

## **TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL: TEORÍA Y PRÁCTICA**

Jane Luterek, Winnie Eng y Richard G. Heimberg  
*Adult Anxiety Clinic of Temple University, Philadelphia (USA)*

### **Resumen**

Conforme han progresado las formulaciones teóricas del trastorno de ansiedad ha ido surgiendo la terapia cognitivo conductual (TCC) en primera línea de la literatura empírica. En el presente artículo, se describe brevemente nuestro modelo cognitivo conductual sobre el trastorno de ansiedad social, los componentes específicos de la TCC así como las pruebas de su eficacia y los factores que influyen en los resultados del tratamiento. Además, incluimos la presentación de un caso utilizando el enfoque cognitivo conductual de Heimberg *et al.* (Heimberg y Becker, 2002; Hope, Heimberg, Juster y Turk, 2000) para el tratamiento del trastorno de ansiedad social.

*PALABRAS CLAVE: Fobia social, trastorno de ansiedad social, modelo cognitivo conductual, terapia cognitivo conductual.*

### **Abstract**

As theoretical formulations of social anxiety disorder have advanced, cognitive behavioral therapy (CBT) has risen to the forefront of the empirical literature. In this article, we briefly describe our cognitive behavioral model of social anxiety disorder, specific components of CBT, as well as evidence for their efficacy and factors that influence treatment outcome. Further, we provide a case illustration using Heimberg *et al.*'s (Heimberg & Becker, 2002; Hope, Heimberg, Juster & Turk, 2000) cognitive behavioral approach to the treatment of social anxiety disorder.

*KEY WORDS: Social phobia, social anxiety disorder, cognitive behavioral model, cognitive behavior therapy.*

---

*Correspondencia:* Richard G. Heimberg, Ph.D., Adult Anxiety Clinic of Temple University, Department of Psychology, Temple University, 419 Weiss Hall, 1701 N. 13th Street, Philadelphia, PA 19122-6085 (USA). Email: heimberg@temple.edu

Nota: No citar sin permiso de los autores.

*Artículo traducido por V. E. Caballo.*

## Introducción

Conforme han progresado las formulaciones teóricas del trastorno de ansiedad ha ido surgiendo la terapia cognitivo conductual (TCC) en primera línea de la literatura empírica. En el presente artículo, se describe brevemente nuestro modelo cognitivo conductual sobre el trastorno de ansiedad social, los componentes específicos de la TCC así como las pruebas de su eficacia y los factores que influyen en los resultados del tratamiento. Además, incluimos la presentación de un caso utilizando el enfoque cognitivo conductual de Heimberg y colaboradores (Heimberg y Becker, 2002; Hope, Heimberg, Juster y Turk, 2000) para el tratamiento del trastorno de ansiedad social.

### El modelo cognitivo conductual

Diferentes investigadores han desarrollado modelos cognitivo conductuales de la ansiedad social (p.ej., Clark y Wells, 1995; Leary y Kowalski, 1995; Rapee y Heimberg, 1997). El modelo integrador que se presenta aquí fue inicialmente desarrollado por Rapee y Heimberg (1997) y posteriormente elaborado por Heimberg y colaboradores (Roth y Heimberg, 2001; Turk, Lerner, Heimberg y Rapee, 2001). Rapee y Heimberg (1997) propusieron que, cuando se enfrentan a una situación social, los individuos socialmente ansiosos desvían sus recursos atencionales hacia una representación mental, interna, de sí mismos, tal como se contemplaría desde la perspectiva de un miembro del público o de un observador. Sin embargo, esta representación mental de sí mismo constituye una visión distorsionada, basada en interpretaciones negativas de señales internas (p.ej., los síntomas físicos de los latidos cardiacos significan «*me voy a desmayar*»), de señales externas (p.ej., la expresión manifiesta de un oyente significa «*está aburrido*») y de la recuperación selectiva de la información que se encuentra en la memoria a largo plazo (p.ej., experiencias sociales negativas anteriores). Los individuos socialmente ansiosos comparan esta representación interna de sí mismos con las expectativas de actuación estándar que los demás pueden tener sobre ellos en la situación social. Debido a que es muy probable que los individuos socialmente ansiosos creen que los demás mantienen estándares estrictos y exactos de la actuación social (Alden y Wallace, 1991; Wallace y Alden, 1997), existe una elevada probabilidad de que no se alcancen estos estándares y de que, por lo tanto, se produzca un aumento de la ansiedad y del temor a la evaluación negativa.

Estos resultados se incrementan aún más por la tendencia de los individuos socialmente ansiosos a invertir una atención desproporcionada en la detección de señales sociales negativamente percibidas de su ambiente social. Esa hipervigilancia aumenta la probabilidad de que se detecten señales negativas o que estímulos ambiguos se interpreten como negativos. Igualmente, se aumenta la probabilidad de consecuencias sociales negativas por la división de la atención entre señales internas y externas de evaluación y las demandas de la actuación o la interacción social. Una vez que las personas socialmente ansiosas perciben que la audiencia les

ha evaluado de forma negativa, empiezan a experimentar un aumento de los síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos de la ansiedad. Estos síntomas retroalimentan las representaciones mentales de sí mismos y de su actuación, aumentando la hipervigilancia hacia las señales negativas e incrementando aún más la ansiedad social y las preocupaciones sobre la evaluación negativa de los demás. El escape o la evitación de la situación social temida funciona manteniendo la ansiedad, ya que limita su capacidad para examinar las pruebas que podrían servir para poner en evidencia sus pensamientos negativos.

Rapee y Heimberg (1997) han argumentado también sobre los mecanismos que subyacen en la etiología del trastorno de ansiedad social, que se supone es una interacción entre factores biológicos y ambientales. Una predisposición genética, tal como se demuestra a través de estudios de gemelos (véase Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz y Klein, 1993; Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1992; Mannuzza *et al.*, 1995), a interpretar las situaciones sociales como peligrosas puede explicar una parte de las diferencias individuales iniciales. Los estilos de educación parental, el modelado y la exposición limitada a las situaciones sociales constituyen factores ambientales que pueden contribuir a una sensibilidad específica ante la evaluación social negativa (Arrindell *et al.*, 1989; Bruch y Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg, Berger y Collins, 1989). Las prácticas de educación parental que sensibilizan al niño ante los asuntos sociales negativos, tales como el rechazo y un excesivo control, pueden reforzar la creencia infantil de que es un individuo inaceptable o incompetente. Los comportamientos parentales que dan gran importancia a los opiniones de los demás y/o la evitación por parte de los padres en situaciones sociales pueden reforzar las percepciones negativas de un niño sobre su capacidad para conseguir la aceptación de los otros. Además, los padres que limitan la exposición por parte de su hijo a las situaciones sociales pueden estar fomentando conductas de evitación y enfatizando el riesgo de recibir evaluaciones negativas de los demás. Las interacciones negativas tempranas con los grupos de iguales pueden sensibilizar también a un individuo a los costes de la evaluación negativa cuando participa de las interacciones sociales (Bruch *et al.*, 1989; Roth, Coles y Heimberg, 2002; McCabe, Antony, Summerfeldt, Liss y Swinson, en prensa).

### **Terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad social**

Los modelos cognitivo conductuales de la ansiedad social obtienen información de las observaciones clínicas y sugieren un enfoque de tratamiento que trata de cambiar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual. La TCC es un enfoque de psicoterapia de tiempo limitado, orientado hacia el presente, que se esfuerza en hacer que el paciente actúe como su propio agente de cambio. El terapeuta y el paciente establecen una relación de colaboración, funcionando el terapeuta como profesor o entrenador para enseñar a los pacientes nuevas habilidades y fomentar nuevas formas de contemplar las situaciones y la experiencia de la ansiedad. Se anima a los pacientes para que empleen las habilidades aprendidas en la terapia y se acerquen a, en vez de alejarse de, su experiencia

de ansiedad. Otra característica importante del enfoque cognitivo conductual es que fomenta la demostración empírica de su eficacia en experimentos controlados. Los principales componentes de la TCC que se han descrito y estudiado en el tratamiento del trastorno de ansiedad social son la exposición, la reestructuración cognitiva, la relajación aplicada y el entrenamiento en habilidades sociales.

### *La exposición*

El componente central de la mayoría de los programas de tratamiento de la ansiedad social es la exposición a las situaciones sociales que se temen y/o se evitan. En los tratamientos por exposición, el paciente y el terapeuta desarrollan, en primer lugar, una jerarquía de temor y evitación, una lista ordenada de diferentes situaciones sociales provocadoras de ansiedad. Las jerarquías se construyen adaptadas a cada paciente particular y se componen de situaciones específicas temidas (p.ej., dar una charla, utilizar urinarios públicos), ordenadas de menor a mayor grado de provocación de ansiedad. Con el fin de desarrollar una sensación de dominio y mantener la ansiedad en un nivel tolerable, se instruye a los pacientes para que empiecen a exponerse a situaciones sociales provocadoras de ansiedad. Una vez que se obtiene una sensación de dominio en estas situaciones y ya no producen niveles perturbadores de ansiedad, se instruye a los pacientes para que vayan progresando gradualmente hacia las situaciones sociales más difíciles. La exposición puede realizarse en la *imaginación* (p.ej., el terapeuta relata las situaciones provocadoras de ansiedad y el paciente se las imagina), bajo la forma de representaciones de papeles durante las sesiones de terapia, o *en vivo* (p.ej., enfrentándose a situaciones de la vida real fuera de la sesión de terapia). El tratamiento consiste normalmente en una combinación de estas formas de exposición.

Para que las exposiciones sean lo más eficaces posible, se enseña a los pacientes formas de aumentar su implicación en las situaciones sociales, en vez de únicamente estar presente en ellas. Se enseña a los pacientes a permanecer en la situación social hasta que su ansiedad comience a disminuir, permitiendo que tengan lugar los procesos de habituación y extinción, en vez de escapar de la situación, mientras la ansiedad se mantiene en un nivel perturbador. Se instruye también a los pacientes para que mantengan su atención en la situación social y en todos sus diferentes componentes, incluyendo la inevitable experiencia de la ansiedad y la activación (Foa y Kozak, 1986). Esto puede ser muy difícil para algunos pacientes, que pueden intentar controlar su ansiedad utilizando estrategias que serán contraproducentes para el ejercicio de exposición, incluyendo la distracción o el centrar la atención en sus pensamientos negativos (p.ej., «*Piensas que soy tonto*»). Se ha encontrado que las instrucciones para mantener la atención en los aspectos provocadores de ansiedad de la situación social aumentan la eficacia de las técnicas de exposición (Wells y Papageorgiou, 1998).

Otra estrategia de los pacientes que puede estropear la eficacia de las exposiciones es el uso de comportamientos de evitación sutiles, conocidos también como *conductas de seguridad* (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997).

Estas conductas se emplean para reducir el riesgo de evaluación negativa, basándose en la falsa creencia de que dichos comportamientos permitirán a las personas socialmente ansiosas manejar su ansiedad social. Por ejemplo, un paciente podría creer que sólo será capaz de dar una charla si ensaya la charla una y otra vez hasta que se la aprenda de memoria. Las conductas de seguridad evitan que el paciente experimente la evidencia o las pruebas que podrían cuestionar sus creencias disfuncionales (p.ej., «La única forma en la que conseguiría dar una charla sería memorizándola») e impiden que aprendan que han tenido éxito sin un esfuerzo especial. Wells y colaboradores (1995) han demostrado que el evaluar las conductas de seguridad de los pacientes e instruirles que eliminen estos comportamientos durante los ejercicios de exposición mejora los resultados. Así, aunque la exposición es de naturaleza principalmente conductual, puede tener también un fuerte impacto sobre el pensamiento disfuncional asociado al trastorno.

### *La reestructuración cognitiva*

La reestructuración cognitiva se originó a partir de la terapia cognitiva de Beck (Beck y Emery, 1985) y de la terapia racional emotiva de Ellis (Ellis, 1962). El primer paso de la reestructuración cognitiva consiste en ayudar a los pacientes a identificar sus propios pensamientos automáticos negativos que tienen lugar antes, durante o después de las situaciones sociales provocadores de ansiedad. Se cree que estos pensamientos automáticos están distorsionados y son disfuncionales porque reflejan y mantienen las creencias negativas de los pacientes sobre sí mismos, las situaciones sociales y la probabilidad de las consecuencias temidas, incluso en presencia de la evidencia en contra. Por ejemplo, los pensamientos automáticos «*Ella nunca saldrá conmigo*» o «*Soy tonto*» son pensamientos globales, extremos, negativos y absolutos, que son considerados con valor aparente por el paciente y que, muy probablemente, estarán asociados al afecto negativo y a la evitación. Se enseña a los pacientes a que el identificar y modificar estos pensamientos conduce a cambios posteriores en su estado de ánimo, su fisiología y su conducta.

El primer paso de la reestructuración cognitiva es ayudar a los pacientes a darse más cuenta de sus pensamientos, principalmente a través de ejercicios de autorregistro explícitos, que implican registrar los pensamientos relacionados con las situaciones sociales temidas. Luego, los terapeutas instruyen a los pacientes para que evalúen la exactitud de esos pensamientos. Se ayuda a los pacientes a que se enfrenten y evalúen la veracidad de sus pensamientos automáticos y creencias subyacentes utilizando la discusión, la comprobación de hipótesis y las técnicas de cuestionamiento. Estas técnicas animan a los pacientes a que traten sus pensamientos automáticos como hipótesis, en vez de hechos establecidos, y a que examinen los datos disponibles para evaluar la base de sus creencias y pensamientos negativos (p.ej., «*Cuál es la evidencia de que soy tonto*»). Los terapeutas se apuntan al examen de los patrones de pensamiento disfuncional de los pacientes, evitando la suposición de que hay una forma correcta o incorrecta de pensar. Es más útil que el terapeuta se centre en si estos patrones de pensamientos funcionan bien

para el paciente en vez de si son correctos. Se puede animar a los pacientes a que consideren pensamientos alternativos como posibilidades, evaluando la creencia en ellos conforme progresa el tratamiento (p.ej., «¿En qué porcentaje crees que este pensamiento es verdadero?»).

La reestructuración cognitiva incluye también *experimentos conductuales* planificados o ejercicios de exposición, que proporcionen datos objetivos y faciliten el desarrollo de pensamientos alternativos, más racionales. Los resultados de estos experimentos se comparan con las anteriores predicciones negativas de los pacientes de catástrofe social. Al utilizar estos pensamientos alternativos en lugar de sus interpretaciones negativas habituales de las situaciones sociales provocadoras de ansiedad, se proporciona a los pacientes una estrategia de afrontamiento cognitivo que, con el tiempo y la repetición, les permitirá modificar sus creencias negativas sobre las situaciones sociales.

### *La relajación aplicada*

Los pacientes con un trastorno de ansiedad social a menudo sufren una activación fisiológica excesiva como anticipación de, o cuando se enfrentan a, situaciones sociales temidas. Los enfoques con base en la relajación suponen que los síntomas fisiológicos de la ansiedad social, como las palpitaciones cardíacas, el sudar y temblar, evitan que el paciente logre una actuación social óptima. La relajación aplicada implica ayudar a los pacientes a utilizar las habilidades de relajación como un medio de afrontar su activación fisiológica en situaciones sociales provocadoras de ansiedad (Öst, 1987). El primer paso de la relajación aplicada entraña enseñar a los pacientes a vigilar sus propias señales fisiológicas de ansiedad con el fin de reconocer las sensaciones iniciales de ansiedad y activación fisiológica. Se enseña a los pacientes relajación muscular progresiva, un técnica que consiste en alternar entre tensar y relajar diferentes grupos de músculos. Una vez que se aprende la relajación muscular progresiva, se instruye a los pacientes para que se relajen en respuesta a una señal (p.ej., la palabra «*relájate*»). Con la repetición de la práctica y la instrucción guiada, los pacientes pueden ser capaces de conseguir un nivel moderado de relajación en unos 20-30 segundos. Luego se dice a los pacientes que empleen estas habilidades de relajación durante actividades físicas no provocadoras de ansiedad. Una vez que se domina esta técnica, se instruye a los pacientes para que utilicen estas estrategias de relajación en situaciones reales provocadoras de ansiedad. Las técnicas de relajación son más eficaces en el tratamiento del trastorno de ansiedad social si se aplican en las situaciones sociales temidas (Jerremalm, Jansson y Öst 1986; Öst, Jerremalm y Johansson, 1981). Existen pocas pruebas de que las técnicas de relajación sean eficaces sin aplicarlas a las situaciones temidas.

### *El entrenamiento en habilidades sociales*

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) en el tratamiento del trastorno de ansiedad social se basa en la premisa de que los pacientes tienen déficit reales

en su repertorio conductual (p.ej., un contacto ocular inadecuado). Se supone que estos déficit en habilidades verbales y no verbales provocan reacciones negativas en los demás, haciendo que las interacciones sociales sean perturbadoras y provocadoras de ansiedad. Las investigaciones empíricas que han examinado los comportamientos de individuos con ansiedad social han arrojado resultados contradictorios, encontrando algunas investigaciones déficit en habilidades sociales (p.ej., Stopa y Clark, 1993) mientras que otras no lo han hecho (p.ej., Rapee y Lim, 1992). Los pacientes con un trastorno de ansiedad social pueden manifestar comportamientos torpes durante las interacciones sociales; sin embargo, la presencia de estas conductas puede tener como resultado la evitación, la activación fisiológica, patrones de pensamiento disfuncionales o una combinación de estos factores, en vez de (o además de) un déficit en habilidades sociales.

El objetivo del EHS consiste en aumentar las habilidades conductuales de los pacientes y aumentar la probabilidad de interacciones sociales satisfactorias. Comprende varias técnicas que intentan reducir estas deficiencias, incluyendo el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación correctora, el refuerzo social y las tareas para casa. La eficacia terapéutica del EHS (revisada más abajo) se encuentra íntimamente unida con los efectos beneficiosos de la exposición (p.ej., enfrentamiento con las situaciones sociales temidas) y los aspectos cognitivos (p.ej., recibir retroalimentación correctora sobre la adecuación de las propias conductas sociales) intrínsecos en estos procedimientos. Una intervención importante que combina el EHS con otros componentes de tratamiento, de forma específica la exposición en la imaginación y/o en vivo y la práctica programada, es el «Entrenamiento para la eficacia social» de Turner y Beidel (Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994; véase Turner y Beidel en este monográfico).

### *La terapia de grupo cognitivo-conductual*

La terapia de grupo cognitivo-conductual (TGCC; Heimberg y Becker, 2002) es un ejemplo de un tratamiento con apoyo empírico para el trastorno de ansiedad social que combina la reestructuración cognitiva con la exposición. La TGCC se desarrolló en paralelo al modelo del trastorno de ansiedad social de Rapee y Heimberg (1997) descrito anteriormente, de modo que se daba un mutuo intercambio de información entre ambos. En la TGCC, grupos de 4 a 7 pacientes, equilibrados por sexo y edad, son dirigidos por dos coterapeutas, hombre y mujer. El tratamiento normalmente tiene lugar durante 12 sesiones una vez a la semana, con una duración aproximada por cada sesión de 2,5 horas. La sesión inicial de tratamiento muestra a los pacientes el modelo cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social y la explicación del tratamiento, incluyendo una introducción a los conceptos de la exposición, la reestructuración cognitiva y las tareas para casa (que son elaboradas para que refuercen fuera de la sesión las habilidades de afrontamiento aprendidas). Las habilidades de reestructuración cognitiva se desarrollan aún más durante la primera y segunda sesión por medio del uso de ejercicios estructurados que introducen a los pacientes los conceptos de errores cognitivos en

sus pensamientos automáticos (p.ej., *lector de mentes*, que supone que uno sabe lo que la otra persona está pensando; *catastrofización*, cuando se predice que va a ocurrir lo peor sin considerar otras posibilidades), el cuestionamiento de los pensamientos automáticos por medio del uso de la discusión socrática y el desarrollo de respuestas racionales (p.ej., creencias alternativas más adaptativas). En las sesiones restantes, se colocan como objetivos de las sesiones las situaciones sociales temidas por los pacientes utilizando la reestructuración cognitiva, ejercicios de exposición dentro de la sesión y tareas para casa. Se anima a los pacientes a que empiecen con ejercicios de exposición de dificultad moderada (basándose en una jerarquía de temor y evitación construida previamente) y que trabajen con situaciones cada vez más difíciles conforme progresa el tratamiento.

Cada exposición se adapta de forma individual a los intereses de la vida real del paciente y los miembros del grupo, los terapeutas o los ayudantes entrenados pueden participar representando papeles. Antes de cada una de estas exposiciones dentro de la sesión, los terapeutas guían al paciente por las técnicas de reestructuración cognitiva. Conforme los pacientes registran sus pensamientos automáticos con respecto a la situación, etiquetan y cuestionan los errores de pensamiento y desarrollan una respuesta alternativa racional, los miembros del grupo pueden ayudar haciendo las cosas más fáciles, dando apoyo y beneficiándose del aprendizaje por observación. Se describen también los objetivos de cada exposición. Se prefieren los objetivos cuantificables (p.ej., «*revelaré tres hechos personales sobre mí*») a los cualitativos (p.ej., «*seré carismático*») o, aún peor, a los inalcanzables (p.ej., «*no me pondré nervioso*»). Durante los ejercicios de exposición, los pacientes proporcionan evaluaciones numéricas de su ansiedad y verbalizan sus respuestas racionales en, aproximadamente, intervalos de 1 minuto. Este método permite que el grupo observe el patrón de ansiedad del paciente a lo largo del tiempo y hace que éste se concentre en las habilidades cognitivas de afrontamiento durante la representación de papeles. Un ejercicio de exposición dura aproximadamente diez minutos en la TGCC. Sin embargo, la duración y el contenido de una representación de papeles debería ser flexible, dependiendo de las limitaciones de tiempo, de las necesidades del paciente y del juicio clínico. La explicación posterior a la exposición ayuda a los pacientes a recibir retroalimentación sobre su actuación, a evaluar si se consiguieron los objetivos y a discutir sobre los resultados esperados e inesperados del ejercicio. Durante este proceso, los terapeutas tienen que ser cuidadosos con respecto a la tendencia del paciente a *descalificar lo positivo*, es decir, a minimizar la consecución con éxito de los objetivos. Se revisa y comenta el patrón de las puntuaciones de ansiedad obtenidas, prestando especial atención a las más elevadas debidas a los pensamientos automáticos o a una disminución de esa ansiedad por causa de la utilización de las técnicas de afrontamiento cognitivas. Se pide retroalimentación sobre la eficacia de la exposición, lo que se ha aprendido y cómo el paciente puede utilizar las habilidades de afrontamiento aprendidas fuera de la terapia. Con este fin, las exposiciones dentro de la sesión se complementan con exposiciones externas que aplican las habilidades de afrontamiento aprendidas a las situaciones de la vida diaria. Se espera que los pacientes utilicen el mismo procedimiento empleado en la sesión, incluyendo escribir pensamientos automáticos negativos, etiquetarlos y



cuestionarios, describiendo objetivos claros antes de la exposición y realizando una explicación cognitiva después de que se ha llevado a cabo. Las tareas para casa se revisan al comienzo de cada sesión y se identifican y comentan los problemas para completar dichas tareas.

### *Ilustración de un caso*

Heimberg y colaboradores (Hope *et al.*, 2000) han desarrollado recientemente una TCC basada en las técnicas empleadas en la TGCC, que se encuentra en proceso de validación a través de estudios empíricos. Se utilizará una breve ilustración de un caso, extraída de este protocolo de tratamiento, para ejemplificar el empleo de las técnicas de reestructuración cognitiva y de exposición señaladas anteriormente.

Jaime es un hombre soltero, de 30 años, que trabaja como arquitecto<sup>1</sup>. Contó que sentía ansiedad social en una serie de situaciones, como las fiestas, hablar con gente desconocida, iniciar y mantener conversaciones, situaciones de actuación (p.ej., charlas formales) y ser asertivo. Después de que se le proporcionó información sobre el trastorno de ansiedad social, se desarrolló una formulación cognitivo-conductual de la ansiedad social de Jaime. Con el fin de ilustrar las técnicas de reestructuración cognitiva y de exposición, nos centraremos en uno de sus miedos sociales.

Jaime señaló que estaba especialmente molesto por el hecho de que sus temores sociales estaban interfiriendo con su vida profesional. Había conseguido recientemente un trabajo en una nueva empresa e informaba sentirse incómodo interactuando con sus compañeros de trabajo y experimentando una sensación general de que no estaba integrado. Después del autorregistro, Jaime describió los síntomas conductuales y cognitivos de ansiedad que sufría. En una situación social, Jaime informó que un compañero de trabajo inició una conversación con él, preguntándole cómo había pasado el fin de semana. Jaime informó que se había sentido muy nervioso al responder al compañero de trabajo y sólo consiguió decir, «no muy bien». Jaime informó de los siguientes pensamientos automáticos durante esta situación: «pensaré que soy tonto», «se me tramará la lengua si hablo demasiado», «verá lo nervioso que estoy». Al evaluar estas predicciones, Jaime y el terapeuta examinaron los errores cognitivos asociados con estos pensamientos: *etiquetado*, *lector de mentes* y *catastrofización*. En posteriores discusiones, Jaime señaló que creía que era inaceptable que la gente le viera que estaba nervioso y, si lo veían, se formarían automáticamente una impresión negativa de él como alguien que es inaceptable e inferior. Utilizando el cuestionamiento (p.ej., «¿qué evidencia tengo de que es verdad?», «¿tengo la certeza de que es verdad?»), Jaime fue capaz de reconocer que esta creencia podría no ser verdad y, además, no estaba funcionando con él. Jaime y el terapeuta trabajaron para desarrollar una respuesta alter-

---

<sup>1</sup> Jaime es, en realidad, una mezcla de varios pacientes que han recibido tratamiento en la Clínica de Ansiedad de Adultos de Temple (USA).

nativa racional que podría utilizar en esta situación para combatir sus pensamientos automáticos negativos. Las respuestas racionales potenciales discutidas incluían las siguientes: «puedo mostrarme nervioso y ser aceptado», «está bien estar nervioso», «estar nervioso no es igual a parecer tonto». Jaime indicó que su principal temor era que si parecía nervioso, los demás pensarían de forma negativa sobre él; por consiguiente, se utilizó el pensamiento automático «*puedo parecer nervioso y ser aceptado*». Se abordó también el componente de evitación de esta situación social. Dando respuestas que desanimaban seguir con la conversación («no muy bien»), Jaime reducía la posibilidad de desarrollar amistades, que era uno de sus principales objetivos de tratamiento. Además, Jaime suponía que los demás lo evaluarían de forma negativa, sin darle oportunidad de que le conociesen, contribuyendo a esta sensación general de falta de integración. El terapeuta y Jaime hablaron también de cómo el terminar la conversación rápidamente alimenta su ansiedad social, al actuar como si fuera una situación temida que debería evitarse. Se utilizó la representación de papeles dentro de la sesión para reflejar la situación de la vida real. Sin embargo, se animó a Jaime para que respondiera de una manera más abierta y animosa. Antes de la siguiente sesión de terapia, Jaime estuvo de acuerdo en conversar con un compañero de trabajo durante al menos dos minutos, utilizando su respuesta racional como una estrategia de afrontamiento.

Esta es una ilustración muy breve de un caso utilizando los componentes de reestructuración cognitiva y de exposición de la TCC. Para una mayor información de este enfoque de tratamiento, véase Heimberg y Becker (2002) y Hope *et al.* (2000).

### **Apoyo empírico a la TCC para el trastorno de ansiedad social**

Las investigaciones empíricas sugieren que la TCC es un tratamiento eficaz para el trastorno de ansiedad social. Las investigaciones cuantitativas sobre la eficacia de la TCC para el trastorno de ansiedad social han utilizado las técnicas del metaanálisis, un procedimiento estadístico que calcula los tamaños del efecto a lo largo de diferentes estudios y utiliza análisis tanto intragrupo como entre grupos. Para una revisión más extensa de esta literatura véase Heimberg (2002).

Las revisiones metaanalíticas de la TCC para el trastorno de ansiedad social sugieren que producen un mayor beneficio que el placebo, el asesoramiento de apoyo y las listas de espera como grupo control (Chambless y Hope, 1996). Las ganancias obtenidas por los pacientes socialmente ansiosos son evidentes inmediatamente después del tratamiento y también en las evaluaciones de seguimiento (Chambless y Hope, 1996; Feske y Chambless, 1995; Fedoroff y Taylor, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap, 1997; Taylor, 1996). En algunos casos, parece que los pacientes realizan mejoras añadidas durante el intervalo de seguimiento (Gould *et al.*, 1997; Taylor, 1996).

Aunque estos resultados apoyan la eficacia de la TCC para el trastorno de ansiedad social, las revisiones metaanalíticas (Chambless y Hope, 1996; Feske y Chambless, 1995; Fedoroff y Taylor, 2001; Gould *et al.*, 1997; Taylor, 1996) han

examinado también la importancia relativa de los componentes de los tratamientos cognitivo-conductuales. En favor de la brevedad, nos centraremos en los resultados del metaanálisis de Taylor (1996), que comparó los tamaños del efecto de grupos de lista de espera como controles, tratamientos con fármacos placebo, reestructuración cognitiva, exposición, una combinación de reestructuración cognitiva y exposición y el entrenamiento en habilidades sociales a lo largo de 42 estudios de tratamiento. Para cada uno de estos tratamientos, mejoraron de forma significativa los síntomas de ansiedad social en comparación con los grupos de control de lista de espera. Los diferentes tipos de TCC no eran diferentes entre sí. Sin embargo, la combinación de reestructuración cognitiva y exposición era el único tratamiento activo que resultó superior a los grupos placebo de control (fármacos placebo o terapia de atención-placebo). Algo interesante fue que los exámenes cualitativos de la eficacia de la TCC indicaban que la adecuación del apoyo empírico a los diferentes enfoques de la TCC podría no ser el mismo (Heimberg y Juster, 1995; Turk, Coles y Heimberg, 2002). Por ejemplo, la literatura que ha utilizado el EHS no ha incluido condiciones de control adecuadas, haciendo imposible afirmar con seguridad que este tratamiento sea el responsable de los resultados observados.

### **Comparación de la TCC con los tratamientos farmacológicos**

Otro enfoque a la hora de analizar la eficacia de la TCC consiste en compararla con tratamientos activos alternativos para el trastorno de ansiedad social, como los tratamientos farmacológicos. La investigación farmacológica se ha centrado principalmente en los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs), en los inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa, en las benzodiacepinas y en los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRSs). Los resultados de diferentes investigaciones con grupos control de doble-ciego sugieren que varios de estos fármacos son eficaces para el tratamiento del trastorno de ansiedad social (para una revisión reciente véase Blanco *et al.*, 2003). Dos investigaciones metaanalíticas han comparado la TCC con estos tratamientos farmacológicos. Gould y colaboradores (1997) encontraron que la TCC y la terapia farmacológica producían mejorías significativas y equivalentes después del tratamiento, pero la TCC era menos costosa que la farmacoterapia; la TGCC era el tratamiento con una mejor relación coste/eficacia. Sin embargo, Fedoroff y Taylor (2001) informaron que las benzodiacepinas, pero no los IMAO ni los ISRS, eran superiores a la mayoría de la intervenciones con TCC en medidas de autoinforme de la ansiedad social.

Un estudio realizado en varios lugares examinó los resultados del tratamiento a corto y largo plazo en una investigación con controles sobre TGCC, el IMAO fenelcina, fármaco placebo y un placebo psicológico creíble (Heimberg *et al.*, 1998; Liebowitz *et al.*, 1999). Las tasas de respuesta para los dos tratamientos activos eran mayores que para los grupos control y no se diferenciaban entre sí inmediatamente después del tratamiento. Los pacientes que recibían medicación activa respondieron más rápidamente que los que recibían TGCC y mostraban una mejoría mayor en algunas medidas dimensionales de la ansiedad social. Los pacientes que respon-

dieron bien a la TGCC o a la fenelcina siguieron 6 meses más con tratamiento de mantenimiento y otro periodo de seguimiento de 6 meses. En la última evaluación de seguimiento, el 50% de los pacientes que recibieron fenelcina había recaído, en comparación con el 17% de los pacientes con TGCC. Estos resultados sugieren que la fenelcina puede producir efectos mayores y más rápidos; sin embargo, la TGCC puede proporcionar una mayor protección contra las recaídas. Otros dos recientes estudios han comparado la TCC con el ISRS fluoxetina. Clark *et al.* (en prensa) encontraron que la TCC individual era superior a la fluoxetina, mientras que una investigación reciente llevada a cabo en múltiples sitios sobre los resultados del tratamiento y dirigida por Jonathon Davidson de la Universidad de Duke y Edna Foa de la Universidad de Pensilvania en Estados Unidos (citada en Foa, Franklin y Moser, 2002) no encontró diferencias entre la TCC en grupo y la fluoxetina. Sin embargo, en el estudio de Clark *et al.* (en prensa) y en otro estudio de Kobak, Greist, Jefferson y Katzelnick (2002), la fluoxetina no fue capaz de funcionar mejor que el placebo bajo condiciones de doble ciego.

### **La combinación de la TCC con tratamientos farmacológicos**

Aunque la combinación de la TCC con tratamientos farmacológicos es frecuente en la práctica clínica para el tratamiento del trastorno de ansiedad social, faltan investigaciones empíricas sobre la eficacia de la TCC y el tratamiento farmacológico combinados. Este estudio de Davidson-Foa (citado en Foa *et al.*, 2002) no encontró diferencias entre la TCC, la fluoxetina y su combinación. Una investigación diferente llevada a cabo también en múltiples lugares y dirigida por Michael Liebowitz de la Clínica de Trastornos de Ansiedad en el Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y Richard Heimberg de la Clínica de Ansiedad de Adultos de la Universidad de Temple, estudió la combinación de fenelcina y TGCC. Los resultados preliminares indican un funcionamiento superior del tratamiento combinado en comparación con las modalidades de tratamiento individual y placebo (Heimberg, 2002).

Una reciente investigación empírica ha examinado la eficacia de la exposición llevada a cabo por médicos de atención primaria comparada con el tratamiento con el ISRS sertralina entre pacientes con el subtipo generalizado del trastorno de ansiedad social (Blomhoff *et al.*, 2001; Haug *et al.*, 2000). El trastorno de ansiedad social tipo generalizado se caracteriza por temores sociales a lo largo de una amplia variedad de situaciones sociales (véase más abajo). A los médicos de atención primaria se les dio un breve entrenamiento para llevar a cabo la exposición. Al final del tratamiento, la sertralina más la terapia de exposición no se diferenciaba del tratamiento de sertralina solo, pero estos dos tratamientos activos eran superiores al placebo. La exposición sin la sertralina no era, en general, superior al placebo (Blomhoff *et al.*, 2001). En la evaluación de seguimiento de un año, los pacientes que habían recibido sólo exposición continuaban mejorando, mientras que los pacientes que habían recibido sertralina (con o sin exposición) empeoraron (de forma significativa en algunas medidas) (Haug *et al.*, 2003). Teniendo en cuenta la cantidad de deficiencias metodológicas de este estudio, los resultados deberían interpretarse

con cuidado. Sin embargo, un hallazgo importante del mismo es que es factible aplicar la terapia de exposición en la práctica diaria de los médicos después de un programa relativamente breve de entrenamiento.

### **Formato individual versus grupal**

Las pruebas empíricas indican que la terapia individual puede ser tan eficaz como la terapia grupal para el trastorno de ansiedad social. Tres metaanálisis no han encontrado diferencias en la eficacia de los formatos individual y grupal para el TCC del trastorno de ansiedad social (Fedoroff y Taylor, 2001; Gould *et al.*, 1997; Taylor, 1996). Igualmente, tres comparaciones de la TCC individual y de grupo encontraron que estos formatos producían resultados similares (Lucas y Telch, 1993; Öst, Sedvall, Breitholz, Hellström y Lindwall, 1995; Scholing y Emmelkamp, 1993). Una investigación reciente encontró que el formato individual era superior al formato grupal, produciendo más disminuciones significativas en los síntomas de ansiedad inmediatamente después del tratamiento y a los 6 meses después de la terminación del mismo (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach y Clark, 2003). Sin embargo, el formato grupal tendrá siempre una mejor relación coste/beneficio.

### **Factores que afectan a los resultados del tratamiento**

#### *Características del paciente*

Aunque se ha encontrado que la TCC es un tratamiento eficaz para el trastorno de ansiedad social, algunos pacientes no mejoran lo suficiente con el tratamiento. La identificación de factores que afectan a la respuesta al tratamiento puede llevar a modificaciones del mismo para aquellos que no responden bien a los intentos iniciales de la TCC. Seguidamente se describen brevemente las características específicas del paciente que se han encontrado que predicen los resultados del tratamiento para la TCC.

Los pacientes que padecen el subtipo generalizado del trastorno de ansiedad social experimentan temor a una amplia variedad de situaciones sociales, mientras que aquellos que tienen un subtipo no generalizado sufren de un número limitado de miedos sociales (p.ej., hablar en público) (American Psychiatric Association, 1994). La investigación indica que los pacientes con un trastorno de ansiedad social tanto del tipo generalizado como del tipo no generalizado son válidos igualmente para el tratamiento cognitivo conductual (Edelman y Chambless, 1995) y muestran niveles similares de habituación a la exposición en la imaginación (Turner, Beidel, Wolff, Spaulding y Jacob, 1996). Sin embargo, dos investigaciones sugieren que los pacientes con el subtipo generalizado comienzan el tratamiento más deteriorados y es menos probable que hayan obtenido beneficios clínicamente significativos después de la terminación del tratamiento (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Hope, Herbert y White, 1995).

Los pacientes con un trastorno de ansiedad social tienen una elevada tasa de diagnósticos comórbidos, como depresión, otros trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, especialmente el trastorno de la personalidad por evitación (Heimberg, 1996; Kessler *et al.*, 1994; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz y Weissman, 1992). En un estudio, no había pruebas de que un trastorno de ansiedad añadido afectase a la eficacia de la TGCC para el trastorno de ansiedad social (Erwin, Heimberg, Juster y Mindlin, 2002). Sin embargo, la presencia de depresión podría limitar la mejoría en la TCC para el trastorno de ansiedad social (Chambless, Tran y Glass, 1997; Erwin *et al.*, 2002). Por ejemplo, en el estudio de Erwin *et al.* (2002), los pacientes con un trastorno de ansiedad comórbido, con un trastorno del estado de ánimo comórbido o sin trastorno comórbido mejoraban en tasas similares y mantenían sus ganancias un año después del final del tratamiento. Sin embargo, los pacientes con un trastorno del ánimo comórbido estaban peor antes del tratamiento y seguían estando peor después de que hubiera terminado el mismo.

Otras investigaciones señalan que los pacientes con un trastorno de la personalidad por evitación comórbido se encuentran más deteriorados antes del tratamiento, pero obtienen ganancias similares que los pacientes sin un trastorno de la personalidad por evitación (Brown *et al.*, 1995; Hofmann, Newman, Becker y Taylor, 1995; Hope *et al.*, 1995; Mersh, Emmelkamp, Bogels y van der Sleen, 1989; van Velzen, Emmelkamp y Scholing, 1997; véase también Feske, Perry, Chambless, Renneberg y Goldstein, 1996). Aunque es probable que se mantengan estas ganancias (Feske *et al.*, 1996; Hope *et al.*, 1995), sigue habiendo lugar para mejoras adicionales. Algunos autores (p.ej., Heimberg, 1996) sugieren que el trastorno de la personalidad por evitación representa una variedad grave del trastorno de ansiedad social tipo generalizado, en vez de un diagnóstico comórbido y separado. Sin embargo, puede que los pacientes con el subtipo generalizado del trastorno de ansiedad social, con depresión comórbida o con un diagnóstico de trastorno de la personalidad por evitación, necesiten un tratamiento más prolongado o más intenso para alcanzar el nivel de respuesta visto habitualmente en otros pacientes con un trastorno de ansiedad social.

Las observaciones clínicas indican que los pacientes con un trastorno de ansiedad social tienen dificultades para confiar en los demás y expresar sentimientos de ira. Se ha encontrado que los pacientes con un trastorno de ansiedad social experimentan niveles mayores de sentimientos de ira y suprimen esta ira, en comparación con un grupo control sin ansiedad (Erwin, Heimberg, Schneier y Liebowitz, en prensa). Erwin *et al.* (en prensa) encontraron que la experiencia de la ira-rasgo estaba asociada con un mayor abandono de la TGCC y la ansiedad-estado, la ansiedad-rasgo y la supresión de la ira predecían peores respuestas a la TGCC. Sin embargo, entre los pacientes que terminaron la TGCC, se encontró mejoría tanto en los que padecían ansiedad-rasgo como en los que tenían supresión de la ira. El ayudar con cuidado al paciente a experimentar y expresar sus sentimientos de ira y a emplear las sesiones de tratamiento para analizar las suposiciones y las creencias asociadas con sus sentimientos de ira, puede ser especialmente pertinente para algunos pacientes, en particular para proteger la alianza terapéutica y para mejorar los resultados del tratamiento.

### *Expectativas sobre los resultados del tratamiento*

Se ha asociado la creencia en la credibilidad del tratamiento y en la expectativa de que será eficaz con los beneficios positivos del mismo (Chambless *et al.*, 1997; Kim, Grisham y Hofmann, 2000; Safren, Heimberg y Juster, 1997). Chambless y colaboradores (1997) y Safren *et al.* (1997) encontraron que era más probable que los pacientes que tenían una creencia más arraigada sobre la credibilidad del tratamiento y mayores expectativas sobre los beneficios del mismo, mejorasen y mantuviesen las ganancias obtenidas de la intervención. Estos hallazgos señalan la importancia de describir de forma pormenorizada a los pacientes el modelo de la TCC y de que lo apliquen a sus propias experiencias. Si los pacientes no están en sintonía con el enfoque de tratamiento, es menos probable que se beneficien del mismo.

### *Las tareas para casa*

Las tareas para casa constituyen una parte vital de la TCC, ya que permite que los pacientes trasladen los beneficios obtenidos en la sesión a sus vidas diarias. Edelman y Chambless (1995) encontraron que no había más probabilidades de que los pacientes que cumplían mejor las instrucciones dentro de la sesión y las tareas para casa mejorasen más a la terminación del tratamiento, pero era más probable que mantuviesen sus ganancias 6 meses después de que hubiera acabado el mismo. Leung y Heimberg (1996) analizaron el cumplimiento de las tareas para casa en la TCC y encontraron que ese cumplimiento durante las etapas iniciales y finales del tratamiento (pero no en las etapas intermedias) estaba asociado con la mejoría de la ansiedad social de interacción. No sólo estos resultados señalan la importancia de la disposición del paciente a llevar a cabo las tareas para casa, sino que indica también los importantes efectos que estas tareas pueden tener en las mejorías iniciales y finales de los síntomas de ansiedad social.

## **Conclusión**

El trastorno de ansiedad social se encuentra asociado con un sufrimiento y una interferencia en el funcionamiento académico, profesional y social importantes. El objetivo de este artículo ha sido aclarar un poco más la TCC para el trastorno de ansiedad social y revisar brevemente la literatura empírica que apoya su eficacia. La combinación de reestructuración cognitiva y exposición parece ser especialmente eficaz para el tratamiento de los pacientes socialmente ansiosos y puede producir una mayor protección ante las recaídas que el tratamiento por medicación. Se identificaron una serie de factores (p.ej., depresión, expectativas, ira) asociados con los resultados de la TCC para el trastorno de ansiedad social. El desarrollo de modificaciones del tratamiento que aborden estos factores puede ser necesario para tratar de forma eficaz el heterogéneo grupo de individuos que se incluyen en la categoría

del trastorno de ansiedad social. Esperamos que este artículo ayude a los clínicos a tomar decisiones con un mayor conocimiento sobre el tratamiento de los pacientes con un trastorno de ansiedad social.

## Referencias

- Alden, L.E. y Wallace, S.T. (1991). Social standards and social withdrawal. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 85-100.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC: Autor.
- Arrindell, W. A., Kwee, M. G. T., Methorst, G. J., van der Ende, J., Pol, E. y Moritz, M. J. M. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellstrøm, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P. y Wold, J. E. (2001). Randomized controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy, and combined treatment in generalised social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 179, 23-30.
- Blanco, C., Schneier, F. R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C.-R., Marshall, R. D., Sánchez-Lacay, A. y Liebowitz, M. R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 18, 29-40.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 25, 467-486.
- Bruch, M. A. y Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 155-168.
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., Berger, P. y Collins, T. M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2, 57-65.
- Chambless, D. L. y Hope, D. A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. En P. M. Salkovskis (dir.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 345-382). Nueva York, NY: Guilford.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q. y Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 221-240.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C. y Louis, B. (en prensa). Cognitive therapy vs fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York, NY: Guilford.
- Edelman, R. E. y Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York, NY: Lyle Stuart.



- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. y Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 19-35.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (en prensa). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*.
- Foa, E. B., Franklin, M. E. y Moser, J. (2002). Context in the clinic: How well do CBT and medications work in combination? *Biological Psychiatry*, *52*, 987-997.
- Fedoroff, I. C. y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *3*, 311-324.
- Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, *26*, 695-720.
- Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renneberg, B. y Goldstein, A. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor of treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, *10*, 174-184.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20-35.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R. y Klein, D. F. (1993). A direct family interview study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 286-293.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *4*, 291-306.
- Haug, T. T., Hellström, K., Blomhoff, S., Humble, M., Madsbu, H. P. y Wold, J. E. (2000). The treatment of social phobia in general practice. Is exposure therapy feasible? *Family Practice*, *17*, 114-118.
- Haug, T. T., Blomhoff, S., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P. y Wold, J. E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 312-318.
- Heimberg, R. G. (1996). Social phobia, avoidant personality disorder, and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. En P. Salkovskis (dir.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 43-62). Sussex, England: Wiley.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, *51*, 101-108.
- Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical applications*. Nueva York, NY: Guilford.
- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 261-309). Nueva York, NY: Guilford.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Brush, M. A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D. F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12 week outcome. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 1133-1141.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Becker, E. y Taylor, C. B. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*, 427-438.
- Hope, D. A., Heimberg, R.G., Juster, H.R. y Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 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.

- Jerremalm, A., Jansson, L., Öst, L. G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 171-180.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, J. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kim, H. J., Grisham, J. R. y Hofmann, S. G. (2000, noviembre). *Treatment expectancy: Further evidence for its role as a moderator in the treatment of social phobia*. Póster presentado en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva Orleans, LA.
- Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W. y Katzelnick, D. J. (2002). Fluoxetine in social phobia: A double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 257-262.
- Leary, M. y Kowalski, R. M. (1995). The self-presentational model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 94-112). Nueva York, NY: Guilford.
- Leung, A. W. y Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 423-432.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S.-L., Bruch, M. A., Marshall, R. y Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- Lucas, R. A. y Telch, M. J. (1993, noviembre). *Group and individual treatment of social phobia*. Póster presentado en la reunión anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. y Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- McCabe, R. E., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., Liss, A. y Swinson, A. (en prensa). A preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported teasing and bullying experience. *Cognitive Behaviour Therapy*.
- Mersh, P. P., Emmelkamp, P. M., Bogels, S. M. y van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Öst, L. G., Jerremalm, A., Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Öst, L., Sedvall, H., Breitholz, E., Hellström, K. y Lindwall, R. (1995, julio). *Cognitive-behavioral treatment for social phobia: Individual, group and self-administered treatment*. Comunicación presentada en la reunión trianual del World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark.
- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.

- Rapee, R. M. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 728-731.
- Roth, D. A., Coles, M. E. y Heimberg, R. G. (2002). The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 149-164.
- Roth, D. A. y Heimberg, R. G. (2001). Cognitive-behavioral models of social anxiety disorder. En F. R. Schneier (dir.), *Psychiatric Clinics of North America: Vol 24. Social anxiety disorder* (pp. 753-771), Nueva York, NY: W. B. Saunders Company.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and the outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 694-698.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 667-681.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. y Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 991-1007.
- Stopa, L. y Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 255-267.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*, 1-9.
- Turk, C. L., Coles, M. E. y Heimberg, R. G. (2002). Psychotherapy for social phobia. En D. J. Stein y E. Hollander (dirs.), *Textbook of anxiety disorders* (pp. 323-339). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Turk, C. L., Lerner, J., Heimberg, R. G. y Rapee, R. M. (2001). An integrative cognitive-behavioral model of social anxiety. En S. G. Hoffman y P. M. DiBartolo (dirs.), *From social anxiety to social phobia: Multiple Perspectives* (pp. 281-303). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R. y Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 381-390.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S. y Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 795-804.
- van Velzen, C. J., Emmelkamp, P. M. y Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 889-900.
- Wallace, S. T. y Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 416-424.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. y Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy, 26*, 153-161.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy, 29*, 357-370.

