

UN TRATAMIENTO AUTOADMINISTRADO VÍA INTERNET PARA EL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO: UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO

M^a José Gallego¹, Cristina Botella^{2,5}, Azucena García-Palacios^{2,5}, Rosa
M^a Baños^{3,5} y Verónica Guillén⁴

¹Universidad de Amsterdam (Holanda); ²Universitat Jaume I (España);

³Universidad de Valencia (España); ⁴Centro Clínico Previ;

⁵Instituto de Salud Carlos III (España)

Resumen

En este trabajo presentamos la aplicación de un tratamiento autoadministrado vía Internet para el miedo a hablar en público [MHP] en un estudio de caso único con fobia social. La paciente es una mujer de 21 años con un diagnóstico de fobia social generalizada según los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000). El protocolo de evaluación, el procedimiento y el tratamiento cognitivo-conductual se describen en este trabajo. Las medidas utilizadas se han clasificado en: conductas objetivo, medidas de fobia social, test de evitación conductual, medidas de ansiedad y depresión, y funcionamiento global. También fueron evaluadas las expectativas de cambio y la satisfacción con el tratamiento. Los resultados mostraron una reducción importante en todas las medidas clínicas relevantes después del tratamiento. Además, la paciente se mostró satisfecha y confiada en el tratamiento. Finalmente, en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses se vio que los logros terapéuticos se mantuvieron a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: *terapia cognitivo-conductual, hablar en público, fobia social, autoayuda, tratamiento vía Internet.*

Este estudio realizado gracias a una beca de Formación de Profesorado Universitario concedida por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (AP2001-2271) y ha sido subvencionado por el V Programa Marco Europeo: *Telemedicine and portable virtual environments for Clinical Psychology* (IST-2000-25323 VEPSY UPDATED), por el Ministerio de Educación y Cultura: Sistema de telemedicina para el tratamiento mediante Realidad Virtual colaborativa bajo Internet de fobias específicas, y por la *Universitat Jaume I – Fundació Caixa Castelló* (P1 1A2005-06).

Correspondencia: M^a José Gallego, Pitarch, Dpt. Clinical Psychology, University of Amsterdam, Roetersstraat, 15. 1018 WB. Amsterdam (Netherlands). E-mail: mgallego@fmg.uva.nl

Abstract

In this work is presented a clinical example of the use of an Internet-based self-applied intervention for fear of public speaking in a single case study with social phobia. The patient is a 21-year-old woman who met DSM-IV-TR diagnostic criteria for generalized social phobia (APA, 2000). The assessment protocol and procedure, and the cognitive-behavioral treatment program are described. The measures were classified into: target behaviors, social phobia measures, behavioral avoidance test, anxiety and depression, and global functioning. The patient's expectations and satisfaction with regard to the Internet-Based self-applied treatment were also assessed. The results showed an important reduction in all relevant clinical measures after the treatment. Besides, the patient reported a good acceptance and confidence in the program. Three, six, and twelve-month follow-up assessments were conducted and the therapeutic gains were maintained at long-term.

KEY WORDS: *cognitive-behavioral therapy, public speaking, social phobia, self-help, Internet treatment.*

Introducción

Los tratamientos cognitivo-conductuales han demostrado su eficacia para el tratamiento de la fobia social (García-López *et al.*, 2006; Gelernter *et al.*, 1991; Heimberg *et al.*, 1990; Liebowitz *et al.*, 1999; Mattick, Peters y Clarke, 1989; Olivares y García-López, 2002; Olivares, García-López y Rosa, 2002; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005; Otto *et al.*, 2000). Pese a que estos programas se consideran el tratamiento de elección para la fobia social (Salaberría y Echeburúa, 2005), no están exentos de limitaciones como: a) la necesidad de que el terapeuta esté presente a lo largo de todo el proceso terapéutico; b) mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad en individuos con un nivel socioeconómico bajo; c) dificultad de recibir terapia en áreas rurales, y d) tener que soportar largas listas de espera en la sanidad pública y dificultades para recibir una atención semanal. Además de estas limitaciones generales de los tratamientos cognitivo-conductuales la utilización de la técnica de exposición en vivo en la fobia social tiene una serie de inconvenientes añadidos (Butler, 1985). A diferencia de otras fobias, la exposición en la ansiedad social implica la ejecución de conductas ante la observación de los demás. Por otra parte, las situaciones evitadas en la ansiedad social tienden a ser de corta duración, esto impide llevar a cabo sesiones de exposición largas y con repeticiones programadas. A menudo las situaciones sociales son variables e impredecibles, lo que hace que no siempre se puedan programar y graduar las exposiciones. Tanto las limitaciones específicas como las generales propician la aparición de formas alternativas de administrar terapia como son los programas de autoayuda y la utilización de las nuevas tecnologías para el tratamiento (Anderson, Rothbaum y Hodges, 2003; Gruber, Moran, Roth y Taylor, 2001; North, North y Coble, 1998; Pertaud, Slater y Baker, 2002; Roy *et al.*, 2003; Salaberría y Echeburúa, 1998). Ambas herramientas pueden servir para desarrollar estrategias que incrementen la disponibilidad, atractivo y aceptación de los tratamientos psicológicos y, al mismo tiempo, disminuyan el coste de la terapia.

Una línea de investigación prometedora es la telepsicología, la cual utiliza la tecnología de las telecomunicaciones para poner en contacto a paciente y terapeuta. Las tecnologías utilizadas con este propósito son: el teléfono, el fax, la radio, la televisión, el ordenador, la videoconferencia e Internet. En este trabajo nos centraremos en los tratamientos autoadministrados vía Internet en el campo de los trastornos de ansiedad.

Glasgow y Rosen (1978, 1982) clasificaron los tratamientos de autoayuda en: a) tratamientos administrados por el terapeuta; b) tratamientos con contacto mínimo con el terapeuta, y c) tratamientos autoadministrados. Nosotros clasificaremos los tratamientos autoadministrados vía Internet en tratamientos con contacto mínimo y tratamientos totalmente autoadministrados.

Los tratamientos autoadministrados vía Internet con contacto mínimo con el terapeuta se han aplicado con éxito a trastornos de ansiedad como el Trastorno por estrés postraumático [TEPT] (Lange *et al.*, 2000; Lange, Van de ven, Schrieken y Emmelkamp, 2001; Lange *et al.*, 2003), el trastorno de pánico (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius y Andersson, 2001; Gega, Marks y Mataix-Cols, 2004) y la fobia social (Andersson *et al.*, 2006; Carlbring, Furmark, Steczkó, Ekselius y Andersson, 2006; Carlbring *et al.*, 2007). Andersson *et al.* llevaron a cabo un estudio controlado en el que un tratamiento autoadministrado vía Internet con contacto mínimo con el terapeuta junto a dos sesiones de exposición en vivo demostró ser eficaz para el tratamiento de la fobia social. Una limitación importante de este estudio es que no está claro qué componente fue el responsable de la mejoría en los participantes. Por esta razón Carlbring *et al.* (2006) realizaron un estudio con el objetivo de medir el efecto del tratamiento que aplicaron Andersson *et al.*, pero esta vez sin el componente de exposición en vivo. Este tratamiento junto a contacto mínimo vía e-mail con el terapeuta fue administrado con éxito a 26 participantes diagnosticados de fobia social. El mismo grupo de investigación realizó recientemente un estudio (Carlbring *et al.*, 2007) en el que mejoraron la adherencia al tratamiento mediante llamadas telefónicas semanales a los usuarios. Por lo tanto, existe evidencia preliminar acerca de la utilidad de los tratamientos autoadministrados vía Internet con contacto mínimo con el terapeuta para el tratamiento de la fobia social.

Por otra parte, los tratamientos totalmente autoadministrados vía Internet (sin contacto con el terapeuta) han demostrado ser eficaces para la prevención de trastornos de ansiedad en población subclínica (Kenardy, McCafferty y Rosa, 2003) y el tratamiento de la fobia social específica tipo MHP (Botella *et al.*, 2000; Botella *et al.*, 2007; Botella, Hofmann y Moscovitz, 2004). Este último es un programa de orientación cognitivo-conductual vía Internet, llamado «Háblame» que fue diseñado para el tratamiento del MHP por Botella *et al.* (2000). «Háblame» tiene las ventajas de un programa totalmente autoadministrado: a) es totalmente confidencial, b) con un horario flexible y c) a un bajo coste dado que requiere poco tiempo del terapeuta y el paciente no tiene que trasladarse para recibir terapia. Este tratamiento demostró su eficacia en un estudio de caso (Botella *et al.*, 2004), una serie de cuatro casos (Guillén, 2001) y una serie de 12 casos (Botella *et al.*, 2007). En estos tres estudios el seguimiento llevado a cabo fue de un mes, por lo tanto, todavía no hay datos preliminares que apoyan la estabilidad de los logros terapéuticos en el tiempo.

El principal objetivo de este estudio es describir en detalle el programa «Háblame» y su aplicación a una persona diagnosticada de fobia social, y la contribución más importante es ofrecer datos preliminares de su eficacia a largo plazo.

Método

Participante

La paciente se llama María y es una mujer de 21 años, soltera, estudiante de tercero de licenciatura. Vive con sus padres y hermana, aunque durante la semana comparte piso con tres estudiantes más. María informa haber recibido tratamiento psicológico cuando tenía 11 años tras la muerte de su abuelo. Respecto a la historia del problema, María indicó que tenía MHP desde el instituto. La primera vez que experimentó este miedo fue en primero de bachillerato, en la asignatura de lengua valenciana la profesora dividió la clase en grupos y cada grupo elegía una portavoz, María tuvo que exponer el trabajo de su grupo. Recuerda que se puso muy nerviosa, le temblaba la voz, se ruborizó, tenía calor y durante la exposición no miró a la audiencia en ningún momento, además la realizó muy rápidamente para terminar cuanto antes. Desde entonces el problema ha empeorado, ahora el miedo se ha generalizado a otras situaciones como por ejemplo, relacionarse con gente nueva.

En la evaluación inicial se determinó que María cumplía criterios DSM-IV-TR para una fobia social generalizada (*American Psychiatric Association [APA], 2000*). Este diagnóstico fue confirmado por dos clínicos con experiencia, los cuales llevaron a cabo dos entrevistas independientes utilizando una entrevista estructurada (ver el apartado de medidas). La paciente no presentó comorbilidad con ningún otro trastorno del eje I o II.

María experimentaba miedo y evitaba varias situaciones sociales en las que podía relacionarse con gente desconocida, como ir a fiestas o reuniones sociales. Además cuando mantenía una conversación con un desconocido se ponía muy nerviosa, le temblaban las manos, se ruborizaba y le pasaban por la cabeza pensamientos como: «soy una pesada», «le molestaré o agobiaré» o «no le interesa lo que estoy diciendo». A consecuencia de esto evitaba iniciar o mantener conversaciones con gente nueva. Otras situaciones sociales temidas eran hablar con personas de autoridad, preguntar información y hablar formalmente en grupo, en esta última situación ella experimentaba síntomas como rubor, temblor de manos y piernas, sudoración, taquicardia y sofocación y le molestaba que los demás se dieran cuenta de estos síntomas.

María informó que estos miedos sociales interferían de forma significativa en su vida, en un 3 en una escala Likert de 0 a 4. Por una parte, porque cada vez que se tenía que relacionar con alguien desconocido le suponía un gran esfuerzo y no le permitía disfrutar de fiestas y reuniones sociales. Además este miedo estaba afectando a sus estudios, ya que, por ejemplo le resultaba difícil hacer preguntas en clase para solventar dudas. En la tabla 1 podemos ver las conductas objetivo de tratamiento que se establecieron con la participante, el miedo y la evitación relacionados con estas situaciones y los pensamientos automáticos negativos asociadas a las mismas.

Tabla 1
Conductas objetivo

Conductas objetivo		Pre	Post	S1	S2	S3
C1: Hacer una pregunta en clase/ «pensarán: qué pregunta más tonta», «pensarán: cómo no sabe eso»	Miedo	9	1	1	1	0
	Evitación	10	1	0	0	0
	Creencia	8	0	0	0	0
C2: Exponer un trabajo en clase/ «Me equivocaré y todos se darán cuenta», «no sabré que responder si me preguntan»	Miedo	9	2	2	1	1
	Evitación	9	1	1	1	0
	Creencia	8	2	2	0	1
C3: Iniciar una conversación con un desconocido/ «Soy una pesada», «le molestaré o agobiaré», «no le interesará el tema»	Miedo	8	0	0	0	0
	Evitación	9	0	0	0	0
	Creencia	9	1	2	0	0

Nota: C1: Conducta objetivo 1; C2: Conducta objetivo 2; C3: Conducta objetivo 3; S1: Seguimiento a los 3 meses; S2: Seguimiento a los 6 meses; S3: Seguimiento a los 12 meses.

Materiales

INSTRUMENTOS

- a) Entrevista diagnóstica. Se utilizó una adaptación de la «Entrevista de trastornos de ansiedad» (*Anxiety Disorders Interview Schedule*, ADIS-IV; Brown, DiNardo y Barlow, 1994) para la fobia social. Esta entrevista rastrea los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) para la fobia social y el grado de miedo y evitación ante diferentes situaciones sociales en una escala de 0 a 10.
- b) Escala de miedo y evitación (adaptado Marks y Mathews, 1979). La terapeuta y la paciente establecen tres conductas objetivo de terapia. Se valora el grado de temor y evitación de cada una de éstas en una escala de 0 a 10, donde el 0 sería «Nada de miedo», «Nunca lo evito» y el 10 «Miedo extremo», «Siempre lo evito», y el grado de creencia en el pensamiento catastrófico en una escala de 0 («No creo que suceda») a 10 («Seguro que sucede»).
- c) «Miedo a la evaluación negativa versión breve» (*Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale*, BFNE; Leary, 1983). Esta escala evalúa el aspecto cognitivo de la ansiedad social y para ello se centra en el temor que la persona experimenta ante la posibilidad de ser juzgada negativamente por los demás. El instrumento está formado por 12 ítems y la escala de respuesta va de 1 («nada característico en mí») a 5 («extremadamente característico en mí»). Este cuestionario obtuvo una consistencia interna alta ($\alpha=0,90-0,91$) tanto en el trabajo original (Leary, 1983) como en población clínica española ($\alpha=0,90$) (Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios, 2007).

- d) «Escala de evitación y malestar social» (*Social Avoidance and Distress Scale*, SAD; Watson y Friend, 1969). Escala formada por 28 ítems, con dos posibilidades de respuesta (verdadera vs. falso), referidos a la ansiedad que experimenta la persona en situaciones sociales (14 ítems) y la evitación activa o deseo de evitación de esas situaciones (14 ítems). Por lo que respecta a las propiedades psicométricas esta medida ha mostrado una consistencia interna excelente ($\alpha=0,94$) y una buena estabilidad temporal ($r=0,68$) (Watson y Friend, 1969).
- e) «Cuestionario de miedo a hablar en público» (CMHP; adaptado de Bados, 1986). Esta medida fue adaptada del cuestionario de Bados (1986) «Inquietud al hablar en público», el cual fue validado en población española y mostró una buena estabilidad temporal ($r=0,92$) (Bados, 1986). La paciente valora la presencia y la intensidad de una serie de síntomas de ansiedad cuando tiene que hablar en público o piensa en la posibilidad de hacerlo. Este instrumento está formado por 8 ítems y la escala de respuesta utilizada va de 0 («completamente en desacuerdo») a 10 («completamente de acuerdo»).
- f) «Cuestionario de confianza para hablar en público» (*Personal Report of Confidence as Speaker*, PRCS; Paul, 1966) adaptado a población española por Bados (1986). Esta escala fue diseñada, originalmente por Gilkinson (1942) y modificada posteriormente por Paul (1966). En España, Bados (1986) sustituyó el formato de respuesta verdadera-falso por una escala de 6 puntos, de 1 («completamente de acuerdo») a 6 («completamente en desacuerdo»). Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) validaron el PRCS en población adolescente española y obtuvieron una estructura unifactorial y un coeficiente α de Cronbach alto (0,91).
- g) «Tarea del discurso improvisado» (TD; Beidel, Turner, Jacob y Cooley, 1989). Es una tarea adaptada por Gallardo (2001) a partir del instrumento diseñado por Beidel *et al.* (1989). Esta prueba consiste en hablar durante 10 minutos ante 3 personas de las que, al menos, una es conocida. Hay una lista de 20 temas de opinión (p.ej., teléfonos móviles, la contaminación, etc.) de los cuales la participante tiene que coger 5 temas al azar y elegir como máximo 3 temas. Tiene 3 minutos para prepararse los temas y se le da la instrucción de que como mínimo ha de hablar durante 3 minutos. Después de realizar la tarea se evalúan la ejecución de la participante en la tarea en una escala Likert de 7 puntos (1=«Nula», 7=«Excelente»), la ansiedad durante la tarea en una escala Likert de 11 puntos (0=«Nada», 10=«Mucha») y el deseo de evitar la situación en una escala de 11 puntos (0=«Nada», 10=«Totalmente»). Por otra parte, el terapeuta evalúa el grado de ansiedad que cree que ha experimentado la participante y la ejecución de ésta en la tarea del discurso. También se mide el tiempo que dura el discurso.
- h) «Escala de inadaptación» (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Esta escala mide el grado de interferencia del problema en las siguientes áreas: el trabajo, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja, la vida familiar, y la vida en general. La escala de respuesta es una escala tipo

Likert que va de 0=«nada» a 5=«muchísimo». Este instrumento obtuvo buenas propiedades psicométricas, por ejemplo una consistencia interna alta ($\alpha=0,94$) (Echeburúa *et al.*, 2000).

- i) «Cuestionario de confianza hacia el programa de tratamiento» (CCPT; Botella, Baños y Perpiñá, 2001). Este instrumento está formado por cuatro ítems: ¿en qué medida cree que Internet es un medio en el que se puede encontrar información para solucionar problemas personales?, ¿en qué medida confía en los ordenadores para solucionar su problema?, ¿en qué medida confía en el tratamiento? y, finalmente, el grado de confianza en uno mismo para aplicarse el tratamiento. La escala de respuesta va de 0=«Nada en absoluto» a 10=«Totalmente».
- j) «Opinión sobre este tratamiento» (adaptado de *Credibility and the Expectancy for Improvement Scale*; Borkovec y Nau, 1972). Este instrumento tiene en cuenta en qué medida le ha resultado lógico el tratamiento, en qué medida está satisfecha con éste, si lo recomendaría a un amigo, si cree que un tratamiento de estas características podría ser útil para solucionar otros problemas psicológicos y si le ha resultado difícil su manejo. También se pregunta la utilidad del programa y de sus componentes.

APARATO Y SOFTWARE

El *hardware* utilizado fue un Pentium II a 400 hz con 256 RAM, tarjeta gráfica 64 MB. Los periféricos necesarios fueron un monitor, un teclado, un ratón y altavoces. Y un MODEM para el acceso a Internet. En cuanto al *software* el Sistema operativo fue Windows 98 y los programas necesarios Macromedia Flash Player (Macromedia, 1999), Internet Explorer 5 (Microsoft, 1999a) y Windows Media Player (Microsoft, 1999b).

Diseño

Se utilizó un diseño de caso único (Hersen y Barlow, 1984) por su capacidad para aislar los mecanismos de acción terapéutica en un tratamiento global y poder así averiguar si es adecuado cambiar alguna variable del tratamiento. De entre los diseños de caso único utilizamos el ABA, en el que la duración de la línea base fueron tres semanas.

Procedimiento

Se llevó a cabo la firma del consentimiento informado, con el cual la participante manifestó estar de acuerdo en recibir el tratamiento y que se utilicen los datos con fines de investigación. Se realizó una primera entrevista de cribado y dos sesiones en las que fue establecido el diagnóstico de fobia social generalizada por un evaluador y confirmado por un evaluador independiente. La terapeuta le explicó a la paciente el objetivo de la investigación y firmó el consentimiento informado. En el

pre-test la paciente cumplimentó las medidas de autoinforme y registró el miedo, la evitación y la creencia en el pensamiento catastrófico relacionado con la conducta objetivo principal durante tres semanas.

La paciente realizó el programa desde la universidad en una sala que se habilitó para ello, de esta forma teníamos un mayor control sobre la interacción entre la paciente y el programa en estudio. El tiempo máximo que se estableció para realizar la terapia fueron dos meses, en este período la paciente realizó un total de 29 sesiones (cuatro sesiones de psicoeducación, 24 de exposición y una de prevención de recaídas) durante 60 días. En este tiempo ella siguió registrando la conducta objetivo principal.

Una vez terminado el tratamiento la paciente cumplimentó los mismos cuestionarios en el post-test y siguió registrando la conducta objetivo principal durante tres semanas. Los seguimientos se llevaron a cabo a los tres, seis y 12 meses.

«HÁBLAME» UN TRATAMIENTO AUTOADMINISTRADO VÍA INTERNET

Este programa de tratamiento está diseñado para dirigir al usuario en todo el proceso terapéutico y está formado por dos módulos principales: la evaluación y el tratamiento. Este programa está organizado en compartimentos estancos con el objetivo de proteger al usuario. Además «Háblame» realiza evaluaciones periódicas con el objetivo de adaptar el tratamiento a las necesidades del usuario.

Evaluación. «Háblame» evalúa a sus usuarios en el pre y el post-test. En el pre-test el programa presenta una serie de cuestionarios que ayudan a establecer el diagnóstico de fobia social y obtener información detallada sobre el problema. En función de esta evaluación el programa realiza un tratamiento individualizado con una jerarquía de exposición personalizada. Al final de la evaluación «Háblame» informa al usuario si puede beneficiarse del programa o si es conveniente que busque ayuda de un profesional. En el apartado de medidas los instrumentos con un asterisco han sido adaptados para la evaluación por ordenador.

Escenarios. «Háblame» contiene varios escenarios (figura 1) que son vídeos de audiencias reales, cada usuario debe hacer frente a las situaciones que teme. Los escenarios son:

- La clase: en concreto existen dos escenarios, una clase de ocho personas y otra de veinte personas. Son dos ambientes universitarios en los que la audiencia observa al usuario.
- El tribunal: hay varios escenarios que muestran un tribunal de oposición. El número y el sexo de los profesores del tribunal varían de acuerdo con las necesidades del usuario.
- La reunión de trabajo: en este escenario el usuario ha de exponer un proyecto ante nueve compañeros de trabajo, en los cuales está incluido el jefe.
- La boda: la situación es la comida de una boda, el usuario y una serie de personas están sentadas alrededor de una mesa y están llevando una conversación.
- El congreso: este escenario está formado por unas 50 personas vestidas formalmente que están atendiendo al usuario en un salón de actos.

Figura 1

Escenarios de exposición: clase, reunión y congreso



Tratamiento. La paciente se autoadministró un tratamiento de orientación cognitivo-conductual vía Internet para el MHP llamado «Háblame». Este tratamiento está estructurado en cinco componentes: a) psicoeducación, b) reestructuración cognitiva, c) exposición, d) cambio de foco atencional y e) prevención de recaídas.

En la psicoeducación los usuarios reciben información sobre la naturaleza y las características de la ansiedad, el miedo y las fobias. La reestructuración cognitiva instruye a los usuarios en como identificar y retar pensamientos automáticos negativos en el MHP. En cuanto a la exposición los usuarios se exponen a situaciones de hablar en público mediante vídeos de audiencias reales. Además el programa instruye a los usuarios sobre la importancia que tiene focalizar la atención en características externas positivas de la situación y no en características negativas o en sensaciones corporales. Al final del tratamiento «Háblame» refuerza al usuario por su esfuerzo, le recuerda que ha sido él mismo el que se ha ido exponiendo y le anima a seguir haciendo lo mismo hasta superar todas las situaciones temidas.

El componente principal de este programa es la exposición a vídeos de audiencias reales. Antes de comenzar el componente de exposición «Háblame» dice al usuario que tiene que preparar una charla de un tema específico como tarea para casa. El programa presenta los escenarios al usuario en función de los datos obtenidos en la evaluación acerca del grado de miedo que la paciente tiene a los distintos escenarios que contiene el sistema. En cada exposición el usuario se enfrenta a una situación de dificultad creciente y debe permanecer en ésta hasta que la ansiedad disminuya considerablemente. El programa anima al usuario a repetir la exposición a cada escenario tantas veces como sea necesario e ir afrontando diferentes retos cada vez. Antes de cada exposición, «Háblame» describe la situación y recuerda a los usuarios los objetivos de la exposición. Los usuarios son instruidos para introducirse al máximo en la situación, dejarse llevar y permanecer en ella hasta que la ansiedad disminuya. Además se les recuerda que no utilicen estrategias de evitación o de seguridad. El programa dice al usuario que detecte y cuestione pensamien-

tos automáticos negativos que aparezcan durante la exposición. Finalmente, se recuerda al usuario que focalice la atención en aspectos facilitadores o neutros y no en aspectos perturbadores.

Antes y después de cada exposición los usuarios informan del nivel de ansiedad que provoca el escenario. Además, durante la exposición «Háblame» pregunta el nivel de ansiedad cada 5 minutos, permitiendo al usuario ser consciente de la evolución de su respuesta de miedo a lo largo de la exposición. El programa guarda los niveles de ansiedad durante la exposición e inmediatamente después de ésta el usuario obtiene *feedback* mediante una gráfica que representa su nivel de ansiedad durante el discurso.

Después de cada exposición «Háblame» felicita al usuario por su esfuerzo y enfatiza la importancia de seguir practicando las habilidades cognitivo-conductuales trabajando con «Háblame» y realizando las tareas para casa.

Resultados

Progreso entre sesiones

En la figura 2 podemos ver la evolución del miedo, la evitación y la creencia en los pensamientos catastróficos relacionados con la conducta objetivo principal: «hacer una pregunta en clase». Por una parte, vemos como las tres variables se mantuvieron estables en las tres semanas de línea base. Sin embargo, durante el tratamiento la reducción del miedo, evitación y creencia en el pensamiento catastrófico fue progresiva una vez introducido el componente de exposición a vídeos de audiencias reales.

Se han calculado medidas de tendencia central como la mediana y la media para el miedo, evitación y creencia en el pensamiento irracional para cada una de las fases (ABA). En la tabla 2 podemos ver como la media para estas tres variables en la línea base es mayor que en la fase de tratamiento y, a su vez, ésta última es mayor que la media en la línea base post-test. El mismo comportamiento tiene la mediana en las variables evitación y creencia en el pensamiento, sin embargo para la variable ansiedad la mediana de la línea base pre-test es parecida a la del tratamiento y la menor es la mediana de la línea base post-test.

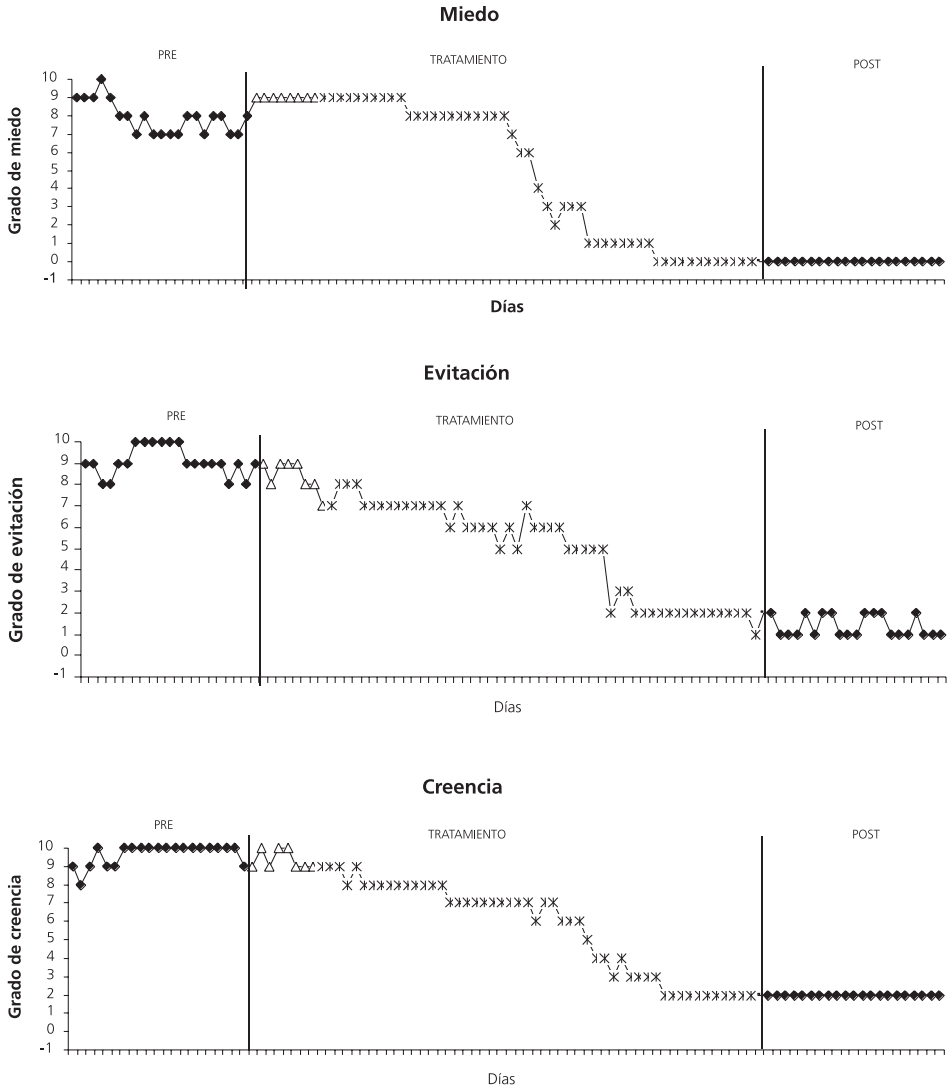
Respecto a las medidas de variabilidad se calcularon el rango y la desviación típica para las tres variables ansiedad, evitación y creencia en el pensamiento. En los resultados se observó que el rango y la desviación típica fueron mayores en la fase de tratamiento y menores en la línea base pre-test y post-test (tabla 2).

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con el objetivo de averiguar la pendiente de la recta de regresión en cada una de las fases (ABA). Para la primera fase la variable dependiente utilizada fue la ansiedad ante la conducta objetivo principal y la variable independiente los días en los que se registro esta variable. Los resultados informaron de que la pendiente era 0,09 ($p < 0,005$), es decir, que los datos eran estables en esta fase. Se realizó el mismo análisis para la fase de tratamiento,

Figura 2

Evolución del miedo, evitación y creencia en el pensamiento automático negativo relacionado con la conducta principal durante el proceso terapéutico

Conducta: Hacer una pregunta en clase



Nota: La paciente anotó el grado de miedo, evitación y creencia diariamente durante 21 días de línea base, 60 días en los que se llevo a cabo el tratamiento y 21 días de línea base post-test. ◆ LB pre y post; △ Psicoeducación; * Exposición; □ Prevención de recaídas.

Tabla 2

Medidas de tendencia central (media y mediana) y de variabilidad (desviación típica y rango) en ansiedad, miedo y evitación en función de la fase (ABA) en la que está la participante

	Fases	Días	Mediana	Media	DT	Rango
Ansiedad	Línea base pre-test	21	7	7,90	0,89	7-10
	Tratamiento	60	7,5	5,05	3,86	0-9
	Línea base post-test	21	0	0,00	0,00	0-0
Evitación	Línea base pre-test	21	10	9,10	0,70	8-10
	Tratamiento	60	5,5	5,28	2,44	1-9
	Línea base post-test	21	1	1,38	0,50	1-2
Creencia	Línea base pre-test	21	10	9,67	0,58	8-10
	Tratamiento	60	7	6,05	2,71	2-10
	Línea base post-test	21	2	2,00	0,00	2-2

en el que la variable dependiente fue la ansiedad ante la conducta objetivo principal y la variable independiente los días de registro de esta variable, en este caso la pendiente fue $-0,21$ ($p \leq 0,001$), lo que nos indica que la variable ansiedad fue disminuyendo progresivamente en el tratamiento. Para la línea base post se llevó a cabo el mismo análisis y en este caso la pendiente fue 0 y no significativa.

El análisis de regresión lineal en el que la variable dependiente fue la evitación ante la conducta objetivo principal y la independiente fueron los días registrados reveló una pendiente de $-0,01$ no significativa en la línea base pre-test, para la fase de tratamiento la pendiente fue $-0,13$ ($p < 0,001$) y para el línea base post-test el análisis de regresión obtuvo una pendiente de $0,01$ no significativa.

Finalmente, el análisis de regresión lineal para la variable dependiente creencia en el pensamiento irracional en la línea base pre-test obtuvo una pendiente de $0,05$ ($p < 0,05$), para la fase de tratamiento la pendiente fue $-0,15$ ($p < 0,001$) y para la línea base post-test la pendiente fue 0 y no significativa.

Otras medidas de eficacia

Después del tratamiento, como se puede observar en la tabla 3, hubo una reducción importante en las medidas de fobia social, tan pronunciada que las puntuaciones de la paciente en el post-test fueron parecidas a las obtenidas en poblaciones normales. Con respecto al test de evitación conductual vemos en la tabla 3 como tanto la ansiedad valorada por la participante como por el terapeuta disminuyeron después del tratamiento. También el deseo de la participante de escapar de la situación se redujo. En cambio la ejecución informada por la participante y evaluada por

el terapeuta aumentó, al igual que el tiempo de duración del discurso. También se observó mejoría en la escala de inadaptación. La mejoría observada se mantuvo en el tiempo y en algunos casos incluso incrementó en los seguimientos. En esta tabla 3 se añadió una columna a la derecha con el objetivo de comparar las puntuaciones pre y post-test de la paciente en los cuestionarios BFNE, SAD, CMHP, PRCS y la «Escala de inadaptación» con la media y desviación típica en esos mismos cuestionarios de una muestra de sujetos fóbicos sociales (Gallego, 2007).

Tabla 3
Medidas de eficacia en el pre-test, post-test y seguimientos

<i>Test de evitación conductual</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>Puntuaciones de una muestra clínica de sujetos con fobia social Gallego (2007)</i> ↓
Ansiedad (Participante)	9	2	1	2	1	
Evitación (Participante)	10	0	1	0	0	
Ejecución (Participante)	2	5	5	5	5	
Ansiedad (Terapeuta)	8	3	4	1	3	
Ejecución (Terapeuta)	3	6	5	7	7	
Duración del discurso	1,75	5	4,67	5,42	4,78	
<i>Medidas de fobia social</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>Media (DT)</i>
BFNE	43	30	34	26	33	43,03 (9,15)
SAD	17	2	2	0	0	12,51 (7,31)
CMHP	66	23	20	14	16	53,38 (14,08)
PRCS	140	78	73	71	68	135,25 (19,48)
<i>Funcionamiento global</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>Media (DT)</i>
Escala de inadaptación	22	0	0	0	0	11,85 (7,28)

Nota: S1: Seguimiento a los tres meses; S2: Seguimiento a los seis meses; S3: Seguimiento al año; BFNE: Miedo a la Evaluación Negativa, versión breve; SAD: Escala de malestar y ansiedad social; CMHP: Cuestionario de miedo a hablar en público; PRCS: Cuestionario de confianza para hablar en público.

Actitudes hacia el tratamiento autoadministrado

La paciente tuvo una buena aceptación del programa, tanto antes de comenzarlo como después de hacerlo. Una variable importante es la confianza en el tratamiento autoadministrado y en uno mismo para administrarse el programa, la medida CCPT es la que mide esta confianza y se cumplimentó en el pre-test (CCPT=28), post-test (CCPT=24), seguimiento a los 3 meses (CCPT=25), seguimiento a los 6 meses (CCPT=31) y seguimiento al año (CCPT=30).

Una vez terminado el programa la paciente valoró diversas variables de opinión sobre el tratamiento en una escala de 0 a 10 (podemos ver los valores entre paréntesis). Ella creía que el tratamiento era lógico (8), útil para su problema (9) y pensaba que un tratamiento de estas características podía ser útil para otros problemas (8),

no creía que fuera aversivo (0) y estaba satisfecha con el tratamiento (9). Asimismo, la paciente informó que todos los componentes del tratamiento le habían parecido útiles: la psicoeducación (8), la reestructuración cognitiva (8) y la exposición (7).

Discusión

Los resultados obtenidos ofrecen datos preliminares de la utilidad de un tratamiento totalmente autoadministrado vía Internet para el MHP en un caso de fobia social generalizada a largo plazo.

En este estudio hemos observado una reducción importante en las medidas clínicas administradas (tabla 3). El componente principal de este programa, aunque no el único, fue la exposición a vídeos de audiencias reales y demostró ser eficaz para el tratamiento de la fobia social en nuestra paciente. Nuestros resultados con respecto a la conducta objetivo principal mostraron una reducción del miedo, evitación y creencia en el pensamiento de la línea base pre-test al tratamiento y del tratamiento a la línea base post-test (tabla 2 y figura 2). Además el rango, la desviación típica y la pendiente obtenida en estas tres variables indican la estabilidad de los datos en la línea base pre-test y post-test, en cambio estos estadísticos no indican estabilidad durante el tratamiento. La pendiente obtenida en el tratamiento fue negativa, lo cual nos informa que la ansiedad, evitación y creencia en el tratamiento fue disminuyendo progresivamente. El miedo, evitación y creencia en el pensamiento irracional en las tres conductas objetivo de terapia también disminuyeron del pre-test al post-test (tabla 1). Con respecto a las medidas de autoinforme las puntuaciones de la paciente en el pre-test fueron similares a las de población clínica con fobia social generalizada (Gallego, 2007; Gallego *et al.*, 2007; Gallego, Botella, Quero, García-Palacios y Baños, en evaluación). Sin embargo, en el post-test las puntuaciones en estos mismos cuestionarios fueron propias de población no clínica (Duke, Krishnan, Faith y Storch, 2006) (tabla 3).

Un punto importante es el mantenimiento de los logros terapéuticos después de un año de completar el tratamiento. La telepsicología es una línea reciente de investigación, aunque actualmente ya se han llevado a cabo estudios sobre su eficacia a corto plazo en diferentes trastornos, hay pocos estudios que aporten datos a largo plazo. En el campo de la telepsicología y la fobia social Carlbring *et al.* (2006) utilizaron un tratamiento autoadministrado vía Internet con contacto vía e-mail con el terapeuta para tratar a 26 participantes con fobia social. Este tratamiento resultó eficaz en el post-test y en el seguimiento a los seis meses. El estudio que nosotros llevamos a cabo se diferencia del de Carlbring *et al.* en dos puntos, el tratamiento que utilizamos es totalmente autoadministrado, lo cual es un avance para el binomio coste-beneficio, y el seguimiento es a 12 meses.

Nos gustaría destacar que los cambios obtenidos mediante la terapia fueron generalizados a situaciones sociales reales. Como podemos ver en la tabla 3 la mejoría de la participante también se evaluó mediante un test de evitación conductual en el que la paciente experimentó un nivel bajo de ansiedad en el post-test y la ejecución evaluada por la participante y el terapeuta fue buena. La paciente

informó después del tratamiento y en los seguimientos de la generalización de los resultados a situaciones reales, por ejemplo, cada vez que tenía una duda en clase preguntaba al profesor sin sentirse nerviosa, también defendió dos trabajos en clase en los que experimentó un nivel bajo de ansiedad e incluso amplió su círculo de amigos conociendo a gente nueva.

La paciente mostró una buena aceptación del programa de telepsicología, tanto antes como después del tratamiento. De hecho destacó que le gustaba seguir su propio ritmo y ser ella misma quien decidía si afrontar un nuevo escenario o repetir el que acababa de realizar. Además creía que el programa y cada uno de sus componentes habían sido útiles para tratar su problema. En general, la paciente estaba satisfecha con el programa, aunque nos recomendó mejorar la calidad de sus imágenes y sonidos.

En resumen, podemos concluir que este estudio ofrece datos preliminares sobre la eficacia y utilidad clínica para la fobia social de un tratamiento totalmente autoadministrado vía Internet para el MHP a largo plazo. Además esta nueva herramienta puede ayudar a superar las limitaciones de los tratamientos cognitivo-conductuales para este problema o al menos a complementar y enriquecer dichos paquetes de tratamiento.

Por lo que respecta a las limitaciones de este trabajo es importante tener en cuenta que es un estudio de caso y por ello no se pueden sacar conclusiones firmes. Se debe ser consciente de que estos datos son preliminares y los resultados obtenidos son limitados. Por esta razón, se acaba de completar un estudio controlado que compara «Háblame» con el mismo tratamiento administrado por un terapeuta y un grupo control lista de espera (Gallego, 2007). El próximo paso es completar el seguimiento al año de estos participantes y publicar los datos. También se han observado limitaciones relacionadas con la propia herramienta ya que el programa no puede llegar a aquellas personas que no tienen acceso a Internet, respecto a la exposición a vídeos de audiencias reales otra limitación sería que no existe una interacción entre el escenario y las acciones del paciente y, finalmente, la calidad de los vídeos no era buena.

La exposición a vídeos de audiencias reales vía Internet ofrece algunas ventajas que pueden ser importantes en la recuperación de los pacientes. El paciente puede explorar el problema y practicar las herramientas terapéuticas a la hora que quiera y en su propia casa, donde la confidencialidad está asegurada. Además las situaciones sociales son a menudo variables e impredecibles, y no siempre se pueden programar, en cambio «Háblame» presenta las exposiciones graduadas en función del miedo del paciente. Es más, las situaciones temidas en fobia social tienden a ser de corta duración y eso impide llevar a cabo exposiciones largas y con repeticiones programadas, «Háblame» permite hacer exposiciones largas que se pueden repetir tantas veces como sea necesario sin aumentar el coste de la terapia y con una gran flexibilidad de horarios. También hay que tener en cuenta que el paciente puede realizar todo el tratamiento desde su propia casa, sin tener un profesional especializado con él, esto supone un ahorro de tiempo y dinero. Finalmente, este programa puede ser útil para personas con un alto grado de evitación y a quienes la idea de exponerse a una situación social real les hace rechazar un tratamiento de exposición en vivo.

Finalmente, es importante subrayar que en este estudio ofrecemos datos de un único caso, por lo tanto se necesitan estudios controlados que confirmen los resultados.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM-IV-TR* (4ª ed. rev.). Washington, DC: APA.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Spartan, L., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E. et al. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 677-686.
- Anderson, P., Rothbaum, B. O. y Hodges, L. F. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 240-247.
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona, España.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Jacob, R. G. y Cooley, M. R. (1989). Assessment of social phobia: reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorders, 3*, 149-158.
- Borkovec, T. D. y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 3*, 257-260.
- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., Perpiñá, C., Alcañiz, M. y Pons, A. (2000). Telepsychology: public speaking fear treatment on the Internet. *CyberPsychology & Behavior, 3*, 959-968.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (2001). *Cuestionario de confianza hacia el programa de tratamiento*. Manuscrito no publicado.
- Botella, C., Guillén, V., Baños, R. M., García-Palacios, A., Gallego, M. J. y Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and self-help: the treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 46-57.
- Botella, C., Hofmann, S. G. y Moscovitz, D. A. (2004). A self-applied Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 1-10.
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (ADS-IV). Adult and lifetime version. Clinician manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia. Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 651-659.
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L. y Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychology, 10*, 30-38.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L. y Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *The British Journal of Psychiatry, 190*, 123-128.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L. y Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy, 32*, 751-764.
- Duke, D., Krishnan, M., Faith, M. y Storch, E.A. (2006). The psychometric properties of the Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Anxiety Disorders, 20*, 807-817.

- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: Propiedades psicométricas en contextos clínicos. Análisis en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-38.
- Gallardo, M. (2001). *Delimitación de subtipos clínicos en fobia social*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Valencia, España.
- Gallego, M. J. (2007). *Un estudio controlado que compara un tratamiento autoadministrado vía Internet para el miedo a hablar en público vs. el mismo tratamiento administrado por el terapeuta* [En red]. Recuperado el 27 de noviembre de 2007, de <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0606107-121943/>
- Gallego, M. J., Botella, C., Quero, S., Baños, R. M. y García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 163-176.
- Gallego, M. J., Botella, C., Quero, S., García-Palacios, A. y Baños, R. M. (en evaluación). Validación del Cuestionario de confianza para hablar en público en muestra clínica española.
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. y Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Gega, L., Marks, I. y Mataix-Cols, D. (2004). Computer-Aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinic and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 147-157.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboric, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E. y Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in collage speech classes. *Speech Monography*, 9, 141-160.
- Glasgow, R. y Rosen, G. (1978). Behavioral bibliotherapy: a review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 85, 1-23.
- Glasgow, R. y Rosen, G. (1982). Self-help behavior therapy manuals: recent development and clinical usage. *Clinical Behavior Therapy Review*, 1, 1-20.
- Gruber, K., Moran, P. J., Roth, W. T. y Taylor, C. B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 32, 155-165.
- Guillén, V. (2001). *Miedo a hablar en público: un tratamiento autoaplicado en Internet*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de Valencia, España.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. y Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Hersen, M. y Barlow, D. H. (1984). *Single case experimental designs*. Nueva York: Pergamon.
- Kenardy, J., McCafferty, K. y Rosa, V. (2003). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 279-289.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J. P., Schrieken, B. y Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-9.
- Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J. P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P. M. G., van der Kolk, J., Lydsdottir, L., Massaro, M. y Reuvers, A. (2000). «Interapy»: the effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 175-192.

- Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B. y Emmelkamp, P. M. G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 73-90.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S. et al. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- Macromedia [Software de computadora] (1999). Macromedia Flash Player (Versión 4.0). EE.UU: Macromedia.
- Marks, I. M. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior therapy*, 20, 3-23.
- Méndez, F. J., Inglés, C., e Hidalgo, M. D. (1999). Propiedades psicométricas del cuestionario de confianza para hablar en público: estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 1, 65-74.
- Microsoft [Software de computadora] (1999a). Internet Explorer (Versión 5,0). EE.UU: Microsoft.
- Microsoft [Software de computadora] (1999b). Windows Media Player (Versión 6.4). EE.UU: Microsoft.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1998). Virtual reality therapy: an effective treatment for phobias. En G. Riva, B. K. Wiederhold y E. Molinari (dirs.), *Virtual environments in clinical psychology and neuroscience* (pp. 114-115). Amsterdam: IOS Press.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*, 10, 409-419.
- Olivares, J., García-López, L. J. y Rosa, A. I. (2002). Efectos a largo plazo del tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada mediante el Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A). *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 935-953.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McARDLE, E. T. y Rosenbaum, J. F. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.
- Paul, G. L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford: Stanford University Press.
- Pertaud, D. P., Slater, M. y Baker, C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. *Presence: Teleoperators and virtual environments*, 11, 68-78.
- Roy, S., Kingler, E., Légeron, P., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2003). Definition of a VR-based protocol to treat social phobia. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 411-420.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262-284.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (2005). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (dirs.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 271-285). Madrid: Pirámide.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.