercedes Mazzulla

Departamento de Investigaciones  
Fecha defensa de tesina: 9 de septiembre de 2015

Universidad de Belgrano  
Zabala 1837 (C1426DQ6)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina  
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533  
e-mail: [invest@ub.edu.ar](mailto:invest@ub.edu.ar)  
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>



## ÍNDICE

ABSTRACT .....	5
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
Presentación del tema.....	6
Problemática y preguntas de investigación .....	6
Relevancia del tema .....	7
Justificación del tema .....	7
Objetivos generales.....	7
Objetivos específicos.....	7
Alcances y límites del trabajo.....	7
Estado del arte .....	8
Marco teórico.....	8
Desarrollo metodológico.....	10
<b>CAPÍTULO 1: LA FOBIA SOCIAL</b>	
1.1 Conceptualizaciones, características y tipos de fobia social .....	11
1.2 Aspectos etiopatogénicos .....	12
1.3 Curso, pronóstico y epidemiología .....	12
1.4 Trastorno incapacitante .....	14
1.5 Comorbilidad y diagnóstico diferencial .....	14
<b>CAPÍTULO 2: MODELOS COGNITIVOS EXPLICATIVOS DE LA FOBIA SOCIAL</b>	
2.1 Modelo de Barlow .....	16
2.2 Modelo de Clarks y Wells .....	17
2.3 Modelo de Rapee y Heimberg .....	19
2.4 Modelo de Botella, Baños y Perpiña.....	21
<b>CAPÍTULO 3: POSIBLES ABORDAJES Y TRATAMIENTOS</b>	
3.1 ¿Qué son las TCC? .....	22
3.2 El gran abanico de las técnicas cognitivo-conductuales .....	22
3.3 Técnicas de exposición .....	24
3.4 Reestructuración cognitiva .....	26
3.5 Eficacia de las TCC .....	28
<b>CONCLUSIONES</b> .....	30
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	32



## ABSTRACT

La Fobia social pasó a ser considerada como uno de los trastornos mentales con mayor frecuencia de aparición en la población, teniendo una prevalencia entre un 3% y un 13% según estudios epidemiológicos.

El objetivo de esta revisión es realizar un análisis crítico de la efectividad de las principales opciones de tratamiento de la fobia social, valorando específicamente las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas: las técnicas de exposición y la reestructuración cognitiva. Para ello se presenta, inicialmente, los aspectos descriptivos fundamentales de la Fobia social, teniendo en cuenta los aportes de Fernández Álvarez (2008) y los criterios de diagnóstico de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, incluyendo a su vez, el pronóstico, comorbilidad, impacto y consecuencias en la esfera biopsicosocial del paciente con ansiedad social. También se incluyen los grandes modelos cognitivos explicativos de la fobia social, para una mayor comprensión y futura guía de planificación de tratamientos.

Se concluye que los tratamientos donde se incluyen la combinación de las técnicas de exposición y la reestructuración cognitiva son las opciones terapéuticas que cuentan con el mayor respaldo empírico en términos de efectividad, evitación de efectos iatrogénicos y medidas de seguimiento.

**Palabras claves:** Fobia social, tratamiento, ansiedad, técnicas cognitivo-conductual, exposición, reestructuración cognitiva.

## INTRODUCCIÓN

### Presentación del tema

En la siguiente tesina se realizará una identificación de los aportes que brindan las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas para el abordaje de uno de los trastornos de ansiedad: la fobia social o también conocida como trastorno de ansiedad social.

*“El Trastorno por Ansiedad/Fobia Social (TAS) se integra en el espectro de los trastornos de ansiedad, centrándose en el miedo a la evaluación negativa que puede experimentar una persona en distintas situaciones de relación/actuación social”*(Olivares, 2009, p. 234). *“Estas situaciones hacen que la persona se sienta insegura, experimentando sensaciones muy intensas y desagradables que terminan interfiriendo de modo significativo en su actividad cotidiana”* (American Psychiatric Association, 2000).

A diferencia de otros trastornos de ansiedad, el TAS se desarrolla en etapas más tempranas de la vida, pudiendo comenzar en la niñez o en la adolescencia. Es justamente la adolescencia, el momento donde aumentan las presiones sociales por la necesidad de vincularse, y de ahí la vital importancia de llevar a cabo un diagnóstico precoz.

La fobia social puede llegar a ser un trastorno muy interferente en la vida cotidiana de un individuo. Esto hace que el abordaje de pacientes con este trastorno sea complejo y requiera de una intervención inmediata. Pero a su vez, no debe confundirse con otros trastornos, ni con la timidez normal, la cual no se asocia con discapacidad, ni interfiere de manera significativa con la mayoría de los ámbitos de la vida.

Por ello, existen distintas formas de tratar la fobia social, de las cuales las técnicas cognitivo-conductuales han resultado las más utilizadas en los últimos tiempos. Entre ellas se encuentran: el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de exposición, el entrenamiento en manejo de la ansiedad, el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva y la combinación de exposición y re estructuración cognitiva, entre otras.

Hemos elegido las técnicas de exposición y la reestructuración cognitiva, como las más significativas a la hora de hacer un análisis e identificar sus aportes para los tratamientos en pacientes con fobia social.

Siguiendo a Fernández Álvarez (2011), las **técnicas de exposición** son posiblemente las técnicas aplicadas con mayor frecuencia por los terapeutas contemporáneos y, consisten en la aproximación del sujeto a una situación u objeto que percibe como peligroso. La condición de peligro es una respuesta de ansiedad que provoca la huida o evitación y, consecuentemente, una sensación de alivio.

Por otra parte, la **reestructuración cognitiva** es una técnica psicológica, cuyo objetivo es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones, o que tienen sobre otras personas.

### Problemática y preguntas de investigación

Desde este aspecto, consideramos necesario profundizar acerca del complejo abordaje que implican este tipo de pacientes, y conocer cuáles son los objetivos positivos que permiten alcanzar las técnicas cognitivo-conductuales en pacientes que padecen Fobia Social.

A partir de esto podemos preguntarnos:

- ¿Por qué es complejo el abordaje de estos pacientes? ¿Cuáles son las consecuencias de la Fobia Social en la vida cotidiana de los individuos que la padecen?
- ¿Cuáles son los principales beneficios de llevar a cabo un tratamiento utilizando las técnicas de exposición y la reestructuración cognitiva?

## Relevancia del tema

Se ha demostrado que la fobia social es uno de los trastornos psiquiátricos del espectro de los trastornos de ansiedad, caracterizado por un miedo intenso en situaciones sociales, que causa una considerable angustia y deterioro en la capacidad de funcionamiento en distintas áreas de la vida diaria.

Por lo tanto, son pacientes que requieren una asistencia inmediata que los ayude con las distintas limitaciones que les produce. Además, teniendo en cuenta que son sujetos que no acuden de manera temprana a la ayuda de un profesional, este tipo de trastorno se suele abordar en aquellos momentos donde la persona requiere modificar sus pensamientos y conductas de manera rápida para continuar con su vida.

## Justificación del tema

Existe una alta prevalencia de la Fobia Social en la sociedad, y debido a la relevancia de este trastorno, es crucial su detección temprana. *"Parece ser más prevalente en individuos solteros, divorciados y separados"* (Tyrrer, 1992, p. 16). Los factores de riesgo para éste trastorno son difíciles de identificar, aunque la separación temprana de los padres, antecedentes familiares del trastorno y una enfermedad psiquiátrica materna parecen ser elementos predisponentes.

A su vez, si no se realiza una adecuada intervención, los temores sociales no desaparecerán con el tiempo, sino que muy al contrario, cada vez se agravarán más.

## Objetivo general

- ✓ Identificar las intervenciones cognitivo-conductuales más adecuadas para el abordaje de pacientes con fobia social.

## Objetivos específicos

- ✓ Realizar una descripción de la Fobia social.
- ✓ Establecer los aportes que otorgan las técnicas de exposición para el tratamiento de la fobia social.
- ✓ Describir los aportes que otorga la reestructuración cognitiva respecto del tratamiento de la fobia social.
- ✓ Establecer la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en el abordaje de pacientes con fobia social

## Alcances y límites del trabajo

El presente trabajo toma como sustento teórico la Psicología cognitiva-conductual, específicamente la línea desarrollada por Fernández Álvarez (2008). Esto se debe a que el objetivo primordial de este trabajo consiste en identificar cuáles son los grandes aportes de dos técnicas actualmente reconocidas y utilizadas para el trastorno de la Fobia social: las técnicas de exposición y la reestructuración cognitiva.

Pero por otra parte, vale la pena aclarar, que, no se incluirán otros enfoques teóricos como el humanístico existencial o la psicología sistémica, ni tampoco se buscará integrar con las distintas líneas de psicoanálisis. Esto se debe a que la inclusión de las mismas no se ajustarían a los objetivos planteados.

## Estado del arte

Hoy por hoy nos encontramos con un gran abanico de conocimiento sobre los distintos trastornos que se incluyen en la dimensión de los trastornos de ansiedad, en los manuales de clasificación y diagnóstico. Sin embargo, según Medina Mora y Borges (2003) (tal como se cita en Staudt, Stortti, Thomaé & Barturen, 2006, p. 15). *“a pesar de la amplia variación en su prevalencia estimada, tanto, las encuestas comunitarias como los estudios clínicos han indicado que la fobia social es uno de los trastornos de ansiedad más ampliamente difundidos”*.

En los últimos años se ha tornado cada vez más claro que la fobia social está asociada a una importante discapacidad, que proviene de los síntomas de ansiedad, de su evolución crónica, de su comienzo temprano y continuo, de su curso progresivo y además, de las numerosas comorbilidades asociadas. Si bien existen diversas investigaciones que permiten afirmar la gran prevalencia que tiene hoy en día dicho trastorno, y su particularidad incapacitante, es posible contar con diferentes perspectivas de autores que ponen su énfasis en las distintas características que posee la ansiedad social.

Según la investigación de Staudt et al. (2006), la fobia social comienza a mediados de la adolescencia, una etapa en la que es probable que ocasione el mayor daño al desarrollo psicológico, a la formación de relaciones y al establecimiento de metas de vida. *“Parece ser más prevalente en individuos solteros, divorciados y separados”* (Tyner, 1992, p. 16). Los factores de riesgo para éste trastorno son difíciles de identificar, aunque la separación temprana de los padres, antecedentes familiares del trastorno y una enfermedad psiquiátrica materna parecen ser elementos predisponentes.

Los pacientes con fobia social presentan un gran porcentaje de comorbilidades que hacen que la incapacidad sea significativamente mayor que la de aquellos que sufren ésta condición sin complicaciones (Fobia Simple). Como afirma Kaplan y Sadock (1997) en gran mayoría de sujetos las comorbilidades más frecuentemente halladas son: esquizofrenia, ansiedad generalizada, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de pánico, depresión mayor, abuso de drogas, tentativa de suicidios y trastornos alimentarios, entre otros.

En cuanto a su prevalencia, la APA (2002) informa que los estudios epidemiológicos muestran que este trastorno afecta entre un 3% y un 13% de la población. Es posible que esta alta prevalencia se deba a la conjugación de factores biológicos (por ejemplo, genéticos), ambientales (por ejemplo, la exposición a experiencias sociales aversivas) y psicológicos (por ejemplo, el aislamiento social), que la evidencia muestra que intervienen en su desarrollo (Cervera, Roca & Bodes, 1998; Walsh, 2002).

Con respecto al tratamiento, la evidencia empírica proveniente de ensayos clínicos y de meta-análisis señala que las técnicas psicológicas más eficaces para la fobia social son la exposición y la combinación de exposición y reestructuración cognitiva. Sin embargo, los resultados del estudio realizado por Feske & Chambless (1995) indican que la exposición por sí sola podría ser igualmente efectiva para este trastorno que la terapia cognitiva conductual, tanto en el corto como en el mediano plazo.

## Marco teórico

A la hora de realizar el marco teórico, se presentarán los siguientes argumentos teóricos que servirán de sustento para la realización de la tesina. Siguiendo a Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008, p 29):

La ansiedad social es vista como una forma de temor ante la observación directa o indirecta de los otros, que implica un conjunto de reacciones emocionales, viscerales y posturas asociadas a representación del individuo que remiten a presuntos juicios negativos de los demás respecto de su conducta o sus cualidades personales.

La Fobia social pasó a ser considerada como uno de los trastornos mentales con mayor frecuencia de aparición en la población.

Según Guerrero (2006): han habido diferentes intentos de establecer una tipología de las fobias sociales. Entre ellas están los tipos contemplados en el DSM: generalizada y no generalizada (o fobia social específica) establecidos en función del grado en que la ansiedad se generaliza a diferentes escenarios. Según los tipos de situaciones, se apunta a la existencia de una fobia social de actuación (o ejecución) y otra de interacción. La fobia social de ejecución implica aquellas situaciones en las que el sujeto ha de hacer algo delante de otras personas: hablar en público, escribir, comer o beber delante de otros, entrar en una sala en la que están otras personas, entre otras. La fobia de interacción supone que es el mismo contacto interpersonal lo que provoca la ansiedad: ir a una fiesta, iniciar conversaciones, acudir a citas, hablar con alguien de autoridad, preguntar en una tienda.

Como lo afirma Capafons Bonet (2001), en la primera mitad del siglo XX las alternativas terapéuticas para las fobias, que hoy denominamos específicas, se reducían básicamente al psicoanálisis. A partir de la obra de Joseph Wolpe (1958), la llamada terapia de conducta entró de lleno en el campo de las fobias. Desde entonces la mayor parte de los tratamientos para este tipo de trastorno implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas, tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas.

En la práctica se utilizan distintas técnicas que tienen como elemento común la exposición al estímulo temido y que difieren en alguno de los siguientes parámetros: en la forma en que se presenta el estímulo temido (directamente o indirectamente, tiempo y tasa de exposición); en el tipo de respuesta de los pacientes ante el estímulo fóbico; en el tipo de ayudas para la inducción de la respuesta del paciente (terapeuta presente, modelado del terapeuta); o en la utilización o no utilización de estrategias de control cognitivo para que los pacientes aprendan a modificar las respuestas cognitivas frente a los estímulos temidos.

Algunas de las técnicas derivadas de la terapia cognitivo - conductual que se las considera más eficaces para el tratamiento de pacientes con fobias social son:

- Exposición. Por lo general es una técnica que por sí sola es necesaria pero insuficiente. El autor Bados (2005, p. 6) afirma que la exposición permite lograr tres objetivos:
  - a) Aprender a romper o reducir la asociación entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones.
  - b) Aprender que las consecuencias negativas anticipadas no ocurren y que, por tanto, no hay base para el miedo.
  - c) Aprender que uno puede llegar a manejar la ansiedad y el pánico, ya sea mediante los propios recursos o con las técnicas de afrontamiento enseñadas (reestructuración cognitiva, respiración controlada, relajación), si este ha sido el caso. De hecho, la exposición a las situaciones temidas es el contexto requerido para que alcancen un nivel adecuado de eficacia otras técnicas tales como las de afrontamiento, la concentración en la tarea y el entrenamiento en habilidades sociales.

Dentro de las técnicas de exposición, la Desensibilización Sistemática (DS) fue el procedimiento desarrollado por Joseph Wolpe, a partir de la idea de que la relajación muscular podía inhibir la respuesta de ansiedad, por lo cual se la llamó también inhibición recíproca o de contra-condicionamiento. Los pasos consisten en:

- Construir una escala de las situaciones que desencadenan respuestas de ansiedad
  - Ordenarlas según su intensidad de menor a mayor
  - Exponer al paciente a las representaciones acorde con la escala elaborada de manera progresiva, en tantas sesiones como sea necesario (teniendo en cuenta que para avanzar de una escena a otra es condición necesaria lograr la disminución de al menos un 50% de la ansiedad inicial)
  - La exposición puede hacerse en imaginario o en vivo.
- Reestructuración cognitiva. Se aplica siguiendo la línea de Aaron Beck, con la finalidad de corregir los errores cognitivos típicos de los fóbicos sociales, dotarles de mayores recursos para afrontar las situaciones temidas y prevenir las recaídas. Bados (2005, p. 76) señala que el terapeuta ha de ayudar al cliente a:

- a) identificar las cogniciones pertinentes (pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre las reacciones de los otros), lo cual puede verse obstaculizado por el miedo a la evaluación negativa; b) comprender el impacto de las cogniciones sobre las reacciones emocionales y conductuales; c) considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba; d) cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas mediante preguntas (método socrático), información y experimentos; y e) modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas.

La fobia social es reconocida hoy en día como una condición psiquiátrica crónica e incapacitante. La alta prevalencia y la significancia clínica de la enfermedad, enfatizan la necesidad de un reconocimiento temprano y de un tratamiento eficaz. El tratamiento eficaz y eficiente tiene como parte ineludible el entrenar al paciente a gestionar sus cogniciones, emociones y conductas.

## **Desarrollo Metodológico**

### ***Procedimiento***

La Psicología cognitiva-conductual es una rama fundamental de la Psicología, que ha brindado extensos aportes a la comprensión de la vinculación del pensamiento y la conducta. Sin embargo, debido a la gran vastedad de material, investigación y trabajos que se encuentran vigentes sobre la temática presentada, se ha reducido el análisis tomando distintos ejes.

Con respecto a la Fobia Social, se la abordará desde el marco teórico de las técnicas cognitivo-conductuales. Por lo tanto, se tomarán principalmente las conceptualizaciones de la Fobia Social según el DSM IV y Fernández Álvarez, abordando temáticas como: descripción del trastorno, subtipos, curso, pronóstico y epidemiología, aspectos etiopatogénicos, comorbilidad y diagnóstico diferencial.

A su vez, el foco del trabajo estará, principalmente centrado en dos grandes técnicas: las técnicas de exposición, y la reestructuración cognitiva. Haciendo énfasis en sus aportes, modalidades de trabajo, factores que pueden incrementar su eficacia, adherencia al tratamiento, duración, objetivos alcanzar, entre otros.

Como fuentes de referencia, se ha recurrido a distintos libros, y papers científicos, además de manuales de diagnóstico y tratamiento. El proceso de búsqueda se ha ejecutado principalmente concurriendo a la biblioteca de la Universidad de Belgrano y a buscadores académicos en internet. Debido a que existe mucha información respecto a la Ansiedad social, y en cuanto a sus posibles tratamientos, se han tenido que utilizar algunas palabras claves como medio de filtro de toda la información disponible: reestructuración cognitiva, exposición, habilidades sociales, relaciones interpersonales, ansiedad social, situaciones temidas, relajación, Joseph Wolpe, Aaron Beck.

## CAPÍTULO 1: LA FOBIA SOCIAL

### 1.1 Distintas conceptualizaciones, características y tipos de Fobia Social

Según la definición de la American Psychiatric Association (2000), la fobia social (también conocida como ansiedad social) consiste en un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no son del ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás; temiendo actuar de una manera humillante o vergonzosa y/o mostrar síntomas de ansiedad. Las características comunes que plantea la APA son:

- Déficit en habilidades sociales
- Una escasa red de apoyo social
- Un limitado número de contactos sociales
- Dificultades en el ámbito escolar y/o laboral relacionadas con temores fóbicos
- Hipersensibilidad a la crítica
- Temor en situaciones sociales que implican algún tipo de evaluación
- Baja autoestima
- Sentimientos de inferioridad

La CIE-10 refiere que la fobia social se caracteriza por la presencia de temor a ser el centro de atención o a comportarse de un modo humillante o embarazoso, siendo estos los motivos por los cuales el sujeto evita las situaciones sociales (citado en Bobes García, Cervera Enguix y Roca Bennasar, 1999).

También existen conceptualizaciones de otros autores como la de Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008, p. 29), que es tomada como punto de partida para la realización de este trabajo:

La ansiedad social es vista como una forma de temor ante la observación directa o indirecta de los otros, que implica un conjunto de reacciones emocionales, viscerales y posturas asociadas a representación del individuo que remiten a presuntos juicios negativos de los demás respecto de su conducta o sus cualidades personales.

Las personas que padecen este tipo de trastorno presentan síntomas que se expresan en tres modalidades de respuesta: conductual, fisiológica y cognoscitiva. A nivel cognoscitivo, según Allen & Page (2005), en pensamientos referentes a la posibilidad de ser juzgado o criticado negativamente por decir algo que resulte tonto o aburrido, por ser poco asertivo o por no saber que decir o hacer frente a otras personas. A nivel fisiológico, son comunes los síntomas típicos de un episodio de excitación autónoma, que pueden tomar la forma de un ataque de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación (taquicardia, temblores, enrojecimiento facial, sensación de ahogo, sudoración excesiva, hiperventilación, etc.), mientras que a nivel motriz es frecuente la evitación de dichas situaciones sociales (American Psychiatric Association, 2002).

Por su parte, Guerrero (2006) sugiere que ha habido diferentes intentos de establecer una tipología de las fobias sociales. Entre ellas están los tipos contemplados en el DSM: Según los tipos de situaciones, se apunta la existencia de una fobia social de actuación (o ejecución) y otra de interacción. La fobia social de ejecución implica aquellas situaciones en las que el sujeto ha de hacer algo delante de otras personas: hablar en público, escribir, comer o beber delante de otros, entrar en una sala en la que están otras personas, entre otras. La fobia de interacción supone que es el mismo contacto interpersonal lo que provoca la ansiedad: ir a una fiesta, iniciar conversaciones, acudir a citas, hablar con alguien de autoridad, preguntar en una tienda.

Es posible establecer también, una diferenciación entre dos tipos de fobia social: específica y generalizada. Las fobias sociales son específicas cuando están referidas a estímulos específicos como comer en público, escribir delante de otros. Se las denomina generalizada, cuando se presenta ante diversas situaciones sociales. En la mayoría de los casos, a excepción del temor a hablar en público, la fobia social es un trastorno complejo que se presenta de forma multifóbica (ansiedad generalizada a interacciones sociales) y no limitada a situaciones específicas (Mattick y Peters, 1988).

Autores como Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz (1993), a diferencia, sugieren tres subtipos: el discreto, que teme una o dos situaciones específicas; el *no-generalizado*, que teme varias situaciones, y el generalizado, que teme a casi todas las situaciones.

## 1.2 Aspectos etiopatogénicos

En los últimos años se han multiplicado los estudios tanto con pacientes como experimentales, que han aumentado los conocimientos que se tenían sobre la etiopatogénia de la Fobia Social.

Como afirman Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008), la FS constituye un fenómeno clínico determinado por una conjunción de múltiples variables. Factores heredados a los que se suman circunstancias del desarrollo, tanto ambientales como personales que contribuyen a forjar el modo característico de actuar de estas personas que padecen en silencio, durante largos períodos de su vida. La herencia, tanto formando parte del orden biológico (genético) como siendo un componente de las circunstancias socio históricas, cumple un papel fundamental, predisponiendo a estas personas a comportarse con un exceso de temor frente a los otros y con una elevada inseguridad ante el juicio ajeno. Con frecuencia estos pacientes muestran antecedentes en padres y otros miembros precedentes en la genealogía familiar.

En los últimos años, hubo un interés creciente en poder determinar los circuitos neuronales que intervienen en la génesis de la respuesta ansiosa. Distintos circuitos han sido señalados como altamente involucrados en las reacciones de temor y acentuada excitabilidad ante el peligro (Nader y Ledoux, 1999).

En 1997, Aron y Aron elaboraron el concepto de Sensibilidad al Procesamiento Sensorial (SPS), que define la característica diferencial de cualquier individuo particularmente sensible ante estímulos sutiles, fácilmente sobre estimulables, con marcada tendencia a chequear ante escenarios nuevos y con preferencia a revisar los mapas cognitivos previos, antes que experimentar nuevas situaciones. Las personas con elevada SPS tienden a sentir y padecer más intensamente sus experiencias, incluyendo las de naturaleza emocional y social, resultando particularmente afectadas por el entorno, durante el período de la infancia.

Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008) agregan además, otro componente que juega un rol etiológico fundamental, este es el grado de apertura al intercambio con los demás desde los primeros momentos de la vida. Los niños que habitan en ambientes aislados, con poca interacción con otros niños, que pertenecen a ámbitos familiares reducidos y con escasa fratria, o siendo hijos únicos, tienen cierta propensión a elaborar patrones de evitación al contacto, que pueden conducir al desarrollo de una Fobia Social en la adolescencia. Además, la experiencia clínica demuestra que suelen encontrarse relaciones paterno-filiales basadas en un esquema dual de sobreprotección y distancia emocional, como también, actitudes de elevado control sobre la conducta de los hijos por parte de las madres, en contextos familiares en que el padre suele tener escasa presencia afectiva.

Los factores genéticos, temperamentales y de personalidad se articulan de manera singular en cada persona que padece esta disfunción, provocándole una representación amenazante del encuentro con los demás.

## 1.3 Curso, pronóstico y epidemiología

A diferencia de otros trastornos de ansiedad, el trastorno de la ansiedad social se desarrolla en etapas más tempranas de la vida, pudiendo comenzar en la niñez o en la adolescencia. Es justamente la adolescencia, el momento donde aumentan las presiones sociales por la necesidad de vincularse, y de ahí la vital importancia de llevar a cabo un diagnóstico precoz.

La edad media de inicio suele estar entre los 14 y 16 años en la mayoría de los estudios, y no es nada extraño que comience incluso antes. Según Bados López (2005), es muy común la existencia de antecedentes de timidez o inhibición social, y muchos fóbicos sociales informan haber tenido el trastorno toda su vida o desde antes de los 10 años. Conviene notar que la edad precisa de comienzo de la fobia social

dependerá de cómo se defina esta. En niños de 2-3 años pueden identificarse conductas observables indicativas de fuertes miedos sociales ante la crítica o desaprobación, conductas que predicen una mayor ocurrencia de la fobia social años más tarde. Sin embargo, la conciencia de sí mismo y de los otros como objetos de evaluación y la anticipación de la evaluación negativa no aparecen hasta alrededor de los 8 años como pronto y están mucho más desarrolladas aún en la adolescencia.

Bados López (2005), continúa alegando que la adolescencia es un período crítico, ya que cada persona se encuentra sometida a un proceso de evaluación por el resto de los miembros de su grupo de iguales y va a tener que establecer su papel y su lugar en un sistema social distinto al de la familia. La lucha por establecer un lugar en las jerarquías sociales de dominancia, facilita la aparición de los conflictos sociales, a los cuales puede responderse con ansiedad como medio de prevenir o defenderse de los ataques de los miembros más dominantes. Por otra parte, la adolescencia es un periodo conflictivo en el que puede haber un temor a la evaluación negativa por parte de los padres. Finalmente, en comparación a la niñez, no sólo hay más demandas sociales (nuevo ambiente escolar, nuevas amistades), sino que el mayor desarrollo cognitivo permite ser mucho más consciente de la discrepancia entre cómo uno se ve a sí mismo y cómo uno cree que lo ven los demás (aunque esta capacidad puede desarrollarse ya a partir de los 8 años de edad). También los adolescentes más vulnerables a las situaciones de estrés pueden responder con ansiedad y evitación a las situaciones sociales.

La fobia social, especialmente la de tipo no generalizado, puede aparecer bruscamente tras una experiencia estresante o humillante; sin embargo, lo más frecuente es que la fobia social se desarrolle de una forma más lenta en respuesta a varios tipos de experiencias. Aunque no es frecuente, la fobia social puede manifestarse por primera vez en la vida adulta cuando, por ejemplo, un cambio de circunstancias (laborales, familiares, escolares, de residencia) implica realizar actividades temidas (hablar en público, supervisar a otros, relacionarse con nueva gente) que antes no eran necesarias. Además, *“según estudios realizados con muestras clínicas, el trastorno suele ser crónico y con pocas variaciones, si bien a veces remite total o parcialmente en la vida adulta, en especial cuando no ha comenzado en la infancia”* (Bados López, 2005, p. 9).

Desde el punto de vista educativo los logros académicos pueden verse muy afectados, teniendo al mismo tiempo un mayor riesgo de abandono escolar. Naturalmente, la vida social se ve muy afectada. En promedio, las personas con problemas de ansiedad social suelen tener menor cantidad de amigos y tienen más dificultades para mantener estas relaciones. Además, son menos propensos a contraer matrimonio, es más probable que lleguen a divorciarse y tienen menos probabilidades de tener hijos. (Wittchen, Lieb, Schuster & Oldehinkel, 1999).

Según Stein, Walker & Forde (1999), los miedos sociales también pueden interferir con una amplia variedad de actividades diarias, como visitar tiendas, comprar ropa, cortarse el pelo o asistir a conciertos, y la mayoría de las personas afectadas por este trastorno tienen de media más días de baja laboral y suelen ser menos productivos debido a sus problemas emocionales, siendo además el uso de los servicios de salud muy superior al de la población general.

La Fobia social pasó a ser considerada como uno de los trastornos mentales con mayor frecuencia de aparición en la población. En cuanto a su prevalencia, la APA (2002) informa que los estudios epidemiológicos muestran que este trastorno afecta entre un 3% y un 13% de la población. Es posible que esta alta prevalencia se deba a la conjugación de factores biológicos (por ejemplo, genéticos), ambientales (por ejemplo, la exposición a experiencias sociales aversivas) y psicológicos (por ejemplo, el aislamiento social), que la evidencia muestra que intervienen en su desarrollo (Cervera, Roca & Bodes, 1998; Walsh, 2002).

Según un estudio epidemiológico reciente llevado a cabo en Estados Unidos por el “National Institute of Mental Health”, los trastornos fóbicos son los más frecuentes en mujeres, y los segundos más frecuentes en hombres, de todos los trastornos descritos en el DSM.

Si bien la fobia social es una de las perturbaciones más frecuentes, un porcentaje elevado no consultan, y muchos de los que demandan ayuda, lo hacen después de un largo período de padecer el trastorno.

#### 1.4 Trastorno incapacitante

En los últimos años se ha tornado cada vez más claro que la fobia social está asociada a una importante discapacidad, que proviene de los síntomas de ansiedad, de su evolución crónica, de su comienzo temprano y continuo, de su curso progresivo y además, de las numerosas comorbilidades asociadas.

Como afirman Toro y Yepes (2001), los individuos con fobia social padecen un temor marcado y persistente a la humillación o al ridículo en una o más situaciones sociales o de desempeño que impliquen exposición frente a gente desconocida o a la posible mirada de otros. Este temor dispara típicos síntomas físicos de ansiedad tales como: palpitaciones; temblor de manos y piernas; sudoración en cara, axilas y manos; tensión muscular; sensación de hundimiento en el estómago; sequedad de garganta; sensaciones de frío o calor; presión craneal o cefalea; disnea; rubor en cara y cuello.

Según Staudt, et al. (2006) la conducta evitativa puede ser muy efectiva para eliminar los síntomas físicos inmediatos, pero el precio se paga con la restricción en las vidas de los que la padecen, lo cual puede dañar seriamente su desarrollo social y educativo. Las personas afectadas pueden quedar aisladas socialmente y experimentar problemas mayores relativos a las relaciones personales, el progreso escolar y el rendimiento laboral.

Agregando además, que el inicio temprano del trastorno es particularmente significativo, ya que al iniciarse a mediados de la adolescencia puede deteriorar el desarrollo psicológico futuro, la formación de relaciones y la búsqueda de metas de vida. También puede funcionar como un punto focal alrededor del cual, pueden emerger otros trastornos psicológicos y complicaciones serias.

Vidal y Alarcón (1986) afirman que la incapacidad causada por la fobia social se ve incrementada por el hecho de que la condición puede durar virtualmente toda la vida, y que los pacientes difícilmente se recuperan sin tratamiento. Agregan que los efectos de la fobia pueden tener un impacto dramático en el estilo de vida de la persona afectada, porque son más proclives a:

- Permanecer solteros
- Pertenecer a una clase económica inferior
- Ser financieramente dependientes
- Sufrir trastornos psiquiátricos adicionales
- Llegar a pensar en el suicidio
- Tener antecedentes laborales inestables
- Tener un desempeño laboral pobre
- Estar socialmente aislados
- Tener un apoyo social deteriorado

#### 1.5 Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Los pacientes con fobia social presentan un gran porcentaje de comorbilidades que hacen que la incapacidad sea significativamente mayor que los de aquellos que sufren ésta condición sin complicaciones (Fobia Simple). Como afirma Kaplan y Sadock (1997) en gran mayoría de sujetos las comorbilidades más frecuentemente halladas son: esquizofrenia, ansiedad generalizada, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de pánico, depresión mayor, abuso de drogas, tentativa de suicidios y trastornos alimentarios, entre otros.

En cuanto al diagnóstico diferencial, es preciso tener en cuenta poder realizar una diferenciación entre la timidez, la agorafobia y el trastorno de la personalidad por evitación.

Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008), establecen que el trastorno de ansiedad social es diferente de la timidez. Aunque no siempre es fácil delimitar la fobia social de esta última. Las personas tímidas son capaces de participar en situaciones sociales. El trastorno de ansiedad social afecta la capacidad para desempeñarse en el trabajo y en las relaciones interpersonales. Estas dos condiciones denotan un cierto temor en situaciones sociales y tienen en común un miedo a la evaluación negativa, pero, sin embargo, no son equivalentes. *“El aspecto diferencial de la fobia social es la interferencia grave del comportamiento*

*evitativo en el rendimiento académico o laboral y/o en las relaciones sociales habituales*" (Echeburúa y Salaberria, 1991, p. 10).

Como ya se mencionó antes, la fobia social puede llegar a ser un trastorno muy interferente y no debe confundirse con la timidez normal, la cual no se asocia con discapacidad ni interfiere de manera significativa con la mayoría de los ámbitos de la vida.

La fobia social se diferencia de la agorafobia en la naturaleza de la conducta de evitación y en el contenido de las cogniciones de ansiedad. Según Echeburúa (1990), en primer lugar, la evitación de los estímulos fóbicos es menos intensa, en el sentido de que los fóbicos sociales pueden a veces afrontar globalmente las situaciones sociales temidas, pero sin implicarse específicamente apenas en ellas (por ejemplo, acuden a una reunión social pero no inician una conversación o no se sientan al lado de alguien desconocido). El hecho es que en las fobias sociales tienden a darse conductas parciales de evitación, más diferenciadas de paciente a paciente que en el caso de la agorafobia. Y en segundo lugar, el contenido de las cogniciones alteradas en la fobia social está relacionada especialmente con las opiniones que se pueden formar los demás sobre el paciente, es decir, con el miedo a la evaluación negativa y no tanto con el miedo al miedo (miedo a los ataques de pánico) característico de la agorafobia. *"Este temor a la evaluación negativa puede a su vez, referirse (aislada o conjuntamente) a la aceptación social global, al establecimiento de relaciones íntimas, a la relación con personas de autoridad y/o a la ejecución de tareas en presencia de otras personas"* (Butler, 1989, p. 6).

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

Figura 1.- Rasgos diferenciales entre la fobia social y la agorafobia (Adaptado de Solyom, Ledwidge y Solyom, 1986, citado en Echeburúa y Salaberria 1991, p. 10).

Otro de los trastornos que con frecuencia se solapa con la fobia social, es el trastorno de la personalidad por evitación. Desde la postura de Echeburúa y Salaberria (1991), en ambos casos hay una preocupación por la opinión de los demás hacia uno, se desea vivamente la aceptación de los otros, se pueden experimentar problemas en el trabajo o en las relaciones sociales a causa de este trastorno y puede haber una preocupación por los fallos personales percibidos. Según Amies, Gelder & Shaw (1983) (citado en Echeburúa y Salaberria 1991, p. 10):

De hecho, es infrecuente la aparición de un trastorno de la personalidad por evitación sin el acompañamiento de una fobia social; no obstante, un sujeto puede ser un fóbico social sin reunir los criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad por evitación. A diferencia de la fobia social, el trastorno de la personalidad por evitación resulta más grave y afecta más áreas. Además, se plantean más déficits de habilidades sociales que arrancan de forma gradual desde la infancia y el aislamiento social es mayor, con síntomas concomitantes de ansiedad, depresión e inhibición en el trabajo. Por el contrario, los temores componentes de la fobia social son más limitados a situaciones particulares, no van

acompañados habitualmente de déficits graves de habilidades sociales ni de una patología adicional y tienen un comienzo más brusco en la adolescencia, con una incidencia similar entre hombres y mujeres.

## CAPÍTULO 2: MODELOS COGNITIVOS EXPLICATIVOS DE LA FOBIA SOCIAL

La fobia social puede llegar a ser un trastorno muy discapacitante y severo. De esta manera, el objetivo de este capítulo es analizar brevemente los principales modelos explicativos que se han desarrollado para la comprensión de este trastorno de ansiedad, lo cual es fundamental no solo para entender los problemas de la persona que padece este trastorno, sino también por el hecho de que un modelo explicativo es una guía valiosa para la planificación de un tratamiento efectivo.

### 2.1 Modelo de Barlow

En este modelo de la ansiedad social, Barlow (2003) sostiene que los seres humanos- por razones de evolución biológica- somos sensibles a la crítica y a la desaprobación social. Sin embargo, no todas las personas desarrollan una fobia social, ya que para que esta se manifieste es necesario que el individuo sea biológica y psicológicamente vulnerable a la aprehensión ansiosa (expectativa aprensiva ante el futuro). El modelo supone que eventos comunes de la vida, que implican interacciones sociales, pueden desencadenar ansiedad, especialmente si una alarma está asociada con esas situaciones sociales.

Se proponen tres caminos posibles para la adquisición de una fobia social (Véase Figura 2). En primer lugar, Calderón y Blázquez (2014) afirman que se podría heredar una vulnerabilidad biológica a la ansiedad y/o una tendencia a ser socialmente inhibido. En segundo lugar, un individuo al estar bajo tensión podría experimentar un ataque de pánico inesperado (falsa alarma) en una situación social, y entonces estar ansioso a la posibilidad de volver a tener ataques de pánico adicionales en la misma situación social o en otras similares. Y en tercer lugar, la persona podría experimentar un trauma social real que daría lugar a una alarma verdadera, originando una ansiedad condicionada a las mismas situaciones, o similares. De esta manera se instaura una alarma aprendida (haya sido falsa o verdadera), la cual se impregnará de la aprehensión ansiosa, sobre todo en lo que concierne a las situaciones sociales. Además, en cuanto a este modelo, Calderón y Blázquez (2014, p. 137) agregan:

Que el término de “falsas alarmas” se refiere a aquellas que producen ansiedad en ausencia de un objeto o situación que supongan un peligro real; en tanto que las alarmas verdaderas se manifiestan cuando se experimenta una amenaza real y objetiva. También se propone que la fobia social específica, se formaría más frecuentemente por medio de una alarma verdadera; en cambio la fobia social generalizada podría darse sin la presencia de esta alarma real, es decir, se conformaría con falsas alarmas asociadas a situaciones sociales.

Mismos autores, señalan que debido a la aprehensión ansiosa (expectativa aprensiva ante el futuro), se disminuyen recursos atencionales, incidiendo negativamente en la ejecución del sujeto. Por lo que este modelo, al igual que otros de corte más cognitivo, señala el efecto de la atención autofocalizada que reduce significativamente la atención (en la tarea) requerida para realizar una ejecución exitosa. Finalmente, el modelo también subraya la importancia de los pensamientos negativos e irracionales que surgen frente a situaciones sociales, como los referidos a qué van a pensar los demás (p. ej. “van a pensar que soy tonto”) o a cómo el propio sujeto va a actuar (p. ej. “voy a ser incapaz de decir una palabra”, “me va a temblar la voz”), los cuales hacen incrementar el nivel de ansiedad, llegando a ser disfuncional, de modo tal que el elevado nivel de alarma repercute negativamente en el rendimiento cognitivo y por ello también, en la ejecución conductual del fóbico social.



Figura 2.- Modelo de la etiología de la fobia social (Hoffman y Barlow, 2002)

## 2.2 Modelo de Clark y Wells

La explicación del modelo está dividida en dos partes, en la primera se describe lo que ocurre cuando una persona con este trastorno entra en una situación social temida, y en la segunda lo que pasa antes de entrar a la situación y después de haber salido de ella.

Sobre la base de experiencias tempranas, las personas con fobia social desarrollan una serie de supuestos (creencias) acerca de sí mismos y de su mundo social, los cuales pueden ser divididos por Wells (1997) en tres categorías:

1. Creencias nucleares acerca de sí mismo. Por ejemplo: "Soy aburrido"
2. Supuestos condicionales. Por ejemplo: "Si me ven ansioso, la gente va a pensar que soy estúpida"
3. Reglas rígidas acerca de la performance social. Por ejemplo: "Debo permanecer siempre atento e inteligente"

Según Blázquez y Calderón (2014), estos supuestos influyen a los individuos para que consideren las situaciones sociales como peligrosas, para que predigan que van a fallar al intentar lograr el nivel de actuación social que desean, y para que interpreten algunas señales sociales inofensivas o ambiguas como signos de evaluación negativa de los demás. Por tanto, cuando una situación social es considerada de esta forma, los fóbicos sociales se ven sumergidos en la ansiedad. Los autores también expresan que existen varios círculos viciosos interconectados que mantienen la ansiedad de los sujetos y evitan la desconfirmación de sus creencias negativas, los cuales se expresan a continuación:

### ***Procesamiento del sí mismo como un objeto social***

Siguiendo con los mismos autores, un factor clave es el cambio en el foco atencional y un procesamiento negativo del sí mismo. Cuando las personas con fobia social creen que están en peligro de una evaluación negativa de los demás, enfocan su atención hacia una observación y monitoreo detallado de ellos mismos. Entonces usan esa información interna (a la cual accedieron mediante su auto monitoreo), para inferir cómo se están mostrando a los demás y que es lo que están pensando de ellos. Es decir, se forman una imagen distorsionada de cómo creen que están siendo vistos por los demás; y al hacer esto quedan atrapados en un sistema cerrado, ya que la mayoría de la evidencia de sus miedos es autogenerada (de acuerdo a como se están sintiendo); por lo que cualquier evidencia (externa) del medio social, que pudiera poner en duda sus creencias disfuncionales, se convierte en algo inaccesible o ignorado.

### ***Conductas de seguridad***

Además, con respecto a las conductas de seguridad, Calderón y Blázquez (2014) afirman que frecuentemente los fóbicos sociales no se benefician con el hecho de que no sucedan las catástrofes sociales que temen, debido a que se encuentran inmersos en una variedad de conductas de seguridad que intentan prevenir o minimizar las catástrofes temidas. Sí éstas no se presentan, entonces la persona atribuye la no ocurrencia de las mismas a la utilización de estas conductas, en lugar de inferir que la situación era menos peligrosa de lo que se pensaba. Cabe mencionar que el término conductas de seguridad, se refiere tanto a conductas propiamente dichas (p. ej. evitar el contacto ocular) como a procesos cognitivos (p. ej. memorizar lo que se va a decir).

En realidad, las conductas de seguridad pueden generar o aumentar los síntomas que se temen (p. ej. mantener los brazos juntos –para que no se vea el sudor de la camisa– provoca más sudoración), la mayoría de ellas tienen como consecuencia aumentar la atención en uno mismo (intensificando la imagen negativa del sí mismo y reduciendo la atención hacia la conducta de los demás, con lo que se impide la desconfirmación de las creencias), algunas pueden ser capaces de atraer la atención de las demás personas (p. ej. hablar en un volumen de voz muy bajo puede hacer que los demás presten más atención para poder oír), y pueden influir para que las otras personas se comporten de una manera que confirma parcialmente los miedos de los fóbicos sociales (p. ej. el pensar mucho lo que se va a decir puede ser interpretado como falta de interés o preocupación por algo).

### ***Síntomas fisiológicos y cognitivos***

Conjuntamente agregan que los individuos con este trastorno están especialmente preocupados por el hecho de que los demás se den cuenta de sus síntomas de ansiedad, e interpretan estos síntomas como una señal de fracaso en la obtención del nivel de actuación social que desean. Debido a esto, se muestran hipervigilantes ante ellos, lo cual tiende a incrementar la percepción de los mismos; y con ello aumenta la probabilidad de detectar signos de ansiedad, generándose así un círculo vicioso negativo. Además como ya se mencionó, estos síntomas también pueden ser incrementados por el uso de conductas de seguridad.

Muchos fóbicos sociales antes de entrar a una situación social, revisan en detalle todo lo que creen que podría pasar. Y se ponen nerviosos debido a que sus pensamientos tienden a estar dominados por una serie de fracasos pasados, por imágenes negativas de sí mismos durante la situación, y por otras predicciones acerca de una pobre actuación y del rechazo de los demás (Blázquez y Calderón, 2014). Estos autores también afirman que a veces estas rumiaciones hacen que los fóbicos eviten la situación completamente, si esto no sucede y el individuo participa en ella, es probable que se encuentre ya en un modo de procesamiento autofocalizado, esperando fallar y siendo menos probable que atienda a cualquier señal de aceptación por parte de los demás. Debido a la naturaleza de las interacciones sociales, es improbable que las personas con este trastorno hayan recibido de las otras señales totalmente claras de aprobación, y por esta razón no es raro que se sumerjan en una revisión del evento –al haber terminado el mismo. La interacción es revisada en detalle y durante esta revisión figuran especialmente (como fueron procesados al estar en la situación) su percepción negativa de ellos mismos y sus síntomas de ansiedad. La desafortunada consecuencia de esto es que muy posiblemente la revisión estuvo dominada

por una imagen negativa del sí mismo, por lo que la interacción es vista mucho más negativamente de lo que en realidad fue. Entonces la situación es agregada a una lista de fracasos pasados, siendo que una interacción que podría haber sido vista como neutral por un observador, ahora habrá de fortalecer las creencias de inadecuación social del individuo.

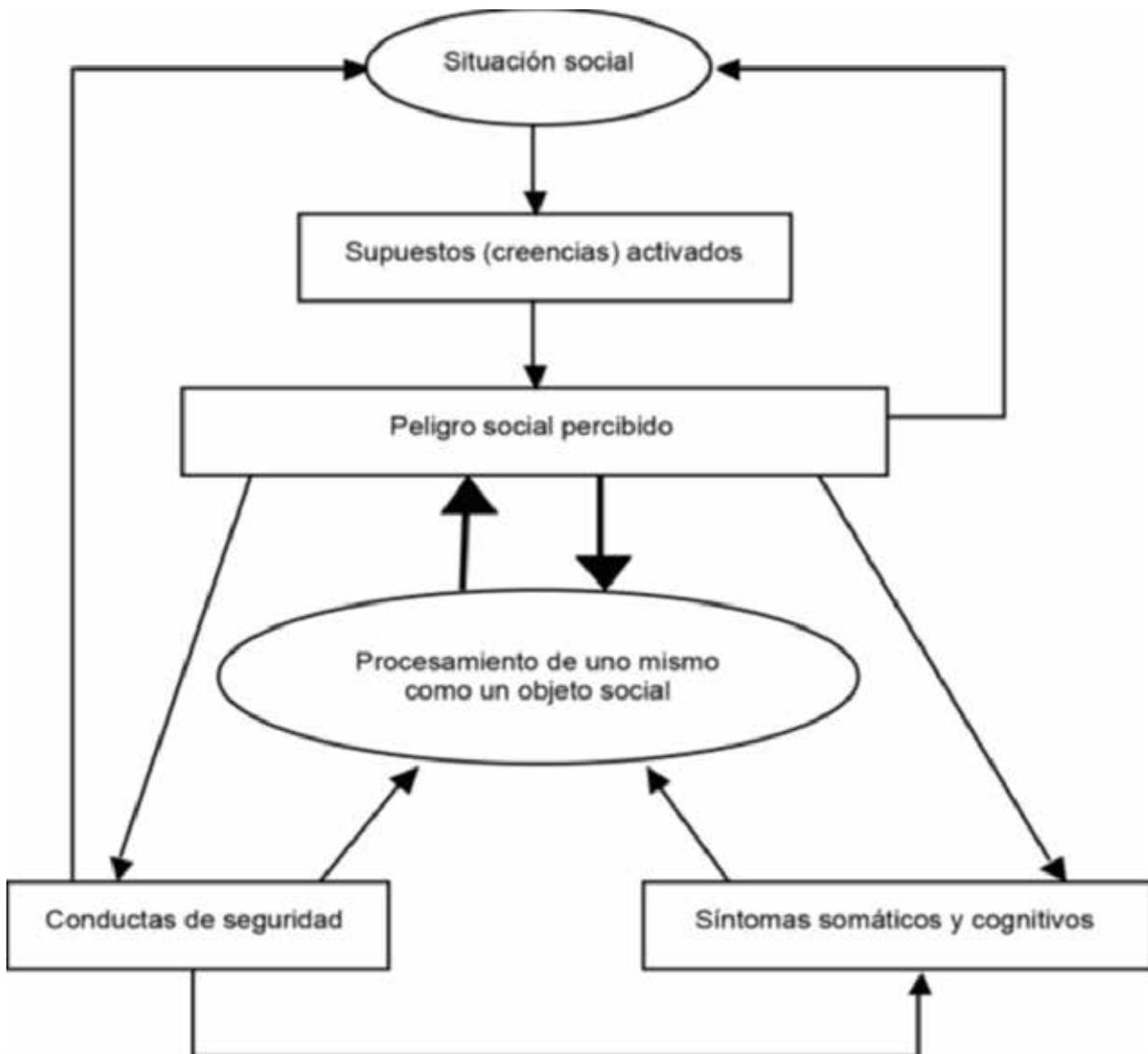


Figura 3.- Modelo de la FS generalizada (Clark y Wells, 1995)

### 2.3 Modelo de Rapee y Heimberg

Los autores Turk, Lerner, Heimberg y Rapee (2001), basados en el modelo originalmente propuesto por Rapee y Heimberg (1997), proponen un modelo integrado cognitivo conductual de la ansiedad social.

Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008), plantean que las personas ansiosas se manejan con determinadas creencias y estrategias de procesamiento de la información disfuncionales, en las situaciones sociales. Para muchos fóbicos sociales, el solo hecho de anticipar determinadas situaciones de interacción es suficiente para activar pensamientos disfuncionales, exaltación fisiológica y conductas evitativas. Por ello, en este modelo, se focaliza en el proceso que se lleva a cabo cuando el ansioso social se compromete en la situación social temida, es decir, cuando toma contacto con la audiencia. Sin embargo, determinados aspectos de este modelo también se aplican a la anticipación y la rumiación que sucede luego de las actuaciones sociales. Según Blázquez y Calderón (2014, p. 142):

El término audiencia, en este contexto, se refiere tanto a un grupo de personas que están observando, como a cualquier otra persona o grupo. Cuando un fóbico social se encuentra en una situación social, se forma una representación mental de su apariencia externa y de su conducta de acuerdo a cómo cree que lo está viendo la audiencia y al mismo tiempo sus recursos atencionales se dirigen tanto a esa representación interna como a cualquier posible amenaza social. Esta representación mental de sí mismo, se realiza a partir de la memoria a largo plazo (p. ej. experiencias anteriores), señales internas (p. ej. síntomas fisiológicos) y señales externas (p. ej. respuestas de la audiencia).

Igualmente, agregan que el individuo además de dirigir sus recursos atencionales hacia las amenazas externas y a la representación de su apariencia externa y conducta, también simultáneamente realiza una predicción acerca del estándar de actuación o norma que espera que vaya a utilizar la audiencia para evaluarlo. Por lo que la persona compara la representación mental de sí mismo (que cree tiene la audiencia de ella) con el nivel de actuación que piensa va a utilizar la audiencia, para así predecir la percepción que la audiencia tendrá de su ejecución. Es decir, se realiza una estimación acerca de si la propia actuación será aprobada por los estándares que supuestamente tiene la audiencia. Entonces si el fóbico social considera que su actuación social está por debajo del estándar que la audiencia tiene, es probable que espere una evaluación negativa por parte de los demás. Esta evaluación negativa predicha, desencadena respuestas de ansiedad, tanto fisiológicas, como cognitivas y conductuales; las cuales influyen en la siguiente representación mental del individuo acerca de cómo cree que la audiencia lo está viendo, creando de esta manera un círculo vicioso.

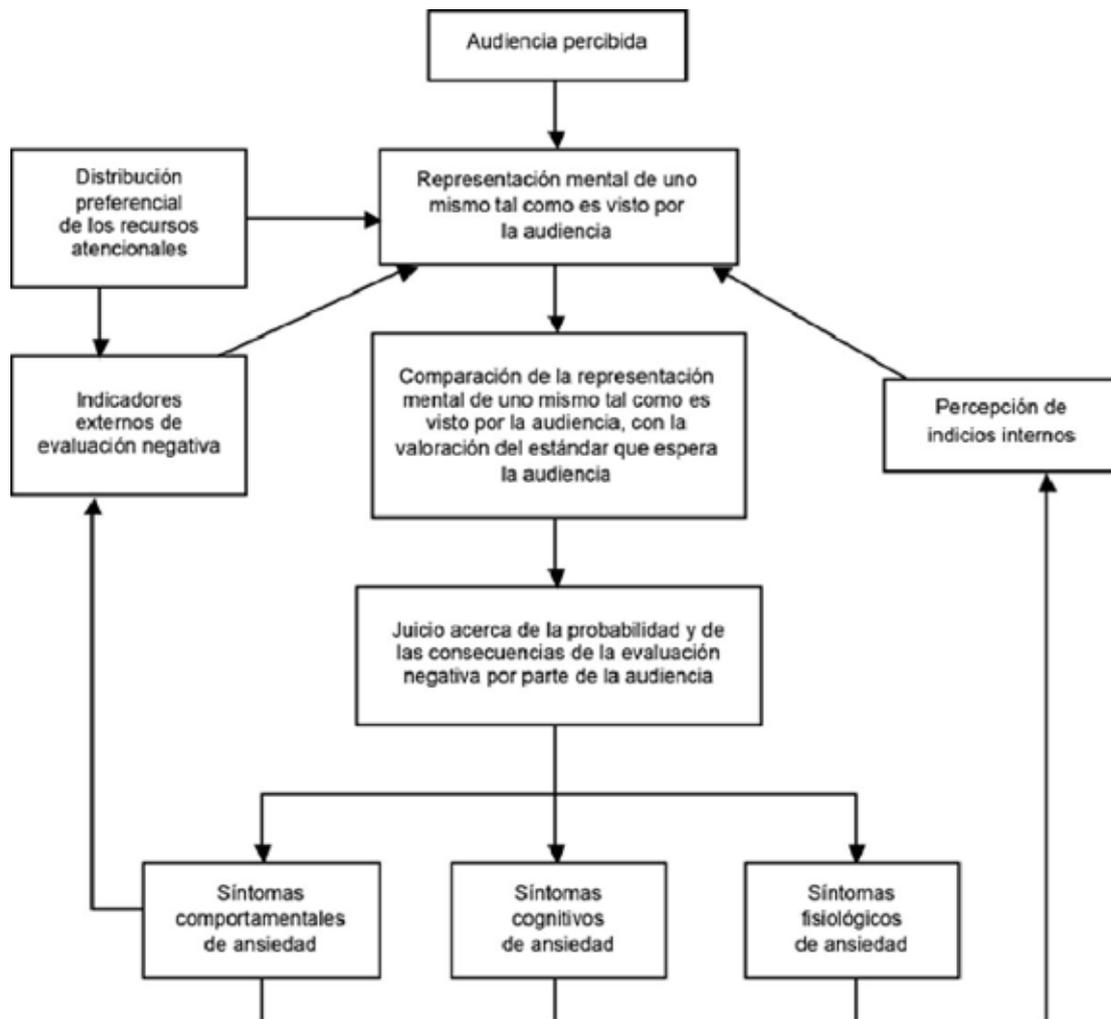


Figura 4.- Modelo explicativo de Rappe y Heimberg para la fobia social (Rappe y Hiemberg, 1997, en Botella et al., 2003).

**2.4 Modelo de Botella, Baños y Perpiña**

Según los autores Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008), el modelo de Botella, Baños y Perpiña (2003) presenta una visión de cómo surge y se mantiene la FS. Parten de la idea de que todos los sujetos tienen una carga genética y biológica, pertenecen a un contexto familiar y de educación, a través del cual asimilan normas y pautas de disciplina concretas. Además, están las experiencias que a cada uno le toca vivir. Todos estos componentes hacen a una triple vulnerabilidad: biológica, psicológica y social. Esto determina, por un lado, una serie de esquemas cognitivos y supuestos que influyen en la percepción de sí mismo y la manera en que se significan las situaciones sociales, y por otro lado, las dimensiones de la personalidad; finalmente, en la adquisición del déficit de determinadas habilidades de afrontamiento. Con este equipamiento, la persona anticipa, afronta y registra experiencias sociales.

El sistema de alarma activado que posee el sujeto se focaliza en las señales de amenaza captadas por la atención, que se nutre de tres fuentes: interna, en la que el self se procesa como objeto social (Clarks y Wells, 1995), y además se empiezan a registrar las posibles señales externas de rechazo en el entorno, y como cree el sujeto que lo ven y cómo ve a los demás.

De esta manera, continuando con Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008), la preocupación se centra en tratar de anticipar con qué criterio van a juzgarla y que criterio opera internamente para poder superar la posibilidad de una evaluación negativa.

Como ya se ha mencionado en el primer capítulo, los síntomas de ansiedad se manifiestan fisiológica, cognitiva y comportamentalmente. Esto redundando en aumentos de la preocupación por la posibilidad de comportarse deficitariamente, o directamente entorpeciendo el desempeño, lo cual perpetúa el ciclo disfuncional tal como lo indica la figura siguiente.

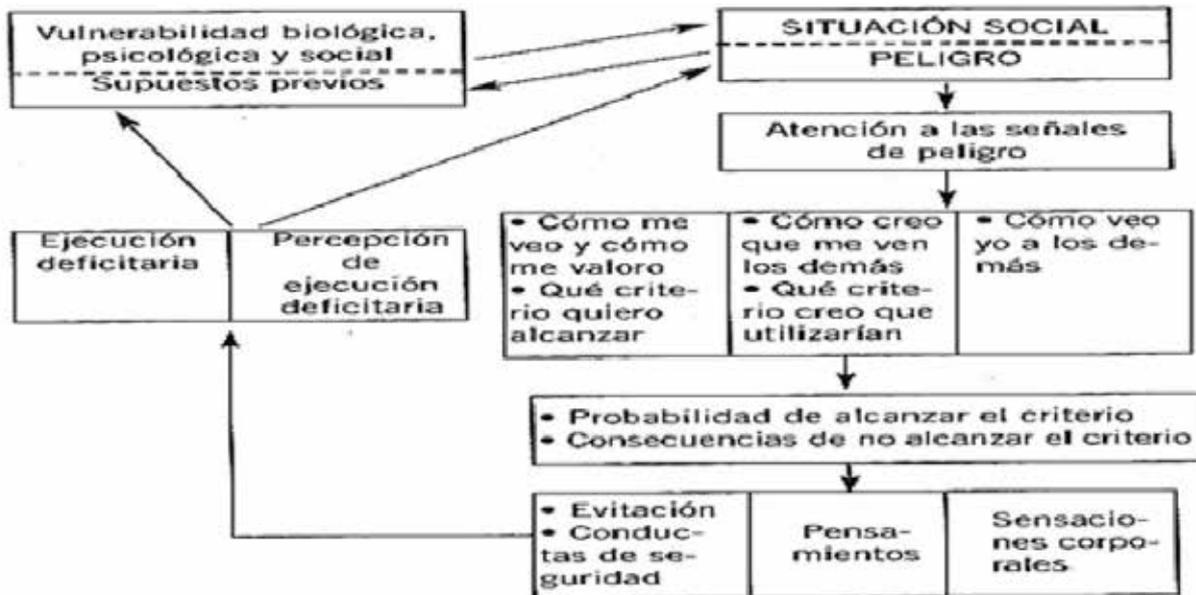


Figura 5.- Una Propuesta de modelo para la Fobia social (Botella, Baños y Perpiña, 2003)

Según los autores, el sujeto cae en una "especie de trampa" porque obtiene evidencias confirmatorias de sus supuestos previos y, si evita y utiliza conductas de reaseguro, no puede demostrarse que sus temores son infundados.

Para concluir, Fernández Álvarez y Bogiaizian, (2008, p. 160,161) plantean que "todos los modelos presentados han probado ser eficientes, de modo que cada terapeuta puede sentirse en libertad de elegir cualquier de ellos e incluso, de emplear alguna forma de integración". Pero lo importante es que, al componer el diseño terapéutico para cada paciente, el terapeuta recurra a un modelo científicamente consistente y que cuente con la mayor cantidad de bases empíricas disponibles sobre sus aplicaciones.

## CAPÍTULO 3: POSIBLES ABORDAJES Y TRATAMIENTOS

### 3.1 ¿Qué son las TCC?

Escribano y Saiz (2010), plantean que la fobia social es reconocida hoy en día como una condición psiquiátrica crónica e incapacitante. La alta prevalencia y la significancia clínica de la enfermedad, enfatizan la necesidad de un reconocimiento temprano y de un tratamiento eficaz. El tratamiento eficaz y eficiente tiene como parte ineludible el entrenar al paciente a gestionar sus cogniciones, emociones y conductas.

Por ello, existen distintas forma de tratar la fobia social, de las cuales las técnicas cognitivo-conductuales han resultado las más utilizadas en los últimos tiempos. La terapia cognitivo-conductual es una forma de tratamiento psicológico orientada a la acción en la que el terapeuta y el paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas.

La terapia cognitivo-conductual asume que los patrones de pensamiento mal adaptativos o erróneos causan un comportamiento desadaptativo (comportamiento contraproducente que interfiere con la vida diaria) y emociones “negativas”. Los terapeutas ayudan a los pacientes a superar sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la modificación de patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional. Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser útil tratando:

- Ansiedad
- Depresión
- Pánico
- Agorafobia y otras fobias
- Fobia social
- Bulimia
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Esquizofrenia

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

### 3.2 El gran abanico de las técnicas

Dentro de las técnicas conductuales aplicadas al tratamiento de la fobia social se encuentran: Las técnicas de exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, el modelamiento, el entrenamiento en relajación, y el entrenamiento en manejo de ansiedad.

**El entrenamiento en habilidades sociales:** Se realiza con el objetivo de suplir ciertas habilidades que le faltan a las personas con fobia social y cuyo déficit les resta confianza para afrontar las situaciones sociales fóbicas (Botella, Baños & Perpiña, 2003; Overholser, 2002). También se realiza bajo el supuesto de que los déficits en habilidades sociales mantienen la fobia al predisponer al individuo a desempeñarse negativamente durante la situación social fóbica.

Echeburúa (1996) considera conveniente realizar un entrenamiento en los componentes fundamentales de las habilidades sociales con las personas con fobia social, debido a que estas por lo común evitan un buen número de situaciones sociales, lo cual puede conllevar a un aislamiento social que favorece el mantenimiento de dicho trastorno. Sin embargo, los datos empíricos no son conclusivos en relación a que las personas con fobia social tengan un déficit generalizado de habilidades sociales o si, más bien, inhiben su conducta social en las situaciones sociales fóbicas por lo que se muestran socialmente inhabilitadas ante los demás.

Este tipo de entrenamiento puede variar en cuanto al número, especificidad y tipo de habilidades a entrenar, dependiendo de la situación social fóbica, y como afirman Botella, Baños & Perpiña (2003) (tal como se cita en Rey, Aldana & Hernández 2006, p. 193) *“comúnmente implica la utilización de una metodología de aprendizaje estructurado, que incluye modelado por parte del terapeuta, ensayos de conducta, información para corregir las deficiencias, refuerzo social y práctica entre sesiones”*. Las habilidades sociales que más se ejercitan son la capacidad de observación, de escucha, la comunicación verbal y no verbal, la demostración de emociones y la expresión verbal y gestual (Echeburúa y Salaberria, 2003). Pero sin embargo, tal como mencionan Heimberg y Juster (1995), no todos los pacientes con fobia social presentan dicho déficit (citado en Baños, Botella y Perpiña, 2003).

**Modelamiento:** Por lo general es una técnica que se utiliza como complemento de la exposición. Según Buena Casal, Sierra y Villaroel (2001), ayuda al paciente a enfrentar de un modo correcto la situación ansiógena, y consiste en que el terapeuta (u otro sujeto) ejecute conductas de acercamiento a la situación temida delante del sujeto, para que este las repita y las aprenda. Los mismos autores plantean que la técnica se aplica de la siguiente manera:

1. Se informa al paciente acerca de los beneficios que ofrece el modelamiento
2. Se manifiesta la importancia de ejecutar aquellas conductas que para el paciente son displacenteras o negativas
3. Se determinan las acciones a realizar
4. El terapeuta corrobora que el sujeto observa las acciones que ejecuta
5. El terapeuta ejecuta las conductas deseables, mientras verbaliza auto instrucciones
6. Se insta al paciente a ejecutar las conductas
7. Se repite el ejercicio 4 veces
8. Se ejecuta una segunda acción

**Entrenamiento en relajación:** En lo que se refiere a las técnicas fisiológicas (relajación y respiración), *“consiste en entrenar al paciente a identificar la ansiedad tan pronto como ocurre y practicar ejercicios de relajación en situaciones ansiógenas provocadas, para ayudar a los pacientes a reducir la activación fisiológica que se produce”* (Velazco 2007, p. 129). Los resultados son poco consistentes, algunos autores consideran que no está clara la efectividad de la relajación en el tratamiento del pánico, mientras que otros trabajos encuentran resultados que apoyan la efectividad de esta técnica, llegando a ser tan útil como la terapia cognitiva de Beck (Öst, 1988; Öst y Westling, 1995). Por su parte, la respiración controlada propuesta por Clark y Salkovskis (1987) para abordar la hiperventilación y la interpretación de los síntomas, ha llegado a resultados también contradictorios en lo que se refiere a su capacidad para potenciar los efectos de la exposición en vivo. Parece que esta técnica es útil cuando se aplica unida a la reestructuración cognitiva y en los sujetos que presentan hiperventilación (Bados, 1997).

**Entrenamiento en manejo de la ansiedad:** Suinn (1993) plantea que este tratamiento consiste en instruir al paciente para que logre identificar tempranamente las reacciones de ansiedad, y ante ellas active una respuesta de relajación, que logre eliminar la ansiedad antes de que esta se intensifique. Además afirma que esta técnica se aplica de la siguiente manera:

1. Se realiza la entrevista de admisión y la evaluación del paciente
2. Se ejecuta el entrenamiento en relajación
3. Se construye una escena altamente ansiógena. Y a través de la imaginación se expone al paciente a dicha situación, para que se produzca la activación de la ansiedad, seguida de la ejecución de la relajación.
4. Se genera ansiedad, y se insta al paciente a que localice aquellos signos que indican la presencia de la misma. A posteriori, se produce la relajación.
5. Se va oscilando entre escenas generadoras de ansiedad y relajación, y se traslada al paciente la responsabilidad de que, luego de la activación de la ansiedad, genere una respuesta de relajación. Además, se registran las escenas y el tiempo
6. Se solicita al paciente que inicie la relajación mientras se halla expuesto a situaciones ansiógenas.
7. Se repiten los ejercicios de la fase anterior hasta que el paciente logre obtener el mayor autocontrol posible
8. El paciente practica lo aprendido en la vida cotidiana

Dentro de las técnicas cognitivas aplicadas al tratamiento de la fobia social se encuentran las siguientes: Reestructuración cognitiva, entrenamiento en focos atencionales o concentración en la tarea, y educación e información.

**Entrenamiento en focos atencionales o de concentración en la tarea:** Los autores Rowa y Antony (2005) refieren que, según Mulkens, Bogels y De Jong (1999) esta técnica se implementa primeramente en la sesión terapéutica, y luego fuera de ella, de modo tal que el sujeto pueda poner en práctica las habilidades aprendidas (citado en Aldana, César, Derly, Rey y Sujelid Hernández, 2006). El tratamiento se realiza de la siguiente manera:

1. Se le solicita al paciente que describa el modo en que focaliza su atención en sí mismo
2. Se instruye al sujeto para que, durante una interacción, centre su atención en un elemento neutral
3. Se le pide al paciente que en una situación ansiógena, focalice su atención en factores estresantes

**Educación e información:** En estas técnicas, se le ofrece al paciente información acerca de la ansiedad, la cual atenuará su padecimiento y lo dispondrá para la ejecución de futuras intervenciones. Al paciente se le debe advertir que la ansiedad es una emoción que se manifiesta en todo ser humano y que favorece la adaptación de sujeto, aunque en ciertos momentos la intensidad de la misma puede ser mayor a lo requerido. Es importante que el psicólogo describa los componentes fisiológicos, conductuales y cognitivos de la ansiedad, los cuales son vivenciados por los pacientes que la padecen. Además, se le debe aclarar que la ansiedad es una reacción aprendida, que puede reaprenderse de modo que se vuelva más adaptativa (Buela Casal, Sierra y Vera Villaroel, 2001).

A pesar de contar con diversas técnicas y tratamientos en la fobia social, hemos elegido dentro de las técnicas conductuales, las técnicas de exposición (destacando dentro de estas la desensibilización sistemática); y dentro de las técnicas cognitivas, la reestructuración cognitiva, como las más significativas a la hora de hacer un análisis e identificar sus aportes para los tratamientos en dichos pacientes.

### 3.3 Técnicas de exposición

Según Fernández Álvarez (2011), las técnicas de exposición son posiblemente las técnicas aplicadas con mayor frecuencia por los terapeutas contemporáneos y consisten en la aproximación del sujeto a una situación u objeto que percibe como peligroso. La condición de peligro genera una respuesta de ansiedad que provoca la huida o evitación y, consecuentemente, una sensación de alivio.

Lo que busca esta técnica es lograr el desacople de esa asociación, de ese condicionamiento instalado que genera sufrimiento. Para ello apela exactamente a lo contrario de lo que sucede espontáneamente, es decir, afrontar la situación temida.

Según el formato en que se presenta los estímulos temidos, la exposición puede ser:

- En imaginación
- En vivo
- A través de la realidad virtual

Según la velocidad de aproximación se agrupan en:

- Progresiva (gradual)
- Brusca (rápida)

Según las condiciones de aproximación:

- Autoadministrada (el mismo paciente la regula)
- Administrada por el terapeuta u otras personas (familiares, acompañantes terapéuticos).

Las técnicas de exposición se aplican ante situaciones variadas, y se seleccionan según las posibilidades o características de la situación a tratar. En muchos casos se trabaja solo con representación porque no es posible de otro modo si se realiza en el consultorio, pero en algunas oportunidades, parte de la

exposición se puede hacer con objetos y situaciones reales. Las mismas exposiciones que se realizan en consultorio con representaciones, luego se repiten en vivo en la vida real, ya no necesariamente con presencia del terapeuta, sino con un acompañante o familiar, siempre y cuando estos no funcionen como factores de reaseguro y, por lo tanto de mantenimiento del síntoma.

Según Escribano y Saiz (2010), es importante la auto exposición, ya que disminuye la dependencia y aumenta el mantenimiento. Es más potente si hay co-terapeuta, manual de autoayuda y supervisión de registro por parte del terapeuta. Además, se puede construir una jerarquía de situaciones ansiógenas de carácter multitemático o varias jerarquías diferentes. Los pasos de cada jerarquía deben ser específicos y cada situación de la jerarquía debe ser trabajada hasta que se domine sin dificultades.

La exposición brusca es más rápida que la gradual en resultados, pero aumenta la probabilidad de abandono y además, prácticamente no se usan en la actualidad. Pueden tomar una modalidad representacional o en vivo. *“Consisten en conectar de lleno y sin pasos progresivos al paciente con la imagen de la escena temida o en la situación real y esperar el proceso de habituación por agotamiento de la respuesta de ansiedad”* (Fernández Álvarez, 2011, p. 148). El grado de activación no influye en el resultado, pero la relajación previa evita respuestas de evitación.

Escribano y Saiz (2010), agregan que las sesiones de exposición en la fobia social son más difíciles de programar que en el caso de la agorafobia o de otros trastornos fóbicos. En primer lugar porque la fobia social puede venir acompañada de un déficit de habilidades sociales. En estos casos la efectividad de la exposición dependerá de un entrenamiento previo en habilidades sociales. En segundo lugar, porque las situaciones sociales son con frecuencia de carácter variable e impredecible, por lo que no siempre se puede graduar la exposición. Y en tercer lugar, porque la naturaleza de las situaciones evitadas suelen ser de corta duración (iniciar una conversación en una fiesta, saludar a un desconocido, tomar la palabra en una reunión, reclamar una factura defectuosa, etc.) impide llevar a cabo sesiones de exposición largas, que son las más efectivas.

Dentro del desarrollo de las técnicas de exposición, es preciso destacar al autor sudafricano Joseph Wolpe, quien nació en 1915 y obtuvo su grado en medicina en 1939 en la Universidad de Witwatersand, Sudáfrica. Después del internado en medicina y cirugía se dedicó a la práctica privada hasta 1942, momento en el cual ingresó al Cuerpo Médico de Sudáfrica donde permaneció hasta 1946. Entre 1960-1965 fue profesor de psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Virginia, Estados Unidos. A partir de 1965 fue profesor de psiquiatría y director de la Unidad de Terapia de la Conducta en la Escuela Médica de la Universidad de Temple y psiquiatra investigador senior en el Instituto Psiquiátrico del Este de Pennsylvania. En 1979, recibió el Premio al Científico Distinguido de la APA por las Aplicaciones de la Psicología.

Aunque formado en la terapia orientada psicodinámicamente, la insatisfacción con los resultados de estos tratamientos lo llevó a buscar nuevas vías a través de la investigación en psicología del aprendizaje, particularmente en los trabajos de Pavlov, Hull y la investigación experimental de la neurosis desarrollada por Masserman. Su trabajo inicial estuvo orientado a la producción y eliminación de la neurosis experimental en gatos. Los resultados obtenidos en estas investigaciones le permitieron posteriormente desarrollar técnicas para el tratamiento de las neurosis humanas que fueron inicialmente publicadas en su libro *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Estas técnicas exigieron en primera instancia el desarrollo de métodos que le permitieran exponer al individuo a una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad y la creación de respuestas inhibitorias. La técnica de inhibición más frecuentemente utilizada es la **desensibilización sistemática (DS)**, en la cual se aparea la relajación muscular con situaciones imaginarias en orden jerárquico ascendente según el grado de ansiedad que provocan. Otras técnicas usadas para inhibir la ansiedad fueron la respuesta asertiva (en situaciones interpersonales cotidianas) y la respuesta sexual (para situaciones en las cuales se inhibía la ejecución sexual).

De todas maneras, su obra es fundamentalmente conocida por sus estudios experimentales en animales, que le permitieron formular el principio de inhibición recíproca según el cual, *“si puede hacerse que la respuesta que inhibe a la respuesta de ansiedad ocurra en presencia de los estímulos que provocan la respuesta de ansiedad, dicha respuesta debilitará el vínculo existente entre estos estímulos y la respuesta de ansiedad”* (Wolpe, 1977, p. 32).

Según Goldfried & Davison (1981), la Desensibilización Sistemática es un procedimiento desarrollado por Salter y Wolpe destinado a la reducción de la ansiedad. Según Wolpe (1979) (tal como se cita en Olivares, Méndez y Beléndez, 1999) afirma que:

Consiste en pedirle al sujeto que, estando relajado, imagine varias escenas que le provoquen cada una de ellas mayor ansiedad que la anterior. La presentación repetida en la imaginación, mientras el sujeto se encuentra relajado, de los estímulos que evocan respuestas de ansiedad, produce el debilitamiento gradual y la eliminación de estas últimas.

Wolpe obtuvo un gran reconocimiento por su contribución a la terapia. Al desarrollar la Desensibilización Sistemática (DS) a partir de la idea de que la relajación muscular podía inhibir la respuesta de ansiedad, a la cual también le atribuyó el nombre de inhibición recíproca o contra-condicionamiento. En la actualidad se sabe que el principio activo de esta técnica es la exposición y la explicación más aceptada es la habituación, no el contra-condicionamiento. Los pasos que plantea Fernández Álvarez (2011, p. 145) para su aplicación son:

1. Construir una escala de las situaciones que desencadenan respuestas de ansiedad, ordenándolas según su intensidad de mayor a menor. La confección se realiza junto al paciente, indagando cuáles son las circunstancias en que la ansiedad se presenta y cuál es la intensidad que alcanza en cada una de ellas. Luego se las ordena de modo progresivo.
2. Se expone al paciente a las representaciones acorde con la escala elaborada de manera progresiva en tantas sesiones como sea necesario.
3. Para avanzar de una escena a otra, es condición necesaria lograr la disminución del 50% de la ansiedad inicial.
4. La exposición puede hacerse en imaginación o en vivo, o intercalando estas formas de acuerdo con las necesidades y posibilidades.

Además plantea que los estímulos a los cuales se expone a los pacientes pueden ser:

- 1) Interoceptivos: Ciertas sensaciones físicas características de algunos trastornos de ansiedad. El trabajo consiste en estimular la aparición de los mismos síntomas físicos temidos. Por ejemplo: durante las crisis de pánico.
- 2) Exteroceptivos: Cualquier clase de estímulos externos al sujeto que le susciten ansiedad. Estos pueden ser tanto objetos como situaciones. Por ejemplo: Ciertos escenarios en el caso de la fobia social.

Las técnicas de exposición son para muchos autores el tratamiento de elección o, al menos, un componente fundamental de cualquier paquete terapéutico eficaz para el tratamiento de esta patología (Echeburúa, 1993; Heimberg y Juster, 1995; Marks, 1991). En uno de sus trabajos recientes se revisó la eficacia de 6 tratamientos psicológicos para la fobia social, a partir de un estudio de meta-análisis de 29 trabajos. Los resultados manifestaron que la exposición fue la técnica que produjo mayores cambios pre-post en la mayor parte de los síntomas.

### 3.4 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva (RC) se basa fundamentalmente en el modelo cognitivo clásico. Según Beck (1970) uno de los propósitos principales de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a reestructurar sus pensamientos distorsionados. El terapeuta hace hincapié en que aprender a captar los pensamientos propios constituye un paso necesario para corregir las distorsiones. A medida que el paciente comienza a expresar pensamientos automáticos el terapeuta logra una mayor comprensión de la vulnerabilidad del

mismo y de los esquemas que están activados, y que controlan su percepción. Dice Beck, además, que el paciente ansioso se encuentra libre de ansiedad cuando está en el consultorio, es por eso que será necesario que el terapeuta sea lo suficientemente creativo como para hacer surgir en sesión ansiedad en el paciente.

Sin embargo, según Bados y Grau (2010) su aplicación no es nada fácil por varios motivos. Para empezar, se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar. Asimismo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente. Por último, la técnica no está tan pautada como otras técnicas de modificación de conducta y, por sus propias características, no puede estarlo en la misma medida.

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis, y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

La RC se basa en ciertos presupuestos teóricos (Bados y Grau, 2010, p. 3):

- a) El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Imaginemos que quedamos con un nuevo conocido encontrarse en un lugar y este no ha aparecido al cabo de media hora. Si nuestra interpretación es que no lo interesamos, nos sentiremos tristes y no volveremos a establecer contacto; pero si pensamos que la tardanza se debe a un imprevisto o a una confusión de hora, nuestra reacción emocional y conductual será muy diferente. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.
- b) Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son pre-conscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas.
- c) Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

De acuerdo con Fresco & Heimberg (2001), en la reestructuración cognitiva que se implementa con las personas con fobia social se busca que el usuario:

- a) Identifique los pensamientos negativos que vienen a su mente antes o durante las situaciones sociales fóbicas
- b) Evalúe la exactitud de dichos pensamientos sometiéndolos a verificación por medio de la información objetiva de la que dispone o la resultante de "experimentos" planeados previamente por el terapeuta
- c) Derive pensamientos alternativos racionales que le ayuden a neutralizar los efectos de los pensamientos mencionados.

Adicionalmente, en la reestructuración cognitiva se ayuda al usuario a que comprenda el impacto de sus pensamientos sobre sus reacciones emocionales y conductuales y a que considere dichos pensamientos como hipótesis que se pueden discutir y someter a prueba. Para ello, el terapeuta cuestiona verbalmente las cogniciones inadecuadas del usuario mediante preguntas e información correctiva, y lo ayuda a definir sus pensamientos en términos específicos y concretos (Cia, 2004).

Según Fresco & Heimberg (2001) y Overholser (2002), la utilización efectiva de esta técnica requiere la realización de ejercicios de exposición en vivo ante la situación social fóbica. De hecho, un meta-análisis realizado por Sánchez, Rosa & Olivares (2004) con 35 estudios europeos sobre el tratamiento psicológico de la fobia social, mostró que la reestructuración cognitiva por sí sola no era recomendada para el tratamiento de este trastorno. En cambio, hallaron que las técnicas psicológicas más efectivas eran la exposición, la exposición con reestructuración cognitiva, la exposición con reestructuración cognitiva y entrenamiento en relajación y el entrenamiento en habilidades sociales con reestructuración cognitiva.

Analizadas ambas técnicas, podemos decir que la técnica de exposición corresponde a tratamientos conductuales o comportamentales, y su supuesto teórico se basa en los principios de extinción y contra condicionamiento. En cambio, la técnica de reestructuración cognitiva se fundamenta en los supuestos de las terapias cognitivas, y su principal objetivo es identificar la forma con la cual el paciente estructura su mundo, determinando de este modo sus emociones y conductas (Buela, Casal y Sierra, 2001).

### 3.5 Eficacia de las TCC

El asunto de los resultados diferenciales de los distintos tipos de TCC, es un tanto controversial y permanece sin resolver (Turk, Fresco, Heimberg, 1999). Existen distintas posturas y perspectivas con respecto a cuales son las técnicas más efectivas a la hora de abordar un paciente que padece fobia social.

Entre los componentes psicológicos más empleados se encuentran la exposición y la reestructuración cognitiva, como ya se mencionó previamente. Ambos presentan una base teórica bien establecida, basándose respectivamente en la habituación de los síntomas de activación y extinción de las respuestas de ansiedad, y en la modificación de la forma y/o el contenido de las cogniciones. Revisiones como las de Heimberg y Juster (1995) y Mattick, Page y Lampe (1988) evidencian los resultados positivos de la exposición y la reestructuración cognitiva. En la medida en la que las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva actúen sobre distintos aspectos, teóricamente su combinación integrada proporcionaría el beneficio de ambas (Echeburúa, 1995; Heimberg et al., 1990; Heimberg & Juster, 2000).

En cuanto a la pregunta de si es la exposición suficiente para producir buenos resultados clínicos o si es necesaria la reestructuración cognitiva para maximizar los beneficios del tratamiento, Feske y Chambless (1995) dirigieron esta pregunta a una revisión meta-analítica para comparar tratamientos que usaron sólo exposición, con tratamientos que combinaron exposición con reestructuración cognitiva. En base a 21 estudios, la exposición sola y la exposición combinada con reestructuración cognitiva produjeron un efecto equivalente en el pre, post-tratamiento y seguimiento en auto informes de resultados.

Las revisiones meta-analíticas son en general consistentes en demostrar que las técnicas cognitivo-conductuales (TCC) aportan importantes cambios en los individuos con trastorno de ansiedad social. Por ejemplo, Taylor (1996) encontró que la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y exposición combinada con reestructuración cognitiva fueron superiores a la lista de espera en los auto-reportes de síntomas asociados a este trastorno. Además, la valoración de efecto para estos tratamientos, aumentó significativamente después de un periodo de 3 meses (post tratamiento) sugiriendo una mejoría adicional al final del tratamiento. No hubo diferencias significativas entre los diferentes tipos de TCC.

En un meta-análisis reciente (2001) Federoff y Taylor compararon el seguimiento de las TCC en trastornos de ansiedad social: exposición, reestructuración cognitiva, exposición con reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación. Aunque todas las técnicas fueron moderadamente efectivas en el post tratamiento y mostraron efectos significativos en el seguimiento, no hubo diferencias significativas entre las diferentes intervenciones.

Adicionalmente no hubo diferencias en cuanto a abandonos entre los dos tipos de tratamientos. En otro meta-análisis, Gould et al. (1997) revisaron 16 estudios que usaron TCC. Entre las variaciones de las TCC examinadas, aquellas que tenían un componente de exposición administrado como único recurso o en combinación con reestructuración cognitiva, tenían mayores efectos en el tratamiento. Los tratamientos que usaron sólo reestructuración cognitiva o sólo entrenamiento en habilidades sociales fueron un tanto

menos efectivos, produciendo efectos moderados. Estos hallazgos sugieren la importancia de incluir la exposición en el tratamiento del trastorno de ansiedad social.

En un trabajo reciente se revisó la eficacia de 6 tratamientos psicológicos para la fobia social, a partir de un estudio de meta-análisis de 29 trabajos. Los resultados manifestaron que la exposición fue la técnica que produjo mayores cambios pre-post en la mayor parte de los síntomas. Los cambios producidos por las técnicas cognitivo-conductuales fueron algo menores, aunque la diferencia con respecto a la exposición no fue estadísticamente significativa (Ruhmland y Margraf, 2001).

Según Velasco (2007), aunque no es posible dar conclusiones definitivas acerca de cuál TCC es esencial para obtener buenos resultados, existe considerable evidencia que apoya la idea de que la exposición usada sola o en combinación con reestructuración cognitiva es una forma altamente efectiva de tratamiento. Es probable que el uso de cada estrategia beneficie a los individuos que padecen este trastorno. De hecho, hay autores que han sugerido que la cuestión acerca de cuál es la mejor intervención sería irrelevante, si uno considera que el cambio cognitivo y conductual puede ser facilitado por cada modalidad de intervención (Juster y Heimberg, 1998; Turk, Fresco y Heimberg, 1999). Por ejemplo, Turk et al. (1999) han notado que la discusión y el feedback circundante en los ejercicios de exposición, pueden facilitar cambios en las percepciones de los pacientes acerca de sus habilidades y modos de enfrentamiento. Estos mismos cambios son más explícita y sistemáticamente fomentados en terapias de reestructuración cognitiva. De manera similar, y sólo en ausencia de procedimientos estrictamente expositivos, es posible que la relación paciente-terapeuta sirva como un tipo de exposición, especialmente para pacientes con grandes dificultades para interactuar y compartir información personal con personas desconocidas.

## CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo hemos entendido la Fobia social o ansiedad social como un trastorno muy complejo, en donde como afirma Fernández Álvarez y Bogiaizian (2008) los sujetos presentan temor ante la observación directa o indirecta de los otros, y que a su vez implica un conjunto de reacciones emocionales, viscerales y posturas asociadas a representación del individuo que remiten a presuntos juicios negativos de los demás respecto de su conducta o sus cualidades personales. La fobia social es un fenómeno clínico determinado por múltiples variables y si bien puede aparecer durante la niñez, su desarrollo más característico es durante la adolescencia.

Es complejo el abordaje de estos pacientes debido a que la incapacidad causada por la fobia social se ve incrementada, por el hecho de que la condición puede durar virtualmente toda la vida, y que los pacientes difícilmente se recuperan sin un tratamiento. De allí su importancia de un diagnóstico precoz y diferencial de posibles trastornos. Por ello, para la comprensión de este trastorno de ansiedad, se han desarrollado los principales modelos explicativos, lo cual es fundamental no solo para entender los problemas que poseen las personas que padecen este trastorno, sino también por el hecho de que un modelo explicativo es una guía valiosa para la planificación de un tratamiento efectivo. Los elegidos como principales son: el modelo de Barlow, Modelo de Clark y Wells, Modelo de Rapee y Heimberg, y el Modelo de Botella, Baños y Perpiña. Todos los modelos presentados han probado ser eficientes, de modo que cada terapeuta puede sentirse en libertad de elegir cualquiera de ellos e, incluso, de emplear alguna forma de integración.

Existen distintas formas de tratar la fobia social, de las cuales las técnicas cognitivo-conductuales han resultado las más utilizadas en los últimos tiempos. De todas maneras, hemos tomado las técnicas de exposición y la reestructuración cognitiva como las más significativas a la hora de realizar esta revisión.

Con respecto al tratamiento, aunque no es posible dar conclusiones definitivas acerca de cuál TCC es esencial para obtener buenos resultados, hemos comprobado que existe considerable evidencia que apoya la idea de que tanto las técnicas de exposición como la reestructuración cognitiva, son una de las más utilizadas para el tratamiento psicológico de pacientes con fobia social. Además, tomando en cuenta una de las problemáticas planteadas inicialmente, las técnicas de exposición usadas por si solas o en combinación con la reestructuración cognitiva son una forma altamente efectiva de tratamiento, ya que se considera que estas potencian la reestructuración cognitiva. Conjuntamente, existen otras técnicas como el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en habilidades sociales, y la relajación, que son considerados buenos complementos de estas técnicas.

Teniendo en cuenta lo aprendido mediante esta revisión, me gustaría destacar que si bien la investigación empírica ha demostrado que las TCC son un excelente tratamiento de elección, se deben tener en cuenta que son pacientes con grandes dificultades de interacción, por lo tanto, el solo hecho que el paciente pueda acudir a una consulta y elaborar su demanda con el terapeuta, sirve como un tipo de exposición. Es decir, que la relación paciente – terapeuta ya es un punto de partida de trabajo.

Por otra parte, si bien existe una amplia lista de cuestiones bajo debate, la investigación sobre la fobia social y sus posibles tratamientos constantemente está abierta. Pero si bien la experiencia demuestra que cada vez son más los pacientes que recurren de manera temprana a la consulta, todavía queda un gran porcentaje que no lo hacen por temor, falta de información o recursos para hacerlo. Es por eso que a mi entender, como futuras líneas de investigación sería importante poder incorporar en el abordaje de estos pacientes, a su red social de apoyo como una forma de incrementar la adherencia al tratamiento, y que a su vez los resultados puedan ser sostenidos en el tiempo. Asimismo, destaco como relevante, la importancia de elaborar programas preventivos para niños y adolescentes potencialmente vulnerables, en donde se trabaje promoviendo el desarrollo de habilidades de afrontamiento de las situaciones sociales y modifiquen factores ambientales de riesgo. De esta manera, difundiendo en la comunidad los alcances y consecuencias, tanto directas como indirectas de este trastorno, es posible incrementar la conciencia de no solo los pacientes y sus familias, sino también de los ámbitos donde se desempeñan niños y adolescentes.

De todas maneras, siempre quedan algunos interrogantes sin responder. Y para finalizar, me gustaría proponer a futuro, un posible estudio acerca del funcionamiento de los dispositivos grupales en paciente

con fobia social, que se han convertido en una importante promesa en este campo: ¿Cuáles son las diferencias de abordar estos pacientes desde un dispositivo individual o grupal? ¿Acaso es posible obtener diferencias estadísticamente significativas entre ambos formatos de administración de tratamiento? ¿Podríamos aplicar los dispositivos grupales con cualquier tipo de paciente que sufre fobia social?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldana, A., César, A., Derly, R., Rey, C. y Sujelid Hernández, R. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. Terapia psicológica, 2 (24), 191- 200.
- Allen, K.L & Page, A.C. (2005). Performance-related beliefs in social phobia: why social phobics perceive performance requirements as exceeding their abilities. Behaviour Change, 22(1), 1-12.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: APA.
- Amies, P.L., Gelder, M.G. & Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. British Journal of Psychiatry. 142, 174-179.
- Aron, E. N & Aron, A. (1997). Sensory- processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality, Journal of Personality and Social Psychology, vol. 73, Nº 2. 345-368.
- Bados López, A. (1997). Técnicas de intervención en agorafobia. Ansiedad y Estrés, 3 (2-3), 339-358.
- Bados López, A. (2005). Fobia Social. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona.
- Bados, A & Grau E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Baños, R., Botella, C. & Perpiña, C. (Eds.). (2003). Fobia social. Barcelona: Paidós.
- Barlow, D. (2003). The nature and development of anxiety and its disorders: Triple vulnerability theory. Eye on Psi Chi, 7 (2).
- Bobes Garcia, J., Cervera Enguix, S., & Roca Bennasar, M. (Eds.). (1999). Fobia Social. Barcelona, CA: Masson.
- Blázquez, F., Calderón, M. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. Uaricha, 11(24), 134-147.
- Botella, C., Perpiña, C., Baños, R. M. & García-Palacios, A. (2003). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (Eds.), Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social (pp. 65-85). España: Paidós.
- Buela Casal, G., Sierra, J. & Vera Villaroel, P. (2001). Evaluación y tratamiento de fobias específicas y fobia social. En G. Buela Casual y J. Sierra (Eds), Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. Madrid: Ed. Biblioteca nueva.
- Buela Casal, G., Sierra, J. (2001). Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. Madrid: Biblioteca nueva.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. Clinical Psychology Review, 9, 91-106.
- Capafons Bonet, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. Universidad de la Laguna, Vol. 13, nº 3, 447-452.
- Cervera, S.E., Roca, M.B. & Bobes, J.G. (1998). Fobia Social. Barcelona: Masson.
- Cia, A. H. (2004). Trastorno de ansiedad social: Manual diagnóstico, terapéutico y de ayuda. Buenos Aires: Polemos.

- Clark, D.M. & Salkovskis, P.M. (1987). Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual. Oxford.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia, En R. Heimberg; M. Liebowitz; D. Hope, & F. Schneier (eds.): Social phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. (pp. 69-93). Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1990). La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del DSM-III R y del CIE- 10. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 8, 1-15.
- Echeburúa, E & Salaberria, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: Un análisis crítico. Psicothema, vol. 3, N° 1, pp 7-23.
- Echeburúa, E. (1993). Fobia social. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (1996). Evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona: Martínez Roca
- Echeburúa Odriozola, E. & Salaberria Irizar, K. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En I. Amigo Vázquez., J. Fernández Hermida., C. Fernández Rodríguez & M. Pérez Álvarez. (Eds.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos (pp. 271- 285). Madrid: Ed. Pirámide.
- Escribano, S & Saiz B. (2010). Fobia Social. Revisión y exposición de un caso clínico. Sesiones Clínicas del Área. Hospital Universitario. Madrid.
- Federoff I., Taylor S. (2001). Psychological and Pharmacological Treatments of Social Phobia: A Meta-Analysis. Journal of Clinical Psychopharmacology, Vol. 21, No3. 311–324
- Fernández Álvarez., H, Bogiaizian, D. (2008). El miedo a los otros. Buenos Aires: Lumen.
- Fernández-Álvarez., H. (comp.). (2011). Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos. Buenos Aires: Polemos.
- Feske U., Chambless DL. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. Behavior Therapy 26,695-720.
- Fresco, D. & Heimberg, R. (2001). Empirically supported psychological treatments for social phobia. Psychiatric Annals, 31, 489-497.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1981). Técnicas terapéuticas conductistas. Buenos Aires: Paidós.
- Gould R.A., Buckminster S. & Pollack MH. (1997). Cognitive Behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. Clinical Psychology Science Practic 4. 291-306.
- Guerrero, J. (2006). Fobia social: del psicoanálisis a la psiquiatría. VI Jornadas científicas sobre las fobias sociales: psicopatología, génesis y tratamiento. Madrid.
- Heimberg, R., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer. R.L., & Liebowitz, M.R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia, Journal of Anxiety Disorders, N° 7, pp.249-269.
- Heimberg, R.G. & Juster, H.R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (Eds.), Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford.

- Hofmann., S. G. & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). En D.H Barlow (ed.): Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Nueva York: Guilford Press, pp. 454-476.
- Juster HR., Heimberg RG. (1998). Social Phobia. En Hersen M., Bellack AS., eds. Comprehensive clinical psychology, vol.6. 475-498.
- Kaplan H., Sadock, B. (1997). Tratado de Psiquiatría. Inter-Médica. 4° ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; vol. 2: 410-416.
- Mattick, R. P. & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,251-260.
- Marks, I.M. (1991). Miedos, fobias y rituales. Barcelona: Martínez Roca.
- Medina Mora K., Borges G., Lara C. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México; vol. 1:1-16.
- Nader, K. & Ledoux, J. (1999). The neural circuits that underlie fear. En L. A. Schmidt & J. Schulkin (eds): Extreme Fear. Shyness and Social Phobia. Origins, Biological Mechanisms and Clinical Outcomes. Nueva York: Oxford University Press, pp. 119- 139.
- Olivares, J., & Méndez, F. X. (Eds.). (1999). Técnicas de modificación de conducta (2ª Ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en la población infanto-juvenil de habla española y portuguesa. Anuario de Psicología, 40, 7-21.
- Öst, L.G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. Behavior Research and Therapy, 26, 13-22.
- Öst, L.G. & Westling, B.E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. Behavior Research and Therapy, 33, 145-158.
- Overholser, J.C. (2002). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. Journal of Contemporary Psychotherapy, 32(2-3), 125-144.
- Rey, A., César, A., Aldana, A., Derly, R., Hernández, R. (2006). Estado del Arte sobre el Tratamiento de la Fobia Social. Terapia Psicológica, vol. 24, núm. 2. pp. 191-200.
- Sanchez, J., Rosa, A. I. & Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. Anales de Psicología, 20(1), 55-68.
- Soloyom, L., Ledwidge, B. & Solyom, C. (1986). Delineating social phobia. British Journal of Psychiatry, 149, 464-470.
- Staudt, M., Stortti, M., Thomaé, V., Barturen, S. (2006). Fobia social: Una enfermedad discapacitante cada vez más frecuente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 155.
- Stein, M. B., Walker, J. R. & Forde, D. R. (1999). Public-speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. Archives of General Psychiatry 53, 169–174.
- Suinn, R. (1993). Entrenamiento en manejo de ansiedad. Bilbao: Ed. Desclee de Brouner, S. A.
- Taylor S. (1996). Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for social phobia. Journal of Behavior Therapy Exp Psychiatry 27:1-9.

- Toro G & Yepes R. (2001). Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. 3° ed. Medellín- Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 172-178.
- Turk CL., Fresco D.M., Heimberg RG. (1999). Social phobia: cognitive behavior therapy. En: Hersen M., Bellack AS, eds. Handbook of comparative treatments of adults disorders, 2nd edn. New York, NY: Wiley, 287-316.
- Tyrer, F. (1992). Clasificación de las Neurosis Fóbicas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1992: vol. 7: 102-107.
- Velazco, C. (2007). Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social. Cuad. Neuropsicol: 1(2), 127 – 138.
- Vidal G., Alarcon R. (1986). Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 464-466.
- Walsh, J. (2002). Shyness and social phobia: A social work perspective. Social Work, 27 (2), 137 144.
- Wells, A. (1997). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wittchen, H.-U., Lieb, R., Schuster, P & Oldehinkel, A. (1999). When is onset Investigations in early developmental stages of anxiety and depressive disorders. American Journal of Psychiatry (in the press.).
- Wolpe, J. (1977). Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.

