

MÁSTERES de la UAM

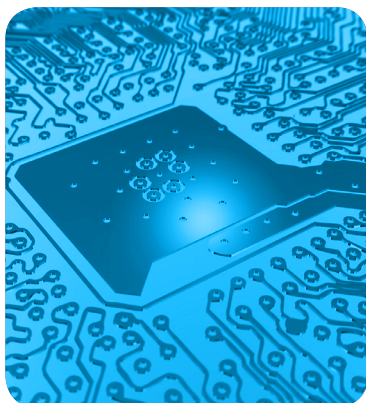
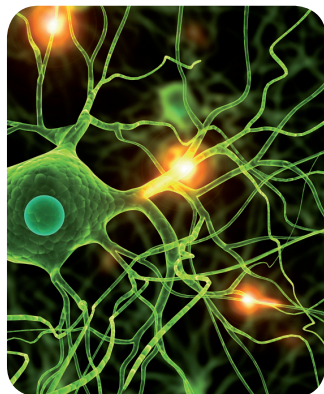
Facultad de Psicología /11-12

Máster Universitario en
Psicología de la Salud



Tratamiento psicológico de un caso de fobia social generalizada

*Guillermo Salcedo
Cabañas*



ÍNDICE

Resumen/Abstract	2
Parte teórica	
Introducción	3
Características clínicas	3
Desarrollo histórico	4
Subtipos	5
Prevalencia y curso	6
Comorbilidad	7
Diagnóstico diferencial	7
Factores de riesgo	9
Modelos explicativos	11
Evaluación	13
Tratamiento	15
Presentación del caso clínico	
Identificación de la paciente	19
Motivo de consulta	19
Historia del problema	20
Instrumentos de evaluación	23
Análisis y descripción de las conductas problemáticas	27
Diagnóstico	29
Formulación clínica	30
Análisis funcional	32
Objetivos, técnicas y plan del tratamiento	33
Desarrollo de las sesiones	36
Resultados	37
Discusión	42
Bibliografía	46
Anexos	47

Resumen

El presente estudio de caso único pretende realizar una aproximación teórica y práctica a la fobia social, a partir de la exposición del caso de una mujer de 35 años que presentaba las manifestaciones clínicas propias de este trastorno, como son el aislamiento social, la alta activación fisiológica y un intenso temor a la mayoría de las situaciones sociales. Estos síntomas provocaban en la paciente un malestar que interfería en diferentes aspectos de su vida. El tratamiento se llevó a cabo mediante 20 sesiones de 45 minutos de duración y consistió en la aplicación de un programa cognitivo-conductual donde se hizo especial énfasis en el abordaje de los procesos cognitivos distorsionados que la paciente presentaba, así como en la realización de diversos ensayos conductuales que le permitieran adquirir nuevas estrategias de afrontamiento para las relaciones sociales. El análisis de los datos cuantitativos y cualitativos permiten concluir la mejoría sintomatológica de la paciente y el beneficio que la terapia cognitivo-conductual puede llegar a producir en este tipo de trastornos. Se ha realizado así mismo una revisión bibliográfica de los modelos explicativos y de los aspectos fundamentales para comprender mejor la génesis, las características clínicas y el tratamiento de la fobia social.

Palabras clave: Estudio de caso único, trastorno de fobia social, tratamiento cognitivo- conductual.

Abstract

The present single case study performs a theoretical and practical approach to the social phobia disorder, based on a case of a 35 years old woman who presents the typical clinical symptoms of this disorder, such as social isolation, high physiological activity and a strong fear of most social relationships. These symptoms cause in the patient an indisposition which interferes with different aspects of her daily life. The treatment was carried out during 20 sessions of 45 minutes each, applying a cognitive-behavioural program with special emphasis in searching the distorted cognitive processes exhibited by the patient, as well as several behavioural assays to correct them. The analysis of the derived quantitative and qualitative data allows concluding that the cognitive-behavioural treatment could improve the recovering of patient showing social phobia disorder. A

bibliographic review of the models proposed and the main clinical manifestations has been also carried out to better understand the genesis, symptoms and treatment of this disorder.

Key words: Single-case study, social phobia disorder, cognitive-behavioural treatment.

PARTE TEÓRICA

Introducción:

Las relaciones interpersonales forman parte de la naturaleza de los seres humanos. Las necesitamos tanto como el alimento o como el agua para poder sobrevivir ya que nos pasamos la mayor parte de nuestra vida relacionándonos con otras personas. Desde esta perspectiva, la ansiedad social supone una respuesta adaptativa ya que nos permite comportarnos correctamente ante relaciones sociales importantes o novedosas (Echeburúa, 1993). Experimentar cierto grado de ansiedad nos previene ante las amenazas procedentes de otros miembros de nuestra especie. Sin embargo, cuando este nivel de ansiedad es excesivo, no guarda relación con la situación experimentada y termina por restringir las relaciones sociales de las personas que la sufren, limitando además su calidad de vida, entonces se convierte en un desagradable problema que puede derivar en la fobia social.

Este trastorno, considerado por algunos autores como el tercer trastorno psicológico más común (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002), ha centrado el interés de la psicología clínica en los últimos años no solo por el nivel de deterioro que puede provocar en la vida de quien lo padece, sino porque además suele desencadenar otros cuadros clínicos de gravedad, como depresión o dependencia al alcohol.

Características clínicas:

Los sujetos con fobia social se caracterizan por sentir un gran temor a ser evaluados de forma negativa o rechazados, por tener altos niveles de ansiedad, por presentar déficits conductuales en

situaciones sociales y por mantener conductas de escape y evitación. Los principales síntomas que presentan son:

Tabla1. Principales síntomas de la fobia social.

Síntomas conductuales	Síntomas cognitivos	Síntomas fisiológicos
<ul style="list-style-type: none"> - Conductas escape/evitación - Hipervigilancia ante indicios de rechazo o desaprobación. - Aislamiento social - Se distancian de las situaciones sociales temidas - Temor e intranquilidad observables ante situaciones sociales temidas - Hipersensibilidad ante comentarios sugerentes de ridículo o burla. - Se muestran introvertidos, tímidos y desconfiados. - Se muestran con contacto ocular escaso y callados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muestran conceptos rígidos sobre la conducta social apropiada - Búsqueda constante de aprobación - Focalización centrada en uno mismo, en los síntomas fisiológicos y en creer que los demás están pendientes de su actuación - Autoverbalizaciones negativas - Creencias sociales erróneas - Tienen a rebajar la eficacia de su conducta - Preocupación excesiva por la crítica, - Bloqueo, quedarse en blanco - Sobreestiman la probabilidad de situaciones sociales desagradables 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión muscular - Rubor - Palpitaciones - Sudor - náuseas - Visión borrosa - Temblor - Tartamudeo - Sequedad de boca - Escalofríos - Sensación de hormigueo - Inestabilidad emocional - Sentimientos de vacío y soledad - Hipersensibilidad al rechazo - Sentimientos de inadecuación social y personal

Desarrollo histórico:

La fobia social ha sido históricamente un trastorno olvidado para la psiquiatría hasta bien entrado el siglo XX. A pesar de que a principios del siglo pasado Janet (1903, 1909) definió como *fobia a las situaciones sociales* los temores de algunos pacientes al hablar o tocar el piano en público, tuvieron que pasar varias décadas hasta que Marks y Gelder (1966) presentaran la primera delimitación del término y lo establecieron como una categoría diagnóstica propia, definiéndola como “un miedo ante situaciones sociales, expresado por timidez, miedo a ruborizarse en público, a comer en restaurantes, a encontrarse con hombres o mujeres, a ir a fiestas o bailes, o bien a temblar cuando se es el centro de atención”.

Años más tarde Nichols (1974) realizó una mayor aproximación al trastorno, indicando que se caracterizaba por una sensibilidad a la desaprobación, la crítica, una baja auto-evaluación, unas reglas rígidas acerca de cómo comportarse, ansiedad anticipatoria y un temor elevado ante el

hecho de ser evaluado. El trastorno no fue reconocido oficialmente como una entidad diagnóstica propia hasta la tercera edición del DSM (DSM-III; APA, 1980), donde se definió como un miedo excesivo e irracional a la observación o al escrutinio por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar aseos públicos. Con la publicación del DSM-III-R (APA, 1987) se incluye dentro del diagnóstico el subtipo generalizado (ver apartado siguiente). El DSM-IV-TR y el borrador del DSM-5 siguen manteniendo esta división

Subtipos:

Como se menciona en el apartado anterior, a partir de la publicación del DSM-III-R (APA, 1987), se realiza una distinción entre dos subtipos dentro del diagnóstico de la fobia social.

En el subtipo **generalizado** (*fobia social generalizada*), el sujeto teme “la mayoría de situaciones sociales”, tanto las de interacción como las de actuación, con lo que es de esperar que su deterioro social, laboral y personal sea más grande. La mayor parte de los pacientes que son diagnosticados de fobia social presentan un temor multifóbico, y por tanto generalizado. Turner Beidel, Woody y Messer (1994) encontraron que ese porcentaje se situaba entre el 60% y 70% de sujetos.

El subtipo **específico** (también conocido en la literatura científica *como no generalizada o circunscrita*) presenta manifestaciones clínicas de fobia social pero el temor solo refiere situaciones concretas (hablar en público, etc.), y no tiene porque presentar déficits tan estructurales como en el subtipo generalizado. Estos pacientes son una minoría en el contexto clínico, y suelen tener más dificultades para pedir ayuda.

Esta división en dos subtipos genera a día de hoy cierta controversia, puesto que no queda claro los criterios para definir la “mayoría” de situaciones de forma cuantitativa, por lo que su diagnóstico queda en manos del criterio subjetivo del psicólogo que realice la evaluación.

Prevalencia y Distribución poblacional:

Según la APA (2000), la prevalencia de la fobia social esta entre el 2% y el 4% de la población general, llegando alcanzar un 10% si la tasa la situamos a lo largo de la vida. Estos porcentajes varían en función del umbral utilizado para determinar el malestar y de los sistemas de clasificación para diagnosticar el trastorno.

Respecto a la distribución de la fobia social por sexo entre la población adulta, la mayor parte de los estudios apuntan a una mayor tendencia de la presencia de este trastorno entre las mujeres.

Sin embargo no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en población clínica (Heimberg y Hope, 1992; Yonkers, Dyck y Keller, 2001).

Una particularidad de este cuadro clínico con respecto a otros trastornos fóbicos, es que afecta en una proporción mucho mayor a población soltera que a la casada, debido precisamente a las dificultades que experimentan los individuos para iniciar y mantener relaciones afectivas.

Inicio y curso:

La edad de inicio del trastorno suele ser anterior a otros trastornos de ansiedad, situándose en la etapa adolescente entre los 12 y los 18 años, presentándose con un inicio más temprano la forma generalizada del trastorno que la específica (Chavira y Stein, 2005).

El comienzo del trastorno suele ser gradual, con antecedentes de timidez y aislamiento en la pre-adolescencia. Debido a este hecho, se da la particularidad de que muchas de las personas afectadas por este cuadro clínico no suelen pedir ayuda por creer que se trata de algo inmodificable hasta que las dificultades no interfieren de forma muy invalidante en sus vidas (Marks, 1991). Aunque menos frecuente, también puede darse con un inicio repentino ante una experiencia traumática o excesivamente negativa previa al inicio del trastorno, donde la persona experimenta una gran humillación. En estos casos lo más probable es que los sujetos desarrollen miedos circunscritos a unas pocas situaciones relacionadas con estas experiencias.

La evolución de la fobia social suele ser crónica y continua, aunque puede atenuar su gravedad o

disminuir durante la edad adulta.

Comorbilidad:

La fobia social presenta una alta comorbilidad con los trastornos del estado del ánimo, fundamentalmente con el trastorno depresivo mayor (Kessler et al. 1999), así como con otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia específica. En la mayor parte de estos casos, se ha encontrado que la fobia social es previa a la aparición de estos trastornos, pudiendo resultar un factor desencadenante de los mismos (Faravelli, Zucchi, Viviani, Salmoria y Perone, 2000).

Existe también una elevada comorbilidad con los trastornos por dependencia, fundamentalmente al consumo de alcohol y a fármacos ansiolíticos, utilizados generalmente como estrategias de afrontamiento para reducir la ansiedad anticipatoria a las situaciones sociales temidas.

Por último, algunos autores proponen la comorbilidad del Trastorno de la personalidad Evitativo con la fobia social, defendiendo la coexistencia de sus síntomas en contraposición a los que ven ambos trastornos como diagnósticos "hermanos" que comparten síntomas pero difieren en la intensidad.

Diagnóstico diferencial:

Como ante el diagnóstico de cualquier otro trastorno, es importante realizar un buen proceso de evaluación que delimite las diferencias entre la fobia social y otros cuadros clínicos o comportamientos no patológicos con características similares, entre los que se encuentran:

- *Timidez*. En primer lugar habría que delimitar correctamente la fobia social de un constructo muy relacionado como es el de la timidez, que comparte similitudes somáticas y cognitivas con este trastorno fóbico. Sin embargo, parece existir un acuerdo en el sentido de no considerar que las personas tímidas presentan un trastorno de conducta y/o de personalidad sino que

más bien tienen un temperamento reservado que les predispone a experimentar una mayor activación y ansiedad ante situaciones sociales que los las personas con un nivel bajo de timidez. Autores como Turner y Biedel (1990) señalan que las personas tímidas tienen un grado de deterioro social y laboral mucho menor que las que padecen fobia social.

- *Trastorno de la personalidad por evitación (TPE)*: Actualmente no se consideran relevantes las diferencias desde una perspectiva psicopatológica entre el TPE y la fobia social generalizada, puesto que comparten y casi se solapan en sus características principales (hipersensibilidad a la crítica, a la evaluación negativa, al rechazo, baja tasa de habilidades sociales, baja autoestima, excesiva ansiedad manifiesta, conductas de evitación, etc.).

El propio DSM-IV-TR asemeja algunos de los criterios diagnósticos para ambos trastornos, existiendo unanimidad en considerar al TPE una fobia social generalizada más severa, con mayor ansiedad social, más deterioro, menos habilidades sociales y más comorbilidad con otros trastornos (Donohue, Van Hasselt y Hersen, 1994). Algunos estudios recientes (Cox, Pagura, Stein y Sareen, 2009) añaden que un gran porcentaje de pacientes presentan ambos diagnósticos simultáneamente, aunque a nivel clínico se puede considerar redundante.

Si que es más adecuado realizar un diagnóstico diferencial si la fobia social no es generalizada, considerándose ambos constructos los extremos de un continuo psicopatológico donde la fobia social generalizada se situaría en el lugar intermedio.

- *Trastorno esquizoide de la personalidad*: Se diferencia de la fobia social debido a que los pacientes con este trastorno de personalidad se caracterizan por un marcado desinterés y una ausencia de respuesta ante las situaciones sociales.

- *Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)*: A diferencia de la fobia social, en el TAG los temores y preocupaciones no se centran únicamente en el miedo a la evaluación negativa ante las situaciones sociales, sino que se presenta una preocupación excesiva e irracional ante un amplio número de situaciones (salud, familia, aspectos económicos, laborales, etc.).

- *Agorafobia*: Aunque ambos diagnósticos pueden compartir una situación de aislamiento social, la

evitación en la agorafobia se debe al temor a sufrir ataques de pánico o no poder escapar en situaciones donde la persona se siente atrapada, en lugar de evitar situaciones donde se teme una evaluación negativa o un rechazo por parte de los demás, como en la fobia social.

- *Trastorno de pánico*: Aunque en la fobia social pueden darse ataques de pánico ante los estímulos temidos, durante el trastorno de pánico estos ataques no están circunscritos a una situación exclusivamente social.

- *Trastornos del estado de ánimo*: Pueden compartir síntomas semejantes a los de la fobia social, pero en este caso las evitaciones son consecuencia del propio déficit del estado de ánimo (baja autoestima, apatía, etc.).

- *Trastorno obsesivo-compulsivo*: En este caso, el diagnóstico diferencial versa en que en el TOC las obsesiones y las compulsiones no son únicamente los temores sociales y la evitación.

- *Trastornos físicos*: No está indicado realizar un diagnóstico de fobia social en caso de la persona padezca una enfermedad física cuyos síntomas expliquen la preocupación de atraer la atención y observación de los demás.

- *Trastornos generalizados del desarrollo*: En cuanto a estos trastornos del desarrollo que se dan en la infancia, se diferencian de la fobia social en que los niños con éste último trastorno tienen la capacidad de desarrollar y mejorar sus habilidades sociales al no presentar el deterioro neuropsicológico de los niños con TGD.

Factores de riesgo:

Se consideran que existen diversos factores que pueden incrementar la vulnerabilidad del sujeto para desarrollar fobia social, en concreto los patrones de conducta parentales, las experiencias sociales escolares o la alta puntuación en algunas dimensiones de personalidad.

- En cuanto a la **actitud parental y el tipo de relación familiar establecido**, se ha señalado la sobreprotección, el excesivo control y el escaso apoyo emocional hacia los hijos como factores de riesgo en la aparición del cuadro (Arrindel, Emmelkamp, Mosma y Brilman, 1983). La

sobreprotección dificulta el desarrollo de la autonomía y da lugar a conductas de inhibición, mientras que el bajo apoyo emocional impide el desarrollo de la autoestima y de la propia seguridad para actuar con los demás. Otros factores serían la escasa sociabilidad familiar, la transmisión de los propios temores sociales por parte de los padres a través del modelado, o el reforzamiento de las conductas evitativas de los hijos.

- Otro factor de vulnerabilidad puede considerarse las experiencias negativas en las relaciones sociales que el niño o el adolescente experimenta en el colegio. En este sentido, es plausible que ser ignorado o rechazado por los iguales pueda constituirse en un factor predisponente para el desarrollo de la fobia social en los adolescentes y adultos (Frankel, 1990; Ishiyama, 1984), y así, al evitar el contacto con sus compañeros llevar a la pérdida de nuevas oportunidades para relacionarse con los mismos (Rubin *et al.*, 1990), pudiendo contribuir también este hecho al mantenimiento de la fobia social.

- Así mismo algunas dimensiones de personalidad como bajas puntuaciones en extroversión, altos niveles en introversión (manifestada en timidez extrema durante la infancia y adolescencia) y en neuroticismo pueden estar asociados en el desarrollo de la fobia social generalizada (Watson, Clark y Carey, 1988), aunque no así con la específica.

Además, autores como Bruch (1989) proponen otros factores que pueden contribuir al desarrollo de un excesivo temor social y la hipersensibilidad ante la evaluación negativa durante la niñez, como la presencia de enfermedades que puedan afectar la apariencia física, el déficit en habilidades sociales o el desarrollo excesivo de la autoconciencia en los primeros años de la adolescencia.

- Por último, algunos autores señalan diferencias en el temperamento y en sus influencias genéticas que producirían una cierta vulnerabilidad innata para el desarrollo de la fobia social. En concreto plantean la inhibición conductual en la infancia como un factor de riesgo para la aparición de trastornos fóbicos, ya que los niños inhibidos experimentan un umbral de activación psicofisiológica más bajo cuando se les expone a estímulos desconocidos.

Modelos explicativos:

A pesar de que se conoce aún poco sobre la etiología exacta de la fobia social, diversos modelos tratan de explicar la génesis de este trastorno.

- Modelos de aprendizaje: Los modelos ambientales y de aprendizaje hacen hincapié en considerar los temores aprendidos como la causa de la aparición del trastorno. En concreto a través de las conocidas como “tres vías hacia el miedo”:

- Las *teorías del condicionamiento directo* explican la adquisición de la fobia social como un proceso de condicionamiento clásico, donde se produce una asociación entre un objeto fóbico, en este caso una o varias relaciones interpersonales, y una experiencia aversiva. Este miedo adquirido se mantendría a través del condicionamiento operante, funcionando la evitación como un eficaz refuerzo negativo. La observación clínica indica que la fobia social específica es la que más asociada está a estos procesos de condicionamiento, mientras que en la fobia social generalizada ciertos rasgos más estables de personalidad tienen más relación en la etiología del trastorno.

- Desde las teorías del *condicionamiento vicario* se sostiene que es la observación de los demás experimentando ansiedad en situaciones sociales la que lleva al observador a temer este tipo de situaciones, algo que cobra especial relevancia cuando son los padres los modelos a observar (Manuzza y cols., 1995).

- Por último, otros autores señalan la importancia que la *transmisión de información* puede tener en la aparición de la fobia social (Ost y Hugdahl, 1981; Mulkens y Bögels, 1999).

- Modelo cognitivos: Desde los modelos cognitivos se señala como causa fundamental en la génesis de la fobia social el papel que desempeña los procesamientos erróneos que los sujetos que la padecen hacen con la información, donde se presentan numerosos sesgos cognitivos, tanto atencionales como interpretativos, y búsquedas desesperadas de conductas de seguridad (Eysenck, 1999). Existe unanimidad en considerar el miedo a la evaluación negativa (y su sesgo atencional derivado) como el componente cognitivo central de la fobia social. Dada la importancia que parece tener para los sujetos con fobia social el hecho de ser valorado negativamente por los demás y

puesto que parece que creen que las personas adoptan permanentemente una actitud crítica y negativa, las situaciones sociales son percibidas como una fuente continua de estímulos amenazantes, por lo que se verían obligados a dedicar gran parte de sus recursos atencionales a la detección de tales señales.

Distintas investigaciones han intentado poner a prueba la hipótesis de que los sujetos con fobia social presentan un sesgo atencional que prioriza la percepción de estímulos sociales de carácter negativo, destacando el modelo de Clarck y Wells (1995) y el de Rapee y Heimberg (1997).

- **El modelo de Clarck y Wells**, postula como los sujetos con fobia social muestran un aumento de la atención autofocalizada cuando deben enfrentarse a una situación social. Este aumento les provoca un incremento de la respuesta de ansiedad e interfiere con el procesamiento que el sujeto hace de la situación y de la conducta de la gente. Esta información interoceptiva es utilizada por el sujeto fóbico para llevar a cabo una valoración inadecuada y catastrofista de sus síntomas de ansiedad y para construir una imagen social negativa de sí mismos, basada en reglas cognitivas rígidas, supuestos disfuncionales y creencias autodesvalorizantes.

Estos autores también señalan la importancia del papel de las conductas de seguridad que utilizan las personas con fobia social (como no mirar a los ojos del interlocutor o hablar con un tono de voz bajo, etc.) para reducir el riesgo de sufrir una evaluación negativa, y como estas conductas ayudan a mantener las creencias negativas y la ansiedad social (ver figura en anexo1).

- **El modelo de Rapee y Heimberg** (1997) profundiza en los factores de mantenimiento de la fobia social, señalando que los altos niveles de ansiedad social se alcanzan debido a la disonancia entre la representación mental que una persona fóbica hace de sí misma (tal como el individuo presume que los demás lo ven), que se va formando en la experiencia social, y los estándares esperados de los otros (sus expectativas con respecto a lo que supuestamente los demás esperan de él). Según los autores, este grado de ansiedad (en su triple sistema de respuestas, cognitivas, fisiológicas y motoras) influye en la representación mental que el individuo mantiene de su apariencia y conducta (sesgo interpretativo); además el individuo atiende prioritariamente a la información negativa

(sesgo atencional) y de esta forma se produce un círculo vicioso que retroalimenta el sistema (ver figura en anexo 2).

- *Modelos biológicos*: Estos modelos tratan de mostrar una cierta influencia de la genética en el desarrollo de la fobia social. Algunos estudios con gemelos (Kendler, Karkowski y Prescott, 1999; Reichborn-Kjennerud, 2007) apuntan la existencia de una correlación entre la vulnerabilidad biológica y la adquisición de la fobia social, aunque no de forma concluyente.

Otras variables estudiadas desde estos modelos que correlacionen con la adquisición del trastorno son: la vulnerabilidad del sistema nervioso autónomo, la inhibición conductual en la infancia (Beidel, 1998) y la sensibilidad a la ansiedad (Pollock et al., 2002).

Evaluación:

Como ocurre con otros trastornos de ansiedad, la evaluación de la fobia social debe centrarse en recoger información sobre el trastorno (frecuencia, intensidad y evolución de los síntomas), y también en explorar la presencia de otras áreas que se vean afectadas, como un déficit en las habilidades sociales, en la autoestima, el abuso de alcohol u otras sustancias, o presencia de cuadros de ansiedad y afectivos. El proceso de evaluación debe abarcar el uso de instrumentos indirectos como entrevistas, autoinformes, autorregistros, además de medidas de observación directa como los test situacionales.

- *Entrevistas*: Las entrevistas son, junto a las medidas de autoinforme, los métodos más utilizados para la evaluación de la fobia social (Caballo, López-Gollonet y Olivares, 2005) y permiten recoger información acerca de la historia y el mantenimiento de los temores sociales del paciente, así como del impacto que han tenido en su vida. Así mismo, dado que los pacientes con fobia social suelen tardar en pedir ayuda, y que ante el primer contacto con el psicólogo no es infrecuente que experimenten un alto grado de ansiedad social, las entrevistas semi-estructuradas pueden llegar a suponer una primera situación de exposición, y una buena forma de evaluar las habilidades sociales del paciente en la situación social que supone la propia entrevista.

Con respecto a las entrevistas estructuradas, una de las más empleadas para el diagnóstico de la fobia social en el contexto clínico es la “Entrevista para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, según el DSM-IV” (*The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV:Lifetime Version*, ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994) y su versión anterior según el DSM-III-R(*The Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised*, ADIS-R; DiNardo y Barlow, 1988), que incluyen una sección relativa a la fobia social, en la cual se evalúa tanto la severidad del miedo como la evitación del sujeto ante 12 situaciones sociales (hablar en público, fiestas, reuniones, etc.). Para la población infantil y adolescente se emplea “La entrevista de los trastornos de ansiedad para niños y padres” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents Versions*, ADIS-C/P, Silverman y Albano, 1996).

- Autoinformes y cuestionarios: De entre los autoinformes más utilizados en la evaluación de la fobia social, caben destacar la *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz* (1987), que consta de 24 ítems que evalúan el nivel de ansiedad en actuaciones sociales (comer o beber en público) y en interacciones sociales (ir a una fiesta, etc.) tanto en las respuestas motoras como cognitivas.

Otra opción es el *Inventario de Ansiedad y Fobia Social* (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) que consta de 45 ítems que miden fobia social y agorafobia, evaluándose ambos trastornos a través de dos subescalas que abarcan dimensiones motoras, psicofisiológicas y cognitivas implicadas en la ansiedad social.

Cabe mencionar también la *Escala Breve de Fobia Social* (Davison, Potts, Richichi, Ford, Krishnan, Smith y Wilson, 1991), un sencillo instrumento que permite realizar una rápida evaluación del trastorno, midiendo el miedo y la evitación ante situaciones sociales y las respuestas psicofisiológicas asociadas; o más recientemente, el *Cuestionario de ansiedad social para adultos* (CASO-A30; Caballo et al., 2006) que evalúa cinco dimensiones de la fobia social, como son la interacción con el sexo opuesto, quedar en evidencia, hablar con desconocidos, hablar en público y expresión asertiva de molestia, desagrado y enfado.

Por último, destacar la *Escala de ansiedad social para adolescentes* (SAS-A; La Greca y López,

1998) como instrumento para población no adulta.

- Otra medida eficaz en el proceso de evaluación los constituyen los **autorregistros**, que permiten recoger información de la conducta social del sujeto dentro de su ambiente natural, y suponen una parte importante en la evaluación de los efectos del tratamiento de la fobia social. Por medio de los autorregistros podemos conocer por ejemplo la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas y conductas problema, así como el tipo de situaciones evitadas y los pensamientos distorsionados que se producen.
- No podemos finalizar el apartado de evaluación de la fobia social sin hacer referencia a los **test situacionales**, que tratan de evaluar la conducta social que suele presentarse en la vida cotidiana del paciente, pero en un contexto simulado a través de role-playing. Estas pruebas frecuentemente son grabadas en vídeo, lo cual permite la observación de las respuestas del paciente cuantas veces sea necesario y la utilización de tantos observadores independientes como sean necesarios. Además de las respuestas fóbicas, permiten evaluar las habilidades sociales de los pacientes.

Tratamiento

-Tratamiento psicológico: El tratamiento de la fobia social ha ido evolucionando en las últimas décadas a medida que han ido incrementándose las investigaciones sobre el trastorno. Como se mencionaba anteriormente, no fue hasta 1980 cuando se empezó a considerar una entidad diagnóstica propia, lo que hizo que aumentaran el número de estudios que investigaran la eficacia de los distintos tipos de tratamiento.

De este modo, se pasó de considerar el entrenamiento en habilidades sociales como tratamiento principal, a emplearse técnicas de exposición tanto en imaginación como en vivo, y a combinarla desde hace unos años con técnicas cognitivas.

A día de hoy, y según la Sociedad de Psicología Clínica, perteneciente a la Asociación Americana de Psicología (APA; 2010), los tratamientos que mayor eficacia han demostrado para la fobia social son los pertenecientes a la terapia cognitivo-conductual, que incluyen diferentes técnicas que se

utilizan de forma conjunta, como la exposición en vivo, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales, la relajación y la reestructuración cognitiva (junto con otras técnicas cognitivas).

- *Exposición en vivo*: como ocurre en el tratamiento de otros trastornos de ansiedad, la exposición en vivo es una técnica necesaria para reducir los temores sociales que se presentan en el trastorno de fobia social. El objetivo de esta técnica es que el paciente se enfrente de forma directa con sus miedos permaneciendo en las situaciones sociales que evita hasta que su nivel de ansiedad disminuya. Pero se da la particularidad de que las sesiones de exposición en la fobia social son más difíciles de programar que en otros trastornos fóbicos, donde existen menos limitaciones para que la exposición sea efectiva. De esto modo, algunos factores como la corta duración de la mayoría de las situaciones evitadas (saludos, conversaciones, etc.) que impide llevar a cabo largas sesiones de exposición, la presencia de un déficit de habilidades sociales que acompañe a la ansiedad social y que dificulte la exposición, o el carácter variable e impredecible de las situaciones sociales que muchas veces hace difícil programar y graduar adecuadamente la exposición, suponen un hándicap para el diseño de la técnica. Por ello, se tienden a programar sesiones de exposición cortas pero repetidas, y a enseñar a los pacientes a adaptarse a al comportamiento impredecible de los demás. Además, los ensayos conductuales dentro del contexto clínico, tanto en terapia grupal como individual, permiten entrenar a los pacientes para hacer frente a estas dificultades.

- *Técnicas cognitivas*: Algunos autores señalan que la exposición, si aparece combinada con técnicas cognitivas, aumenta la eficacia de sus resultados. Técnicas como la reestructuración cognitiva, basada en la TRE de Ellis y en la terapia cognitiva de Beck, proporciona al paciente herramientas para hacer frente al miedo exagerado a la evaluación negativa (Heimberg, Salzman, Holt y Blendell, 1993). En concreto, según observaron Heimberg y Barlow (1988) estas técnicas cognitivas permiten realizar un ajuste óptimo de expectativas ante las situaciones temidas, reducen la autofocalización hacia los síntomas físicos de ansiedad, ayudan a identificar y modificar pensamientos automáticos y frenan la tendencia a establecer metas perfeccionistas y a minusvalorar

los logros. Otras técnicas cognitivas eficaces en el tratamiento del trastorno es el entrenamiento en autoinstrucciones, que instruye al sujeto a reducir la carga de automensajes negativos.

- Por último, cabe destacar que aunque el *entrenamiento en habilidades sociales* por sí solo no ha mostrado ser superior a otros tratamientos a corto y largo plazo, si está demostrada su eficacia para reducir la ansiedad social, y por tanto resulta una técnica eficaz combinada en un tratamiento multicompetente con exposición y técnicas cognitivas (Juster y Heimberg, 1995).

Este entrenamiento puede ser aplicado de dos formas en el tratamiento de la fobia social: como un módulo aparte con énfasis en la adquisición de varias habilidades sociales de por sí, recomendado a pacientes con una fobia social generalizada y por tanto, un mayor déficit en sus habilidades interpersonales; o bien integrándolo con el tratamiento cognitivo-conductual y con unas miras más limitadas que en el caso anterior, y dirigido hacia pacientes con fobia social específica (Scholing, Emmelkamp y van Oppen, 1996).

Tratamiento individual VS tratamiento grupal.

Todas las técnicas anteriormente mencionadas pueden utilizarse tanto en tratamientos grupales como individuales. Con respecto a cual de las dos modalidades de tratamiento consigue mejores resultados, investigaciones realizadas al respecto (Wlazole, Schroeder-Hartwig, Hand, y Kaiser, 1990; Scholing y Emmelkamp, 1993b) no han podido encontrar diferencias en su eficacia. La modalidad grupal estimula la confianza en los recursos propios del paciente, aumenta la motivación para el cambio a través del éxito de los demás, permite un aprendizaje observacional y fundamentalmente, proporciona un marco idóneo para realizar ensayos de conducta (exposiciones) largos y continuados, pero en cambio, puede resultar amenazante para algunos pacientes con fobia social.

- Tratamiento farmacológico:

Los tratamientos farmacológicos se centran en actuar sobre los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y noradrenérgicos con el objetivo de reducir los síntomas centrales y el grado de

discapacidad producidos por el trastorno.

Los fármacos más utilizados en el tratamiento de la fobia social son los antidepresivos pertenecientes al grupo de *inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina* (ISRS, como la fluoxetina, escitalopram o paroxetina), y los más tradicionales y pertenecientes al grupo de *inhibidores de la monoaminoxidasa* (IMAO, por ejemplo, fenelcina). Ambos son eficaces en el tratamiento de la fobia social generalizada, ya que actúan sobre los síntomas de inquietud y facilitan la exposición y la reducción de ansiedad anticipatoria.

Además, se utilizan *betabloqueantes* (atenodol, propranolol, etc.) para reducir los síntomas autónomos (sequedad de boca, taquicardias, sudoración, etc.) en los casos donde la fobia social se da ante situaciones específicas de actuación (hablar en público) y se está investigando los efectos de los *nuevos antipsicóticos* (ej. quetiapina).

Hoy en día, la mayor parte de los estudios realizados concluyen que el tratamiento farmacológico es más eficaz si se combina con un tratamiento cognitivo-conductual que facilite la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento ante las situaciones ansiógenas (Gelernter y cols., 1991).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Identificación de la paciente:

C. es una mujer soltera de 34 años, natural de Madrid, con un nivel socio-económico medio. Actualmente comparte piso con su primo en el centro de Madrid. No tiene hijos. Trabaja como monitora de ensayos clínicos para una conocida farmacéutica. Afirma estar satisfecha con su trabajo, ya que le permite viajar mucho, aunque soporta una gran carga laboral. Tiene un hermano cinco años menor que ella.

Motivo de consulta:

C. acude a consulta por primera vez en Septiembre del 2010 derivada por una psiquiatra del centro, que le explica que tiene un trastorno de ansiedad y un déficit en el estado de ánimo y le pauta paroxetina y alprazolam.

La paciente refiere que desde hace varios meses se encuentra con un estado de ánimo muy bajo, afirmando sufrir una intensa tristeza, inseguridad, falta de concentración, baja autoestima, sentimientos de soledad e inferioridad, aislamiento, dificultades para dormir, ansiedad anticipatoria, fatiga, sudoración y taquicardias, lo que le dificulta tener una “vida normal” y relacionarse de forma satisfactoria con la mayor parte de la gente ya que tiende a evitar numerosos planes sociales (viajes, cenas, fiestas, etc.) por miedo a “hacer el ridículo”. Se muestra muy angustiada por su situación actual y sobre todo por el futuro, debido a que considera que se aproxima a una edad “en la cual será difícil poder formar una familia” y afirma tener mucha dificultad para hacer amigos nuevos, para mantener las relaciones que ya tiene y para iniciar una relación de pareja. Además, afirma que salvo en el contexto laboral, siempre ha sentido mucho temor a no ser aceptada por los demás.

Historia del problema

C. cree que sus dificultades se iniciaron en la infancia y se potenciaron tras llevar algunos años en el colegio, ya que afirma haber sido siempre tímida y con dificultades para relacionarse con los demás. Recuerda que nunca fue una persona popular, más bien lo contrario, ya que en el colegio y el instituto trataba de pasar desapercibida en clase y solo mantenía una relación consolidada con o dos o tres amigas. Desde pequeña se ha visto a sí misma como alguien física y socialmente muy poco atractiva (afirma tener varios complejos), un autoconcepto reforzado por algunas malas experiencias con compañeros de clase, que se metían con ella por su aspecto físico y por sacar siempre buenas notas. Por todo ello comenzó a evitar paulatinamente algunas situaciones sociales con compañeros de clase, ya que experimentaba mucho temor a sentirse rechazada o desplazada.

Por otro lado, refiere que su situación familiar nunca le ayudó a superar esos miedos, ya que sus padres regentaban un negocio propio (un restaurante) que les mantenía todo el día trabajando, por lo que debía hacerse cargo del cuidado de su hermano pequeño sin tener oportunidad de apuntarse a actividades extraescolares ni tener mucho tiempo de ocio. Además, afirma que aunque la relación con sus padres no ha sido mala, siempre han sido muy exigentes con ella y pocas veces ha recibido muestras de afecto o de expresión emocional positivas por su parte. Por otra parte, según relata C., sus padres no solían hacer muchos planes sociales, en parte por falta de tiempo y en parte porque no tenían muchas relaciones más allá de familiares y algunos amigos íntimos.

C. no sintió que perteneciera realmente a ningún grupo de amigos hasta que a los dieciocho años se apunta a un grupo de una parroquia cercana a su casa y comienza a realizar actividades de ocio semanalmente, ya que según afirma, era la primera vez que se sentía aceptada plenamente. Además, en la universidad entabla amistad con tres chicas con las que forma un grupo estable. C. recuerda estos años como los de mayor satisfacción de su vida y refiere que por primera vez comenzó a disfrutar de algunas actividades sociales (salir, viajar). Sin embargo, fuera de la seguridad que ambos grupos le proporcionaban, C. seguía experimentando los mismos temores a la hora de relacionarse con la gente, algo que se agravaba en el contexto académico, donde solía aislarse

cuando sus amigas no coincidían con ella en clase. También refiere que en la universidad comenzó a experimentar mucha ansiedad cuando debía exponer algún trabajo en público, situaciones que trataba de evitar con excusas e incluso faltando a clase.

Tras terminar la carrera, se independizó y se volcó en la realización de su tesis doctoral. C. afirma que centrarse en sus estudios le ayudaba a no sentirse presionada por su vida social.

En los últimos años los problemas de la paciente se agravan. Por un lado, rompe relación con el grupo de la parroquia, ya que comienza a cansarse del cariz religioso que adoptan casi todas las actividades. Por otro, una de sus amigas de la universidad se traslada por trabajo a otra ciudad y las otras dos comienzan sendas relaciones sentimentales con lo que el grupo deja de verse con tanta asiduidad, descendiendo el número de planes sociales de los que disfruta. A esto se añade que C. comienza a trabajar en un laboratorio donde, a pesar de que en un primer momento sus condiciones de trabajo son buenas y llega a tener una buena relación con algunas compañeras, hace un año le trasladan a un puesto que define como más estresante y que le obliga a viajar constantemente por España. C. afirma que le gusta poder hacerlo, pero que el tipo de relaciones laborales que establece suelen ser esporádicas y superficiales, por lo que no ve fácil intimar y crear nuevas amistades.

Un año antes de acudir a consulta, las otras dos amigas de C. de la universidad se marchan también a vivir fuera de Madrid. Y aunque mantiene amistades en el trabajo, C. tiende a pasar mucho tiempo sola y continúa evitando situaciones sociales donde la mayoría de las personas le sean desconocidas o que impliquen enfrentarse a grupos grandes. Y cuando decide acudir, suele experimentar un gran nivel de ansiedad que le impide ser natural y le hace sentirse “como una tonta”, ya que apenas habla y está más pendiente de “no hacer el ridículo y agradar a los demás” que de pasárselo bien.

En los últimos meses C. siente que su vida se está estancando y teme no poder nunca tener una relación sentimental como la tiene la mayoría de la gente porque no cree que resulte interesante para nadie. Además, afirma pasar demasiado tiempo sola en casa con tanto miedo a que le llamen y le

ofrezcan planes que no cree poder afrontar satisfactoriamente, como a que no lo hagan y suponga aumentar su aislamiento. C. mantiene que su forma de ser “lo complica todo” ya que reconoce como “absurdos y exagerados” los temores que experimenta y considera que está refugiándose en el exceso de trabajo para no tener que enfrentarse a sus problemas sociales.

Otras áreas a considerar:

Rasgos de personalidad previos/estilo de vida: C. se define como introvertida, insegura, autoexigente, perfeccionista, con baja tolerancia a la frustración, tendencia a desvalorizarse y un estilo pasivo de afrontamiento.

En cuanto a su estilo de vida, C. refiere pasar la mayor parte trabajando y viajando, y apenas tiene tiempo entre semana para hacer ejercicio o realizar actividades de ocio. Los fines de semana los dedica a descansar en casa y disfruta de pocos planes sociales.

Niega tener hábitos tóxicos, salvo el consumo esporádico de alcohol en situaciones sociales.

Relaciones sentimentales: C. afirma no tener pareja en la actualidad, y solo haber mantenido una relación “casi de pareja” de dos años de duración con un compañero de la parroquia.

A parte de esto, C. refiere haber mantenido relaciones esporádicas con tres hombres más.

Apoyo social: En el momento de iniciar el tratamiento, C. dispone de una red social debilitada y limitada por su propio trastorno. Aunque su familia vive en Madrid, visita a sus padres una vez a la semana como máximo, y no tiene mucho contacto telefónico con ellos. Además afirma que apenas hablan de su situación emocional “para no tener conflictos”, ya que su padre “solo se preocupa por que no me echen del trabajo” y su madre “no para de minusvalorar lo que me pasa”. Lo mismo puede decirse con su hermano menor, aunque con él a veces si que realiza alguna actividad de ocio como ir al teatro. Con respecto a sus amigas, varias de ellas viven en Barcelona, por lo que suele desplazarse cada dos meses a visitarlas. En Madrid dispone de algunas amigas que según C. se preocupan por ella, pero sus contactos sociales son menos frecuentes de lo que a ella le gustaría. Por último, C. comparte piso con un primo con el que mantiene una buena relación de convivencia, pero

hacen vida muy autónoma el uno del otro y además él suele traer gente a casa algo que en ocasiones vive con mucha angustia, por lo que está pensando en mudarse sola o a compartir con una compañera.

Antecedentes médicos/familiares: C. no refiere haber tenido ningún problema médico significativo y afirma que este es su primer tratamiento psicológico. Como antecedentes familiares, destaca que su madre ha tenido problemas de ansiedad y depresión, y su padre supero un tumor pulmonar hace siete años.

Motivación/actitud ante el tratamiento: C. reconoce que le ha costado mucho atreverse a acudir a la consulta. Inicia un tratamiento por iniciativa propia, aunque animada por una amiga del trabajo que estuvo en el centro hace años. En las primeras sesiones muestra mucha inquietud y nerviosismo ante el psicólogo y el tratamiento que va a realizar, pero con el transcurso de la intervención, esta ansiedad desaparece. Mantiene en todo momento una actitud colaboradora y realiza todas las tareas que se le piden para casa.

Selección de técnicas de evaluación

- **Entrevista clínica:** A través de la entrevista clínica se recogió información sobre la situación actual de C., la historia del problema, los antecedentes familiares, las áreas vitales más afectadas (social, ocio, sentimental), el nivel de apoyo y los recursos personales que disponía, los factores desencadenantes y mantenedores de las conductas problema, los niveles de respuesta implicados y las expectativas y objetivos de la paciente.

C. mostró un alto grado de ansiedad durante esta primera entrevista, evitando el contacto ocular y ruborizándose en varias ocasiones, prolongando pausas y silencios cuando no acertaba a explicar bien ciertas opiniones. Ante estas dificultades, se normalizó su nivel de ansiedad y se combinaron preguntas abiertas y cerradas de la entrevista en función del malestar que mostraba la paciente.

-**Escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS; 1987):** La Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social es un cuestionario cuyo objetivo es valorar el rango de interacción social y de

desempeño en situaciones sociales que los individuos con ansiedad social pueden temer, y permite evaluar por un lado el nivel de temor en distintas situaciones sociales y, por otro, el nivel de evitación de éstas. La escala consta de 24 preguntas que consisten en una situación a considerar y que debe ser puntuada tanto en relación a la ansiedad o miedo que supone (lo que proporciona una puntuación entre 0 y 3) y la frecuencia con que se evita (lo que proporciona de nuevo una puntuación entre 0 y 3). La puntuación máxima posible es por tanto de 144 y la mínima de 0. El punto de corte para la ansiedad social generalizada ha sido propuesto en mayor o igual a 60 (Bhogal y Baldwin, 2007).

C. tuvo una puntuación global en la evaluación inicial de 86, por lo que supera con creces el punto de corte y su ansiedad social puede ser catalogada como severa. Además, hay que destacar que puntúa ligeramente por encima en la subescala de miedo (46), que en la de evitación (40) y sus puntuaciones más altas se muestran en los ítems relacionados con sentirse el centro de atención, hablar o reunirse con desconocidos, acudir a fiestas y ligar.

- **STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo** (Spielberger, Gorsuch, Lushene; 1970. Adaptación española: Nicolás Seisdedos). Este cuestionario consta de 40 ítems y se utilizó para evaluar el estado de ansiedad de la paciente en el momento de la realización primera entrevista. Además proporciona información sobre el rasgo de ansiedad de la paciente que nos permite evaluar su tendencia a reaccionar de forma ansiosa ante situaciones temidas.

La puntuación directa de C. la situó en el centil 90 en la medida de ansiedad-estado, algo que podemos considerar lógico debido a que se le aplicó el cuestionario durante la primera sesión de evaluación, situación que suponía una exposición social en toda regla para la paciente, ya que además era su primera experiencia en una terapia psicológica. Su puntuación también fue ligeramente elevada en la evaluación de sus rasgos de ansiedad, que le predisponen a responder con mucha activación fisiológica y cognitiva ante situaciones sociales temidas.

- **Escala de Autoestima de Rosemberg** (Rosemberg, 1965): Esta escala es un instrumento que permite evaluar el grado de satisfacción que el sujeto tiene consigo mismo. La escala consta de

10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Cuanta más alta sea la puntuación, más alta será la autoestima del sujeto. Se suele utilizar como punto de corte en la población adulta la puntuación directa de 29.

La paciente tuvo una puntuación directa de 17, lo que indica tener un pobre concepto de sí misma, resultando especialmente negativa la valoración que hace de sus capacidades, de sus cualidades y del grado de satisfacción que siente hacia su persona.

- **Inventario de Depresión de Beck** (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; adaptado por Vázquez y Sanz, 1997): Se trata de un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad de cada síntoma.

Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al a la mitad de la puntuación total del cuestionario.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad de los síntomas son los siguientes:

No depresión:	0-10 puntos
Depresión leve:	11-20 puntos
Depresión moderada:	21-30 puntos
Depresión severa:	>30 puntos

C. obtuvo antes del tratamiento una puntuación directa de 16, dato que reflejaba un déficit moderado en su estado de ánimo (*depresión leve*). Los datos provenientes tanto del cuestionario como de la entrevista sugerían descartar la presencia de un trastorno afectivo severo. La paciente mostró bajas puntuaciones en los ítems que evaluaban las reacciones físicas propias de este tipo de trastornos, como ideación suicida, pérdida de apetito o peso, apatía, o pérdida de interés en el sexo. Sin embargo mostraba alta puntuación en los ítems relacionados con la baja autoestima, percepción de bajo atractivo físico, preocupación por el futuro, insatisfacción y culpa consigo misma, reflejando la poca confianza que tenía en si misma para afrontar sus miedos.

-Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (GRAI, 1975). Este instrumento pretende evaluar tres aspectos fundamentales de la conducta asertiva: el nivel de malestar que provocan en el sujeto ciertas situaciones, la probabilidad de que el sujeto lleve a cabo algunas conductas, y por último la identificación de situaciones concretas en que el sujeto desearía ser más asertivo. Las 40 situaciones que componen el inventario se agrupan en 8 categorías: 1) Ser capaz de rechazar peticiones. 2) Ser capaz de expresar limitaciones personales. 3) Iniciar contactos sociales. 4) Ser capaz de expresar sentimientos positivos. 5) Llegar a encajar críticas. 6) Presentar discrepancia con las opiniones de los demás. 7) Mostrarse asertivo con las personas que te ofrecen un servicio y 8) Ser capaz de hacer críticas a los demás. Los sujetos deben indicar por una parte el grado de malestar que les causa cada una de las situaciones planteadas y por otra el grado de probabilidad de respuesta ante la mencionada situación. El rango de puntuaciones directas oscila, para ambas escalas, entre 40 y 200. Las altas puntuaciones indican en la primera escala un alto malestar y en la segunda una baja probabilidad de respuestas. El punto de corte se sitúa en 96 para la escala de malestar y en 104 para la probabilidad de emitir la respuesta.

Los resultados de C. (112 en la subescala de grado de malestar y 117 en la de probabilidad de respuesta) mostraban un perfil correspondiente al tipo no asertivo. La paciente presentaba unos significativos niveles de ansiedad y evitación a la hora de poner límites o censurar la conducta de los demás, de manifestar y defender sus propias opiniones ante desconocidos, de pedir ayuda, expresar afecto al sexo opuesto o iniciar conversaciones.

- Autorregistros: Tipo A-B-C: Con el objetivo de establecer bajo que situaciones sociales C. experimentaba un alto grado de malestar y de ansiedad en su triple respuesta, trabajamos con este registro donde también en caso de exponerse debía informar de cuál era su deseo inicial, y de como había sido la actuación de los demás, para observar la posible disonancia entre sus pensamientos anticipatorios y la realidad.

Día	Situación	Pienso	Siento	Hago	Malestar	¿Que quería hacer?	Consecuencias (¿Que hacen los demás?)

Autorregistro sobre pensamientos automáticos (cogniciones erróneas) y grado de malestar asociado a situaciones sociales ansiógenas, y en un segundo momento, tras la Restructuración Cognitiva, el impacto de los pensamientos racionales en las conductas y los síntomas de ansiedad.

Día	SITUAC.	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	Malestar/ Síntomas	PENSAMIENTO RACIONAL	Malestar/ Síntomas	CONSECUENCIAS

Además, C. cumplimentó un registro de sueño en la primera semana de consulta, y registró un listado de defectos percibidos sobre diferentes aspectos de su propio autoconcepto, como su aspecto físico, su estilo de comunicación, su personalidad, su rendimiento laboral, o la percepción sobre como era valorada por los demás.

Análisis y descripción de las conductas problema:

Mediante las sesiones de evaluación, a través de la entrevista, los autorregistros y la ayuda de los cuestionarios, pudimos determinar que C. presentaba un elevado número de distorsiones cognitivas, emociones negativas, temores irracionales y conductas de evitación, entre las que se encontraban:

- Baja autoestima y sentimientos de culpa e inferioridad.
- Aislamiento social: C. pasaba varios fines de semana en casa o realizando actividades sin compañía.
- Evitaciones sociales: No asistía a varios compromisos sociales, especialmente cuando implicaban tratar con mucha gente, personas desconocidas o situaciones que implicaran ligar.

- Inhibiciones conductuales: Ante situaciones que implicaran ser el centro de atención o establecer una interacción personal (hablar ante una multitud, encontrarse a un conocido, amigos de su primo en casa, etc.)
- Dificultad en la toma de decisiones: Fundamentalmente para mudarse a otra casa, cambiar su imagen física (alisarse el pelo, llevar lentillas) o viajar a Barcelona a visitar a sus amigas.
- Déficit de actividades sociales gratificantes: Por su temor y su carga laboral.
- Estilo pasivo de comunicación: Necesidad de agradar para ser aceptada, y dificultades especialmente poner límites, negar peticiones y expresar demandas.
- Conductas de seguridad: Especialmente bajo contacto ocular, cambiar de tema ante preguntas personales, decir que no conoce películas o canciones para que no le pregunten su opinión, no “despegarse” de sus amigas en una situación social con desconocidos.
- Exceso de carga laboral.
- Alta activación fisiológica: Que además le producían dificultades para dormir y fatiga.
- Pensamientos negativos y distorsionados sobre si misma, su imagen y sus propias capacidades: “No valgo”, “Soy aburridísima”, “Soy muy fea”, “Nadie va a querer estar conmigo”, “hago el ridículo”, “No se de que hablar”, “No puedo evitar bloquearme”.
- Anticipaciones negativas, creencias irracionales y pensamientos automáticos acerca de las situaciones sociales y la conducta de los demás (especialmente la de los hombres): “Lo voy a pasar fatal”, “Acabará marchándose pronto” “Voy a estar sola”, “Sienten lástima por mí” “Me van a dejar de lado”, “Se van a reír de mí”, “La gente es soberbia”, “Si me abro, me van a hacer daño”, “Quiero que todo el mundo piense bien de mí”, “Solo les gustan las mujeres superficiales”, etc.
- Sesgos atencionales e interpretativos centrados en su conducta (activación fisiológica) y en la de los demás, convirtiendo en peligrosas las situaciones sociales: Miradas, bromas, etc.
- Rigidez cognitiva y estilo dicotómico de pensamiento: Éxito-fracaso, bueno-malo, atractivo-no atractivo, lo que derivaba en alta autoexigencia (no poder cometer torpezas).

Diagnóstico:

Según criterios DSM-IV-TR (APA, 2004) la paciente cumple todos los criterios para un diagnóstico de fobia social generalizada.

Diagnóstico diferencial:

La paciente no presenta un nivel de deterioro global lo suficientemente elevado como para recibir un diagnóstico de Trastorno de la personalidad por evitación. Aunque presenta un patrón de evitaciones, temores sociales y distorsiones cognitivas que están interfiriendo y limitando su bienestar, C. es capaz de exponerse ante algunas situaciones y de tener un nivel de autonomía y un funcionamiento laboral y social que no justifican recibir un diagnóstico del Eje II.

Por otro lado, se consideró que la fobia social era de tipo generalizado debido a que C. presenta sus conductas problema en numerosas situaciones sociales y fundamentalmente en situaciones de interacción. Además su grado de malestar en los diferentes ámbitos sociales era lo suficientemente alto como para merecer el diagnóstico de tipo generalizado.

Por último, la sintomatología ansiosa que C. presentaba estaba relacionada exclusivamente ante las situaciones sociales que afrontaba o anticipaba, descartándose por tanto la existencia de un cuadro de crisis de angustia.

Diagnóstico multiaxial:

- **Eje I:** F40.1 Fobia social [300.23] generalizada.
- **Eje II.** Sin diagnóstico.
- **Eje III:** Sin diagnóstico.
- **Eje IV:** Cambio de puesto de trabajo, pérdida grupo social de referencia.
- **Eje V:** Evaluación de la actividad global (EEAG): 58.

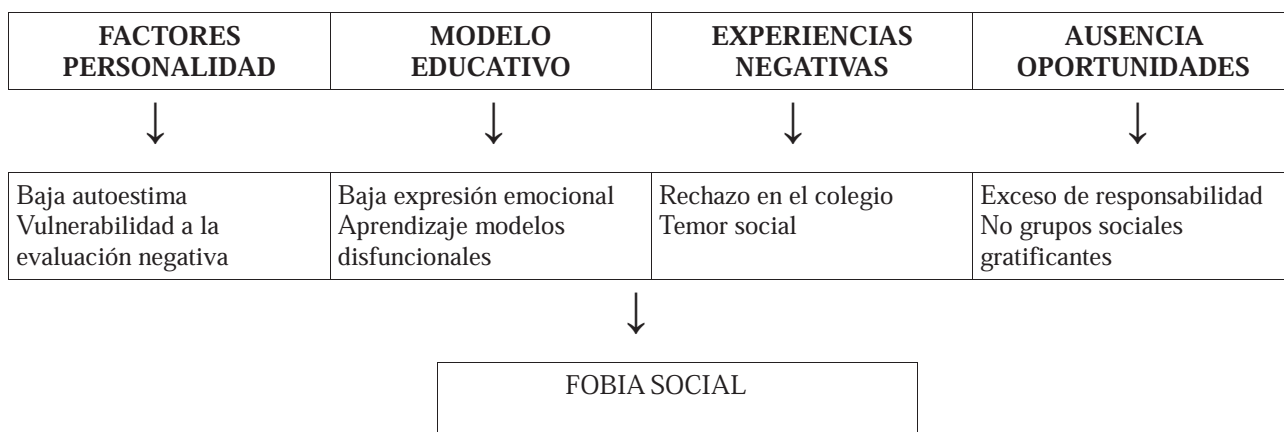
Formulación clínica del caso

- **Hipótesis de origen:** La hipótesis de origen se explica por la interacción entre cuatro factores: los rasgos de personalidad de C, el aprendizaje observacional que tuvo en casa, experiencias negativas en el colegio que reforzaron su inhibición social y la ausencia de oportunidades para realizar actividades de ocio fuera del ámbito académico.

De este modo, el alto grado de introversión, la tendencia a la inhibición, el estilo evitativo y pasivo con el que C. afrontaba las interacciones sociales, el nivel de autoexigencia por el cual no se permitía cometer ninguna torpeza y su baja autoestima eran factores que predisponían a C. a sentirse especialmente vulnerable ante las situaciones sociales. A este hecho hay que añadirle que el estilo educativo que recibió en el contexto familiar castigaba su expresión emocional y sus errores (lo que reforzaba su autoexigencia y su estilo pasivo) y sus padres no eran modelos que ayudaran a naturalizar las relaciones sociales como algo gratificante, ya que disponían de una red social debilitada. Además, C. recuerda malas experiencias en el colegio ya que por su actitud (aislada, buena estudiante) y por algunos rasgos físicos (“estar gordita” y usar gafas), era víctima de algunas burlas y motes que le provocaban sentirse rechazada por la mayoría de su clase (sobre todo varones). La imposibilidad, debido a sus responsabilidades en casa (ayudar en el restaurante, cuidar de su hermano menor) de realizar actividades de ocio fuera del horario escolar, privó a C. de tener más oportunidades donde poder relacionarse adecuadamente y exponerse al miedo a ser rechazada que le provocaban sus compañeros de clase.

Más recientemente, el traslado de sus amigas de universidad a Barcelona y el cambio en el puesto laboral provocaron la pérdida de C. de sus grupos de referencia, y el aumento de su aislamiento social.

Tabla 2. Explicación de la hipótesis de origen.



- **Hipótesis de mantenimiento:** C. afronta las situaciones sociales en la actualidad con un alto nivel de ansiedad y de conductas de evitación, así como un intenso temor ante el rechazo social. Las conductas problemáticas de C. se mantienen en el tiempo por el reforzamiento que realiza de sus procesos cognitivos distorsionados (expectativas negativas, pensamientos irracionales y sesgos atencionales e interpretativos), de las emociones negativas asociadas a los mismos (miedo, vergüenza, culpa) y de sus conductas pasivas de interacción. Este reforzamiento se produce mediante la evitación a exponerse a situaciones o interacciones sociales (con lo que desciende su grado de malestar previo pero imposibilita crear experiencias nuevas positivas) y mediante el uso de conductas de seguridad que pone en marcha para minimizar su exposición a las situaciones temidas cuando decide afrontarlas (por ej. tratar de no hablar nunca de ella misma, ser muy complaciente y sumisa, no separarse de sus amigas o mantener poco contacto ocular). Es decir, la mala autoevaluación que hace de sí misma y de sus habilidades sociales (“soy muy aburrida”, “no se de que hablar”), la utiliza para explicarse la supuesta percepción negativa que cree que de ella hacen los demás, interpretación que le produce un aumento de su activación fisiológica y la activación de emociones negativas, por lo que se ve obligada a evitar situaciones sociales o en caso de exponerse, a poner en marcha conductas de seguridad.

Análisis funcional:

ANTECEDENTES	CONDUCTAS PROBLEMA	CONSECUENCIAS
<p>- Factores personales /vulnerabilidad: Inseguridad, introversión, Estilo afrontamiento evitativo, baja autoestima, alta autoexigencia, desvalorización, estilo pasivo comunicativo, inhibición, déficit en algunas Hz.</p> <p>Remotos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Modelo familiar: <ul style="list-style-type: none"> - No hay refuerzo de expresiones emocionales, alta exigencia y control, aprendizaje vicario de baja sociabilidad parental y temor a la desaprobación. ● Falta de oportunidades para establecer relaciones adaptativas en contexto extraescolar (por cuidar hermano y ayudar padres) ● Experiencias negativas en el contexto académico: Aislamiento, notes... (percepción de rechazo y de amenaza ante sit. sociales) ● Pérdida de grupo de referencia (traslado amigas universidad, ruptura con la parroquia) ● Cambio de puesto laboral (menos oportunidades de relaciones sociales estables) <p>Próximos:</p> <p>- Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fines de semana en soledad. ● Acudir a planes sociales que impliquen interactuar con desconocidos o con grupos grandes (cenas, fiestas, bares, viajes) ● Conversaciones donde tenga que hablar de sí misma ● Disminución contacto con compañeras de trabajo ● Conversaciones sobre el futuro, las relaciones de pareja o la maternidad ● Presencia de amigos de su compañero de piso <p>- Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Expectativas negativas de situaciones sociales ● Autoevaluación negativa de sí misma ● Anticipación de sufrir posibles rechazos, humillaciones y evaluaciones negativas ● Excesiva importancia a ser valorada positivamente y agrada. ● ansiedad fisiológica anticipatoria ● Pensamientos sobre el futuro 	<p>Cognitivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención selectiva negativa (sesgo atencional) sobre su propia conducta y sobre la conducta de los demás ("a mi nadie me mira al hablar") - Atención selectiva sobre los síntomas somáticos - Interpretaciones distorsionadas sobre su rol social (sesgo interpretativo): "soy aburridísima" "No valgo para conocer gente" - Minimiza éxitos y exagera errores - Pensamientos negativos acerca de sus capacidades, ejecución de conductas sociales y habilidades - Autoverbalizaciones negativas - Comparaciones constantes con la conducta social de sus amigas - Falta de concentración <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardias - Sudoración - Temblor de manos - Fatiga <p>Motoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitación de situaciones sociales donde cree que va a ser rechazada - Aislamiento (quedarse sola) - Asumir más carga laboral para no quedarse en casa. - Dificultad en toma de decisiones: Casa, autoimagen - Conductas sumisión y búsqueda activa de la aprobación. - No hablar de sí misma - Evitar contacto ocular - Beber alcohol (ocasional) - Temblor de voz - Llanto - Ruborizarse - Risa nerviosa <p>Afectivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temor/Miedo - Sentimiento de inferioridad y soledad - Tristeza - Apatía - Baja autoestima - Culpa - Desesperanza - Vergüenza 	<p>A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción del nivel de ansiedad (cognitivo, fisiológico, y emocional) cuando evita o emplea conductas de seguridad: <i>Refuerzo negativo de la evitación.</i> - Consigue atención y aprobación cuando se muestra pasiva y sumisa. <i>Refuerzo positivo del estilo pasivo.</i> - Interacciones sociales con síntomas de ansiedad (rubor, taquicardia, sudoración) y dificultad en la puesta en marcha de hhs: <i>refuerzo positivo de la percepción de fracaso.</i> - Se muestra distante y menos amable cuando siente que va a ser juzgada (por ejemplo, ante conversaciones sobre relaciones) lo que provoca la frialdad de los demás; por lo que su temor y expectativa previa se ve <i>reforzado positivamente</i> <p>A largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentan sentimientos de inseguridad y soledad - Situación de aislamiento social. - Aumento de las expectativas negativas y de los sesgos cognitivos - Aumento de la imagen negativa de sí misma - Aumenta miedo al rechazo y sus respuestas de ansiedad asociadas - Aumento de las conductas de seguridad - Aumento del nivel de estrés por la carga laboral

Tratamiento

Objetivos del tratamiento:

Tras las sesiones de evaluación, y la devolución de la formulación clínica, se establecieron junto a C. los objetivos fundamentales del tratamiento. Dado que su objetivo inicial resultaba demasiado amplio (“tener una vida social normal”), establecimos conjuntamente objetivos más específicos.

Tabla 3. Objetivos y técnicas utilizadas en el tratamiento.

Objetivos específicos del tratamiento	Técnicas de intervención empleadas
<ul style="list-style-type: none">- Reducir el miedo y la activación fisiológica asociada a las situaciones sociales.- Aumentar la asistencia a planes sociales con su red de apoyo existente.- Promover más actividades gratificantes que le permitan relacionarse con gente nueva.- Aumentar su autoconcepto y autoestima- Desarrollar un estilo asertivo de comunicación- Reducir su estrés laboral- Regular su patrón de sueño- Promover una toma de decisiones activa.- Identificar y modificar las cogniciones (anticipaciones, sesgos, pensamientos automáticos, esquemas) disfuncionales sobre sí misma y sobre las situaciones sociales.	<ul style="list-style-type: none">- Psicoeducación- Entrenamiento en Respiración abdominal y en relajación muscular progresiva de Jacobson- Exposición gradual en vivo (con prevención de conductas de seguridad)- Role playing- Planificación actividades gratificantes- Entrenamiento en autoinstrucciones y reevaluación de debilidades- Entrenamiento en asertividad- Pautas de higiene de sueño- Entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas.- Reestructuración cognitiva- Ajuste de expectativas

Plan de tratamiento:

El tratamiento se desarrolló a lo largo de 20 sesiones, de las cuales las 17 primeras tuvieron una periodicidad semanal (siempre que la agenda de C. lo permitía, en cuyo caso contrario se posponía una semana más) y las tres últimas, ya en fase de supervisión, se realizaron cada mes. La última sesión coincidió con el inicio del verano y del periodo vacacional. Tras finalizarlo y al cabo de tres meses, se volvió a llamar a la paciente para preguntarle por su estado actual y ofrecerle realizar una sesión más. La paciente afirmó encontrarse bien y condicionar la visita a sufrir alguna recaída.

Se siguió un tratamiento englobado dentro del marco cognitivo-conductual, donde las técnicas principales fueron los ensayos conductuales a través del role playing, la exposición en vivo, la reestructuración cognitiva, la programación de actividades sociales, el entrenamiento en respiración abdominal y el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

A continuación, se detalla de forma más pormenorizada la implantación de las técnicas principales. Durante las cinco primeras sesiones se llevo a cabo el proceso de evaluación y el fortalecimiento de la **alianza terapéutica**. Se realizo una explicación detallada de la ansiedad y la fobia social y se normalizó las resistencias iniciales y la sintomatología que C. mostraba en consulta.

La **reestructuración cognitiva** se inició con la explicación e identificación de los pensamientos automáticos que C. ponía en marcha a modo de anticipaciones ansiógenas, para posteriormente modificarlos con los procedimientos postulados por Beck. Así mismo, se hizo hincapié en el papel que las conductas de seguridad jugaban como mantenedoras del temor excesivo. Posteriormente se presentó una explicación para modificar los sesgos atencionales e interpretativos que magnificaban los síntomas fisiológicos y así como algunos estímulos neutros propios de las situaciones sociales. Además, se realizó un ajuste de expectativas propias y de los demás sobre su propio papel social, y se flexibilizó su rigidez cognitiva en términos de éxito-fracaso.

El **entrenamiento en asertividad y en habilidades sociales** se basó fundamentalmente en la explicación de los tres estilos de comunicación social (pasivo, agresivo, asertivo), y en el entrenamiento de la conducta asertiva (poner límites, expresar desacuerdos y opiniones, denegar peticiones) con ensayos conductuales en un primer momento en la consulta y también su puesta en práctica entre sesiones. Dado que C. disponía en su repertorio conductual de buenas habilidades sociales (sobre todo de escucha, concordante con su estilo pasivo), utilizamos éstas como refuerzo para la adquisición y entrenamiento de otras más adecuadas para afrontar las situaciones temidas, como fueron mantener contacto ocular en las conversaciones cuando ella era la emisora, emplear un lenguaje no verbal (postura corporal y volumen de voz) proactivo y extinguir la risa nerviosa con la que solía cerrar algunos de sus comentarios.

La **exposición** en vivo no fue programada ni estructurada por las dificultades que supone el carácter impredecible de las situaciones sociales. Como se ha mencionado con respecto al entrenamiento en asertividad, C. realizó numerosos ensayos conductuales en la consulta donde simulábamos diversas situaciones en las cuales debía poner en marcha sus habilidades sociales, identificando la ejecución de conductas de seguridad y reestructurando las distorsiones y sesgos cognitivos. Posteriormente debía aplicar ese aprendizaje en ensayos conductuales dentro del contexto natural, de manera activa y con iniciativas que le ayudaran a modificar la interpretación que realizaba acerca de su rol social. Mención especial merece uno de los experimentos conductuales que más ansiedad y temor produjo a C., como fue la cita con un chico. Dado que el objetivo era que acudiera a la cita, y una vez en ella no podíamos anticipar con seguridad el comportamiento que el chico iba a adoptar, determinamos que planificar una exposición en vivo jerarquizada no era posible por las variables situacionales, por lo que nos planteamos realizar una serie de simulaciones en el contexto clínico, donde debía identificar sesgos y pensamientos irracionales, normalizar la aparición de síntomas de ansiedad, realizar un ajuste de expectativas adecuado (sin catastrofismos ni atribuciones internas) y sustituir sus conductas de seguridad (alcohol, no hablar de si misma, esconder las manos, etc.) por otras más adecuadas (ir al baño y realizar respiraciones profundas, autoinstrucciones realistas, presentación de un “yo auxiliar” alternativo y mas adecuado).

En cuanto a la programación de **actividades gratificantes**, el primer objetivo que nos pusimos fue potenciar el número de planes sociales con sus amigas de Madrid o de Barcelona. La paciente no debía renunciar a ningún plan o actividad que le propusieran, y debía planteárselo como un experimento conductual para poder identificar sus distorsiones cognitivas. Como regla básica, acordamos que debía normalizar su ansiedad puesto que sufría un cuadro fóbico, y que el único hecho “peligroso” que podía darse era la propia evitación, ya que nos impediría avanzar. C. fue de este modo asistiendo a diversos planes sociales donde en cada uno de ellos encontraba una situación de exposición que analizábamos en consulta. A la mitad del tratamiento, y aprovechando la disminución de su carga laboral y el mayor control de su actividad fisiológica, se propuso a C. la

realización de alguna actividad novedosa que le gratificara y le movilizara a conocer a gente nueva.

C. eligió un curso de fotografía y clases de portugués, de periodicidad semanal, donde pudo entablar nuevas relaciones.

Desarrollo de las sesiones:

Sesiones	Objetivos	Técnicas	Tareas
1- 3	<ul style="list-style-type: none"> -Establecimiento alianza terapéutica - Evaluación conductas problemas - Recogida información 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica Psicoeducación 	<ul style="list-style-type: none"> Rosemberg, GRAI, STAI BDI, LSAS -Registro de sueño
4—5	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución, modelo explicativo de su problema - Explicación Modelo triple respuesta de ansiedad y el papel de las conductas de seguridad - Disminuir activación fisiológica -Identificar anticipaciones y sesgos 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación Entrenamiento respiración abdominal Pautas higiene de sueño Reestructuración cognitiva Ajuste de expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregistro A-B-C - Practicar relajación. - Pruebas de realidad VS anticipaciones y sesgos
6—17	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar su autoconcepto y autoestima - Identificar y modificar cogniciones disfuncionales - Asumir menos proyectos en el trabajo - Aumentar planes sociales y actividades gratificantes - Desarrollar asertividad - Buscar otro piso - Citarse con un chico 	<ul style="list-style-type: none"> - Programación actividades gratificantes(teatro, portugués) -Reestructuración cognitiva - Utilización de metáforas y analogías. - Entrenamiento en autoinstrucciones - Role playing -Entrenamiento en asertividad y hhss - Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobsen y en respiración abdominal - Exposición en vivo (ensayos y experimentos conductuales) -Entrenamiento en resolución de problemas y toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregistro sit sociales - Autorregistro pensamientos automáticos - Listado defectos - Ensayos conductuales - Apuntarse a cursos - Cambio de imagen - Búsqueda de piso -Buscar casa en Internet -Poner en práctica ejercicios de relajación - Solicitar menor carga laboral
17-20	<ul style="list-style-type: none"> - Alquiler del piso - Nuevas citas con el chico - Repaso logros - Prevención recaídas - Alquiler del piso 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación Ensayos conductuales Respiración abdominal Solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - llamar y alquilar al piso elegido - 2º evaluación de cuestionarios

Resultado y análisis de los datos

Resultados cuantitativos:

Cuando la intervención pasó a la fase de supervisión (sesiones 18,19 y 20), se realizó una segunda evaluación a la paciente con los mismos cuestionarios que al inicio del tratamiento, con el fin de poder determinar su evolución de forma cuantitativa. En la siguiente tabla, se exponen los resultados con las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento correspondiente a cada cuestionario.

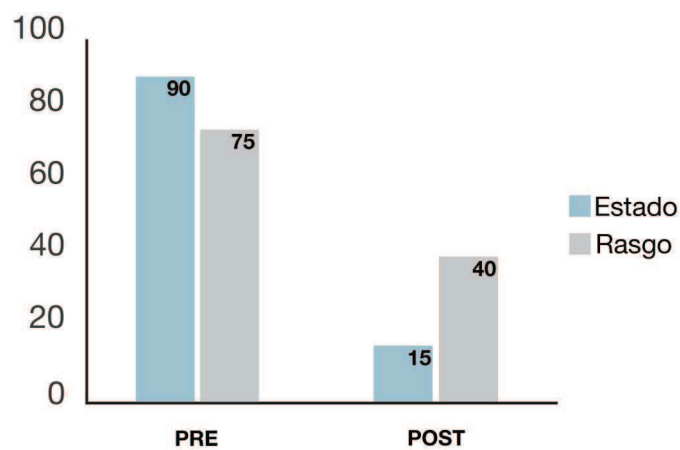
INSTRUMENTO	LSAS	STAI	GRAI	BDI	ROSEMBERG
MEDIDA PRE	86	Estado: Centil 90 Rasgo: Centil 75	Malestar: 112 Evitación: 117	16	17
MEDIDA POST	52	Estado: Centil 15 Rasgo: Centil 40	Malestar: 74 Evitación: 81	6	30

A modo de análisis global, podemos concluir que en las puntuaciones de C. se observa un descenso generalizado de todas las variables clínicas evaluadas (ansiedad, sintomatología depresiva, grado de malestar y evitación experimentadas ante situaciones sociales temidas y ante la puesta en práctica de conductas asertivas) salvo la medida de autoestima, que aumentó considerablemente. Con respecto a ésta última, al finalizar el tratamiento y tras los logros conductuales conseguidos, C. se consideraba una persona tan valiosa como cualquier otra y reconocía tener cualidades de las que se sentía satisfecha. Esa mejora en su autoconcepto, entre otros factores, influyó en que la sintomatología depresiva medida a través del BDI descendiera hasta un guarismo considerado como no-clínico. Hay que destacar cómo las inquietudes de la paciente acerca del futuro fueron modificadas. Las medidas de ansiedad (STAI) también disminuyeron, especialmente la de *estado*, lo que demostraba su grado de habituación a la relación terapéutica en particular, y a las interacciones sociales en general. Por último, el descenso en las escalas GRAI y LSAS reflejan la disminución de las evitaciones, del temor percibido y del malestar que C. experimentaba a la hora de afrontar

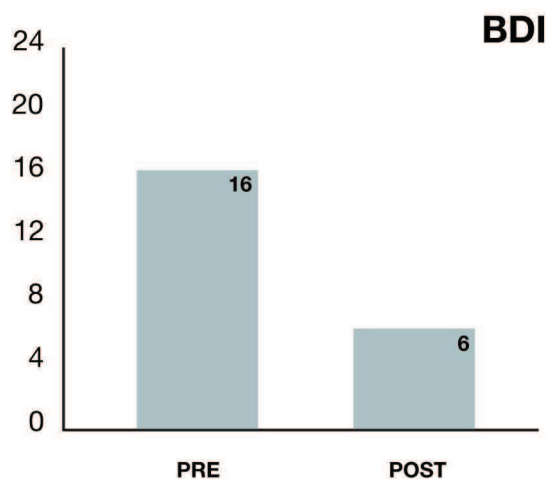
situaciones sociales. Por su puntuación en la escala de Gambrill y Richey podemos determinar que su conducta se mostraba asertiva. A pesar de todo, algunas situaciones, como hablar con el sexo contrario o expresar malestar ante desconocidos, seguían presentado cierto grado de malestar.

A continuación, se presentan gráficas comparativas con las medidas previas y posteriores a la intervención de cada cuestionario.

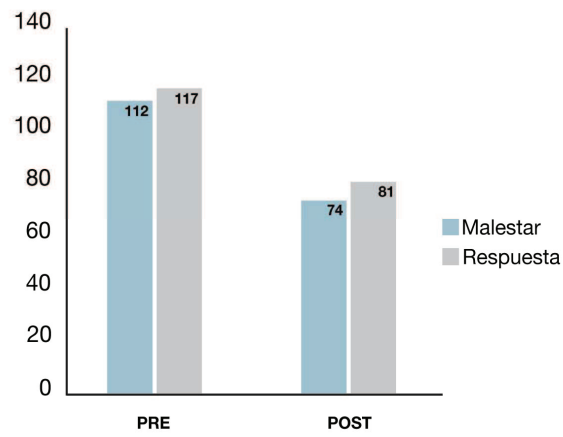
- **STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo** (Spielberger, Gorsuch, Lushene; 1970).



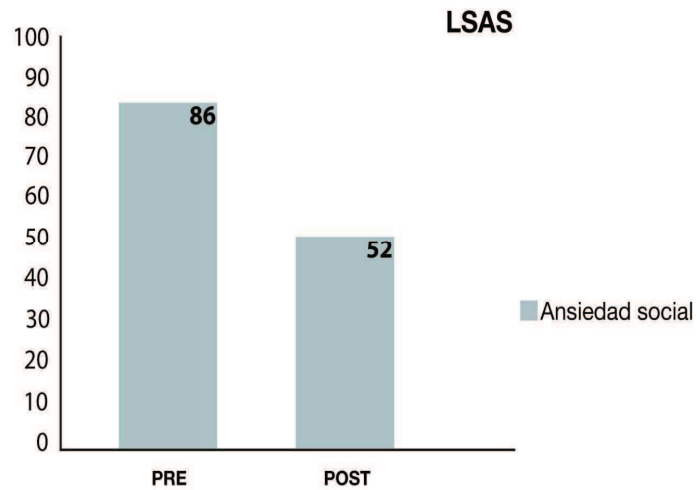
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961)**



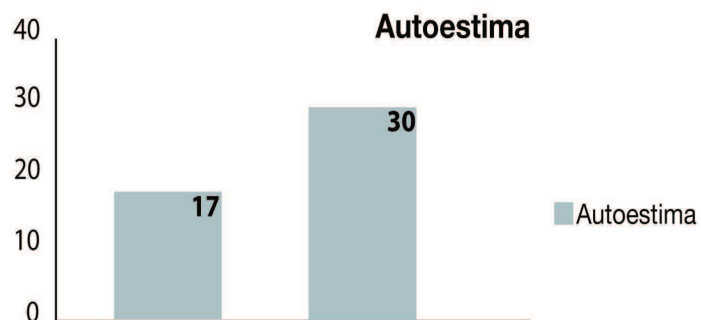
- **Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (GRAI, 1975)**



- **Escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS-SR; 1987)**



- **Escala de autoestima de Rosemberg (Rosemberg, 1965).**



Resultados cualitativos:

De la misma manera que reflejó el análisis cuantitativo, la mayor parte de las conductas problema que C. afirmó mantener durante la evaluación inicial fueron modificadas o eliminadas, experimentando la paciente una mejoría general en casi todos los ámbitos de su vida.

En primer lugar, el número de actividades sociales gratificantes que C. realizaba se vio incrementado de forma considerable. Su red de apoyo social se fortaleció (especialmente con sus amigas del trabajo), disponiendo de alternativas para salir o disfrutar de planes de ocio casi todos los fines de semana. Además, se apuntó a dos cursos (de fotografía y de portugués) que le permitieron conocer gente nueva, y que en el caso del curso de fotografía, le obligaba a mantener contacto con sus compañeros fuera de la clase para asistir a exposiciones. De este modo, C. redujo las conductas de escape y evitación que ponía en marcha anteriormente, afrontando las interacciones sociales de una manera más natural.

Como explicábamos anteriormente, C. consiguió tener una cita con un chico conocido de su grupo de amigas, en la parte final del tratamiento. Este hecho le permitió exponerse a una de las situaciones que más temor le producían. Además, consiguió repetir al menos en dos ocasiones citarse con esta persona, manteniendo relaciones sexuales en su último encuentro (otra de las situaciones temidas).

En cuanto a su estilo de comunicación, C. desarrolló un estilo más asertivo que se tradujo en una mayor capacidad para anteponer su criterio en situaciones como elegir actividades de ocio (películas que ver, lugares donde ir) o en poner límites a las conductas de los demás, como negarse a realizar peticiones cuando no le convenían. Así mismo su forma de interaccionar era más equilibrada, sin poner en marcha conductas de sumisión y expresando sus opiniones en mayor medida.

Por otro lado, C. mantuvo un ritmo laboral más adecuado a sus necesidades sociales, y dejó de apuntarse a todos los desplazamientos que en su trabajo le proponían, por lo que comenzó a disponer de más tiempo para el ocio y el descanso. Y junto al tratamiento farmacológico, las pautas

de higiene de sueño y el entrenamiento en respiración le permitieron reducir sus problemas de sueño.

Otro hito importante fue la búsqueda activa de casa para mudarse junto a una compañera de trabajo, algo que llevó a cabo coincidiendo con las últimas sesiones de la terapia. Finalmente, acordaron el alquiler de un piso para la vuelta de sus vacaciones de verano, una vez que el tratamiento ya había finalizado.

Por último, mencionar el cambio en el procesamiento de la información y en el contenido de sus pensamientos, así como la evaluación general que C. realizaba de su rol social. Era capaz de verse más competente e interesante con los demás, y sin la necesidad de agradar permanente que utilizaba como estrategia de afrontamiento social antes de la terapia. Además, consiguió reducir su grado de activación fisiológica y la interpretación errónea que hacía de sus propios síntomas.

En la siguiente tabla se muestra la modificación de algunos ejemplos de las cogniciones distorsionadas:

PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS	PENSAMIENTOS REESTRUCTURADOS
<p>Anticipaciones ansiógenas: “Lo voy a pasar fatal”, “Acabaré marchándome pronto” “ Voy a estar sola”, “ Haré el ridículo y Elena me dejará de lado”</p>	<p>- “¿Por qué tiene que ir mal?, estarán mis amigas y con ellas disfruto. - “No hay forma de hacer el ridículo. Es una cena y como mucho puedo aburrirme”</p>
<p>Creencias irracionales - sobre el estilo de comunicación pasivo: “Si me abro, la gente me hará daño”, “ Si no cuento todo, no soy auténtica”, “ Tengo la sensación de que si no soy complaciente, no querrán hablar conmigo.” “ Quiero caerle bien a todos” - Sobre la ansiedad social: “ La gente debe pensar que soy tonta por verme nerviosa”, “ No puedo permitir que me vean roja o temblando”</p>	<p>- “La gente no cuenta lo que no quiere cuando se conocen y eso no les hace poco interesantes” - “Con mis amigas no soy siempre complaciente y se lo pasan bien conmigo.” “ Si doy mi opinión, los demás serán más auténticos”, “hay gente pesadísima, ¿porque tengo que perder el tiempo en aguantarles?” - “Todo el mundo se pone rojo alguna vez y nunca les rechazo”. - “Si me ocurre, puedo excusarme o ir al baño y relajarme”.</p>
<p>- Valoraciones negativas sobre sí misma y su actuación: “Soy aburridísima”, “No valgo”, “Normal que no me mire, soy muy fea”, “Nadie va a querer estar conmigo”, “hago el ridículo”, “No se de que hablar”, “No puedo evitar bloquearme”</p>	<p>- “Todavía nadie me ha rechazado”, “ Como no voy a valer, si he conseguido que la gente se ría”, “Sé mucho de cine y de arte y puedo resultar interesante”</p>

Discusión:

A lo largo del presente trabajo se ha presentado un caso de fobia social generalizada y el tratamiento que se aplicó del tipo cognitivo-conductual. Mediante el análisis del mismo, se han encontrado evidencias de las limitaciones y de los problemas sociales a los que se enfrentan las personas que padecen este trastorno, y la importancia de la ausencia de refuerzo social en su mantenimiento (Caballo et al., 1995). El grado de aislamiento social y las grandes dificultades en el manejo de las situaciones sociales, hasta el punto de necesitar evitarlas, fueron los principales motivos de consulta de la paciente, que durante varios años estuvo explicándose su sufrimiento como una condena inmodificable y merecida por su falta de habilidades.

Como hemos postulado, la evitación de ciertos planes sociales, la presencia de distorsiones cognitivas sobre el mundo social y sobre sí misma, el empobrecimiento de su autoconcepto y la ausencia de un entorno más seguro y consciente de su problemática, fueron factores mantenedores a lo largo de los años de las conductas problema de C.

Los resultados obtenidos y la mejoría experimentada por C. a lo largo de la intervención permiten resaltar el beneficio que el tratamiento cognitivo-conductual propuesto ha tenido en la remisión sintomatológica de la paciente. A pesar de ello, las limitaciones propias de tratarse de un caso único impiden generalizar sus resultados.

En su recuperación, jugó un papel muy importante la comprensión que hizo C. de su análisis funcional y de las hipótesis explicativas de su caso. Este hecho permitió normalizar una parte de la angustia y de los sentimientos de desvalorización que la paciente presentaba. El relato biográfico de C. incluía muchos de los factores de riesgo explicados en la literatura científica para la aparición del trastorno, como la actitud parental controladora y poco reforzadora de las expresiones emocionales (Arrindel y cols., 1983) o la vivencia de experiencias de rechazo en el contexto escolar (Frankel, 1990). Así mismo, la paciente contaba con ciertos factores de protección (alto nivel intelectual, establecimiento de grupos de referencia en el pasado y algunas habilidades sociales conservadas) que facilitaron y potenciaron el efecto del tratamiento. Es de esperar una mayor dificultad en la

implantación del tratamiento y en su posterior evolución en casos clínicos de mayor gravedad.

Durante el tratamiento se ha podido comprobar la importancia que tienen las distorsiones cognitivas y los procesamientos erróneos de la información en el mantenimiento del trastorno (Rapee y Spence, 2004). El alto grado de ansiedad que la paciente experimentaba estaba muy relacionada con los sesgos y los pensamientos distorsionados que activaba antes, durante y después de afrontar las situaciones temidas. En consecuencia una parte fundamental del tratamiento se ha basado en identificar y modificar estos procesos cognitivos.

Con respecto a la exposición en vivo, se ha podido comprobar cómo su planificación estructurada encuentra muchas dificultades en los contextos sociales. Autores como Echeburúa (1998) ya advertían de las limitaciones que presentan las situaciones sociales, como su carácter impredecible o el escaso tiempo de duración, factores que reducen la eficacia de la técnica. En el caso de C., estas dificultades se daban sobre todo a la hora de programar una exposición con personas que no conocía mucho, y que podían emitir las respuestas que tanto temor producían en C. Para afrontar estas limitaciones en la planificación de la exposición, se realizaron numerosos ensayos conductuales en el contexto clínico, donde a través del role-playing podíamos controlar todas las variables posibles que se dan en el contexto natural. Posteriormente C. debía poner en práctica lo aprendido mediante experimentos conductuales dentro de las situaciones sociales.

Otro hecho a destacar es la dificultad que presentan estos pacientes para iniciar por primera vez un tratamiento (Schneier, 1992), ya que interpretan la relación terapéutica como una situación social más a evitar y donde pueden ser juzgados negativamente. En el caso de C., tardo muchos años en ponerse en manos de un profesional, y tuvo que venir aconsejada por una compañera del trabajo que ya conocía el centro. No obstante, esta dificultad inicial, se convirtió en un factor beneficioso cuando se estableció la alianza terapéutica, ya que por las condiciones del psicólogo (al ser un profesional varón y joven representaba una de las interacciones más temidas para la paciente), fue menos costoso poder generalizar en el contexto natural lo que ensayábamos en la consulta. La

alianza con C., resultó fundamental para poder vencer las resistencias iniciales a realizar ensayos conductuales dentro de la consulta, y a realizar un buen manejo de emociones como la vergüenza o el temor.

El presente trabajo cuenta con algunas limitaciones que es necesario indicar. En primer lugar el proceso de evaluación se realizó en función de los instrumentos de los que gozaba el centro de consulta en aquel momento. Por política del centro, no era posible administrar cuestionarios ajenos a los que disponía el gabinete. En este sentido podría haber sido adecuado aplicar algún inventario de personalidad como el MCMI-II (Millon, 1987) para descartar presencia de algún trastorno de personalidad o de rasgos de personalidad clínicamente significativos para el diagnóstico.

Otra limitación fue la imposibilidad de contar con de personas del entorno de C. a lo largo del tratamiento, que pudieran actuar como informantes o coterapeutas en algún momento del mismo y ayudar a potenciar los avances realizados. La propia resistencia de C. unido a su debilitada red social no lo hicieron posible. En este sentido, una parte del trabajo clínico final fue que C. pudiera compartir de forma más profunda con su mejor amiga sus dificultades y los avances terapéuticos, con el fin de poder combatir su tendencia al abandono en caso de que se presentara una reactivación de su sintomatología fóbica.

En esta línea, la posibilidad de haber compatibilizado en el inicio del tratamiento la terapia individual con algunas sesiones de terapia grupal, hubiera sido deseable para contrarrestar las dificultades que la paciente verbalizaba para llevar a cabo lo aprendido en consulta en el contexto social.

Así mismo, cabe destacarse que la última sesión del tratamiento coincidió con la llegada de las vacaciones veraniegas y que tras las mismas la paciente decidió condicionar su visita a la consulta a un empeoramiento de su sintomatología y malestar emocional. Esta decisión impidió realizar más sesiones de supervisión y de prevención de recaídas, algo fundamental en un trastorno cuyo elemento central (el temor excesivo al rechazo social y la evitación) puede reactivarse de forma

crónica a lo largo de la vida de los pacientes.

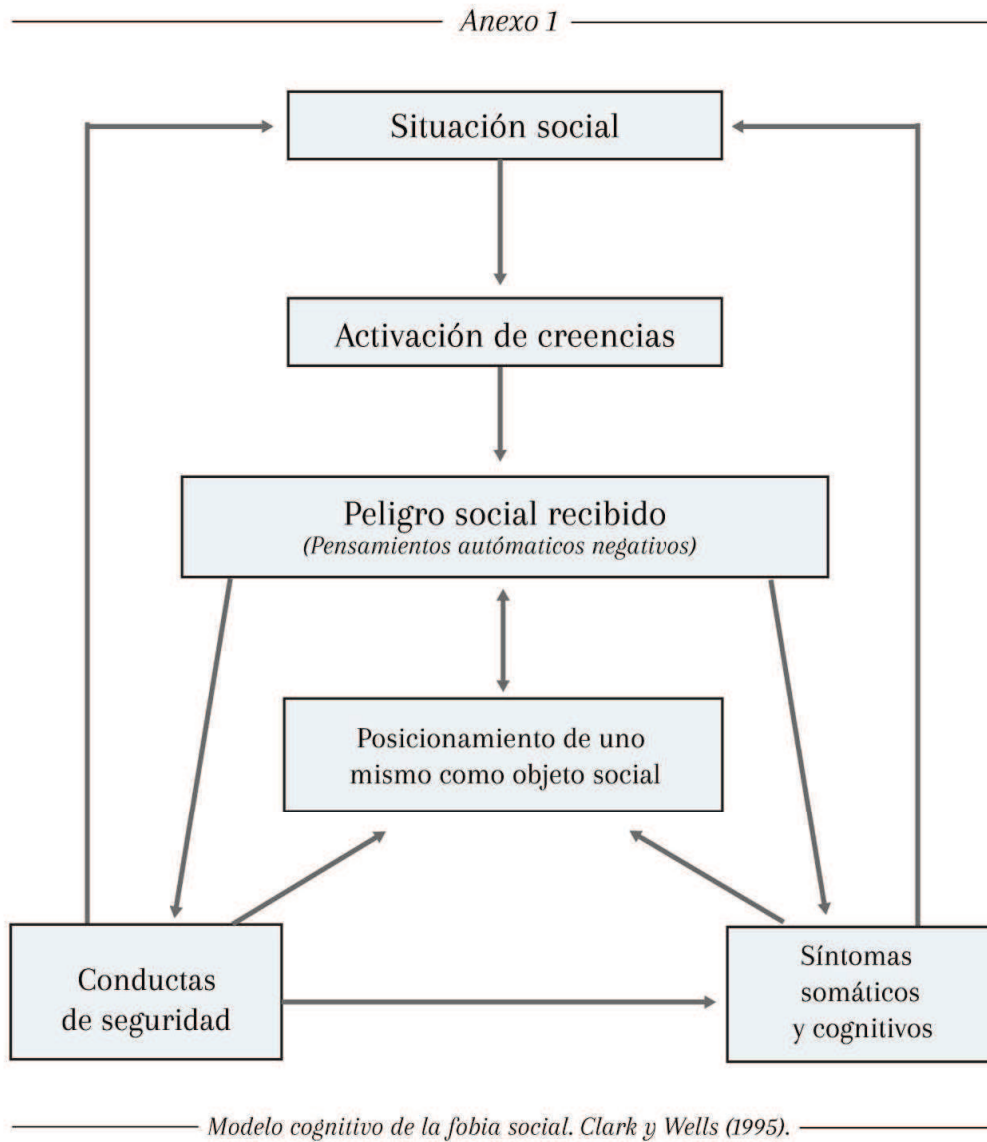
Por último, en cuanto a las recomendaciones para futuras investigaciones, indicar que dada la resistencia mostrada por este tipo de pacientes para acudir a terapia y el grado de sufrimiento y aislamiento que experimentan en sus vidas, unido a la alta tasa de incidencia que el trastorno tiene entre la población clínica, sería deseable poder incentivar algunas políticas de divulgación informativa sobre el trastorno y su tratamiento, tanto en los contextos laborales como en los escolares, para que los pacientes que sufren esta sintomatología dispongan de más información acerca del trastorno y de las consecuencias y gravedad que puede tener para su bienestar emocional y social no iniciar un tratamiento.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Caballo, V.E. (1995). Fobia social. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal, J.A. Carrobles. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos (Vol. 1) (pp. 285-340).Madrid: Siglo XXI
- Caballo, V.E., Salazar, I., García-López, L., Irurtia, MJ, Arias, B.(2010). Fobia social: características clínicas y diagnósticas. En V.E. Caballo, I. Salazar y J.A. Carrobles. (2010). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos.(pp. 172-209). Madrid: pirámide.
- Comeche, I, Díaz, M.I.,Vallejo, M.A.(1995). Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades sociales. Madrid: Terapia de conducta y salud.
- Echeburúa, E. (1993). Fobia Social. Barcelona: Martínez Roca
- Heimberg R., Liebowitz M., Hope D., Schenier F. (2000). Fobia Social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento. Barcelona, Ed. Martinez Roca.
- Hope, D.A., Herbert, J.D. y White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder and efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417
- Olivares, J., Méndez, J. y Macià, D. (1999). Técnicas de modificación de conducta (2ª edición). Madrid: Biblioteca Nueva
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*, 35, 741- 759
- Salaberría, K. & Echeburúa, E.(2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Coords.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Townsley, R.M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 497-505

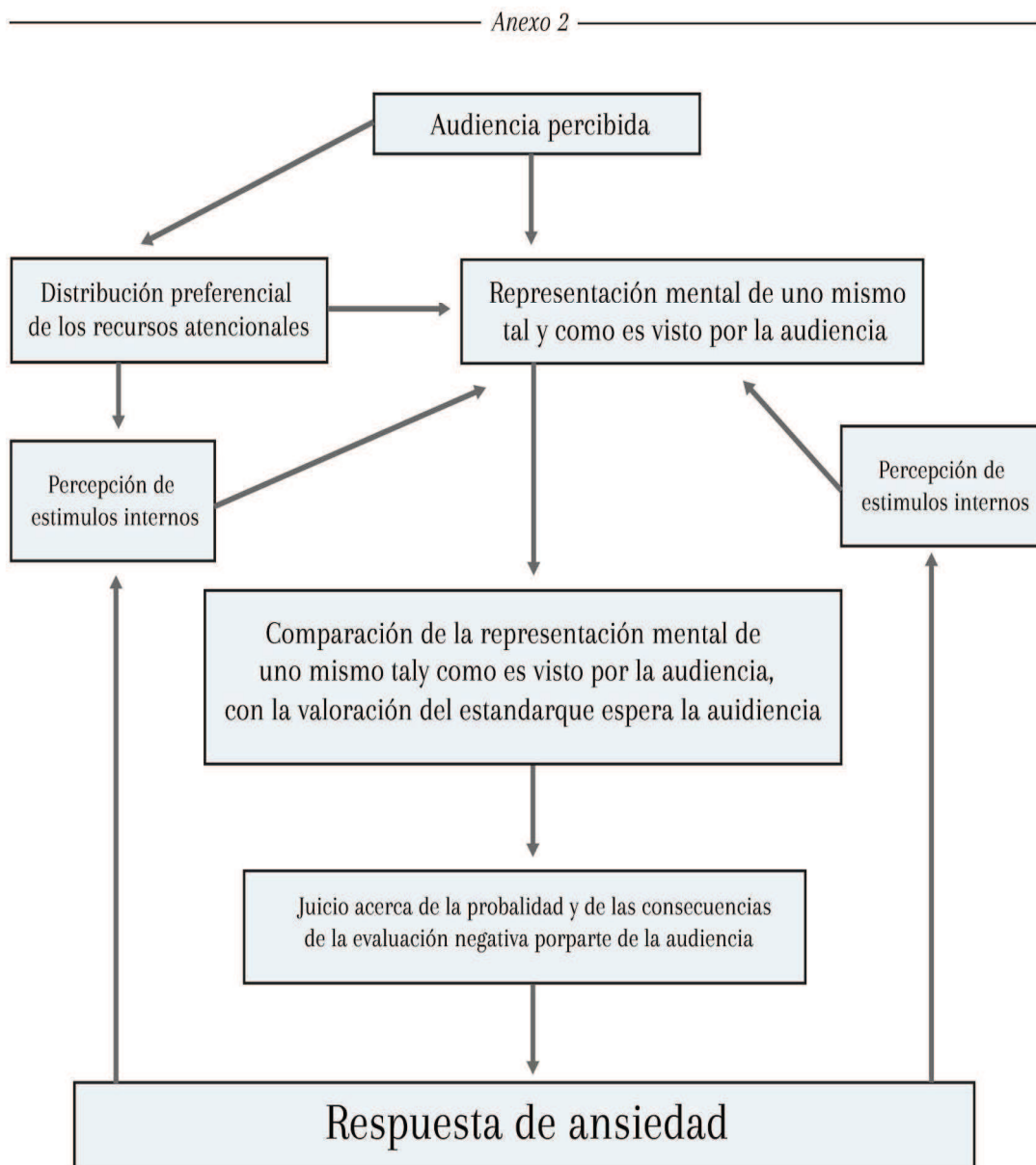
ANEXO 1

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



ANEXO 2

Modelo cognitivo de la fobia social de Rapee y Heimberg (1997)



Modelo cognitivo de la fobia social de Rapee y Heimberg (1997)

ANEXO 3

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la Fobia Social

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p.ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si: Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad por evitación).