

CÓMO TRATAR CON ÉXITO LA FOBIA SOCIAL

Juan Sevilá y Carmen Pastor
Centro de Terapia de Conducta, Valencia (España)

Resumen

Durante mucho tiempo, la fobia social parecía haber sido olvidada por la comunidad científica. Afortunadamente, desde principios de los noventa el número de investigaciones y estudios han crecido considerablemente, y los primeros datos nos indican que estamos en condiciones de ofrecer tratamientos eficaces a los sufridores de este trastorno. En este artículo, se presenta un protocolo cognitivo-conductual para tratar la fobia social generalizada. Esta manera de acometer el tratamiento del trastorno se basa en los datos de la literatura científica más reciente y en la experiencia clínica de los autores. El protocolo está formado por distintos estadios. En el primero, se le enseña al paciente a saber en qué consiste su problema y por qué sigue sufriendolo. El segundo estadio está dedicado a la terapia cognitiva como una manera de controlar el nivel de ansiedad. El siguiente paso está orientado a hacer experimentos conductuales y exposición, y desde nuestro punto de vista es el ingrediente más activo de todo el protocolo. Finalmente, el último paso, trata de mantener y consolidar los éxitos y reducir las recaídas.

PALABRAS CLAVE: Fobia social, ansiedad social, exposición, terapia cognitivo-conductual.

Abstract

For a long time, social phobia had been neglected by the scientific community. Fortunately, since the beginning of the 90's the amount of research and studies has increased considerably, and preliminary data indicate that we are able to offer effective treatments for patients with this disorder. This paper presents a cognitive-behavioural protocol to treat the generalized social phobia. This way of treating social phobia is based on the most recent data in the scientific literature and the clinical experience of the authors. The protocol has several steps. First, the aim is to teach the patient to identify their problem and its causes. The second step is dedicated to Cognitive Therapy as a way of controlling anxiety levels. The following step deals with behavioural experiments and exposure therapy, and from our point of view this is the most efficient ingredient of the protocol. Finally, the last step tries to secure gains and to reduce relapse.

KEY WORDS: Social phobia, social anxiety, exposure, cognitive-behavior therapy.

Introducción

La fobia social es un miedo irracional y desproporcionado a un cierto número de situaciones de interacción social. La persona está convencida de que actuará de manera inadecuada, ridícula, embarazosa o humillante, y que los demás se darán cuenta y la descalificarán o rechazarán. Esta convicción va acompañada de una, a menudo, intensa activación fisiológica como calor, sudor, rubor, temblores, taquicardia o sensaciones en el estómago. Ante este fuerte malestar cognitivo y emocional, la persona tiende a protegerse evitando las situaciones comprometidas o, una vez en ellas, realizando conductas de seguridad destinadas a conseguir que sus temores no se cumplan y que sus sensaciones físicas desaparezcan.

Las situaciones sociales que habitualmente provocan este malestar, aunque son muy variables de persona a persona, suelen ser: asistir a fiestas o reuniones sociales, hablar en público, pedir información, comer o beber en público, conocer gente nueva, escribir mientras se está siendo observado o hablar por teléfono. Se habla de fobia social específica cuando estos miedos aparecen centrados en una gama mínima de situaciones sociales. La fobia social específica más habitual es hablar en público. Se habla de Fobia Social Generalizada cuando, por el contrario, los temores aparecen ante una amplia gama de situaciones sociales. En casos severos el malestar podría aparecer incluso en situaciones teóricamente impersonales como caminar por una calle concurrida.

La fobia social es uno de los trastornos de ansiedad más habituales. Los estudios (Heimberg *et al.*, 1995; Emmelkamp *et al.*, 1992, Echeburúa, 1995; Badós, 2001) indican que entre el 1,5 y el 3,5% de la población general padece fobia social. Los sufridores buscan ayuda muy tarde: entre los 6 y los 20 años después de estar sufriendo el problema. La edad media en la que llegan a consulta de un profesional se sitúa entre los 27 y los 34 años de edad, aunque la persona empieza a sufrir entre los 15 y los 20 años. Respecto a la distribución por sexos, la fobia social es un problema más corriente en mujeres pero, sin embargo, son más hombres los que llegan a consulta. El nivel socio-cultural de los sufridores es medio-alto. Entre el 35 y el 50% de estas personas sufren también depresión clínica o subclínica, y entre el 16 y el 36% del total abusan del alcohol, los ansiolíticos y otras sustancias tóxicas.

La mayor parte de los fóbicos sociales relatan haber sufrido el problema desde siempre. Es como si la timidez inherente a la adolescencia nunca se hubiera superado. En la literatura científica se alude habitualmente a 3 mecanismos de adquisición: déficit de habilidades sociales, aprendizaje de creencias disfuncionales y ansiedad condicionada.

Evaluación de la fobia social

En nuestra opinión, en la práctica de la psicología clínica, la evaluación de los problemas que el paciente quiere solucionar equivale a la construcción del análisis funcional de los mismos. Es decir, averiguar con sumo detalle qué situaciones pro-

vocan la aparición de su malestar, cómo es ese malestar en términos cognitivos, emocionales-fisiológicos y conductuales, y qué consecuencias o efectos tienen sus comportamientos operantes a la hora de explicar el mantenimiento de toda la secuencia.

Conseguir toda esta información, a veces, es un proceso complejo por la sutileza de algunos datos. Por ejemplo, en la parte estimular no es extraño encontrar que pequeños detalles como la expresión facial del interlocutor, el status que el paciente le atribuye o el tema de conversación, puedan provocar niveles de ansiedad muy diferentes.

En términos de respuesta cognitiva el temor principal de los fóbicos sociales es ser descalificado por los demás. Sin embargo, podemos encontrar en esta línea una amplia variedad de pensamientos. En la tabla 1 aparecen los principales.

La respuesta fisiológica en principio no es diferente a la de cualquier otro tipo de trastorno de ansiedad aunque merece especial atención el rubor, el temblor y el sudor. Los fóbicos sociales que sufren alguna de estas respuestas están especialmente preocupados por ellas porque potencialmente pueden ser más visibles desde el exterior. En ese sentido, cuando aparecen toman la funcionalidad de estímulo aumentando la intensidad del malestar y se ven obligados a realizar conductas de seguridad para bloquearlas, disminuirlas o disimularlas. Para impedir que sus temo-

Tabla 1
Principales pensamientos en fobia social

TIPO DE PENSAMIENTOS	EJEMPLOS
Sobre la propia actuación	«No sé qué decir», «siempre meto la pata», «tartamudearé y no me entenderá», «me quedará en blanco».
Sobre la percepción de los demás de la propia actuación	«Se van a dar cuenta», «me están mirando», «sabrán que estoy nervioso», «llamaré la atención».
Sobre el juicio negativo de los demás	«Pensarán que soy raro, idiota, débil, que miento, que me estoy insinuando, que escondo algo, que soy homosexual, que estoy nervioso, que estoy haciendo el ridículo, que soy aburrido y que no estoy a la altura».
Sobre ser rechazado	«Me despreciarán», «no querrán hablar conmigo», «dejará de ser mi amigo», «me despedirá», «me va a abandonar».
Sobre autodesprecio	«Nadie tiene un problema como éste», «soy inútil», «no tengo personalidad», «me pasa algo muy raro», «nunca lo superaré», «qué será de mí»
Sobre reacciones de ansiedad visibles	«¡Qué horror, me estoy poniendo rojo!», «estoy totalmente empapado de sudor», «la mano me tiembla tanto que no puedo sostener el vaso».

res se cumplan y para reducir su ansiedad física, las personas con este problema desarrollan una serie de maniobras de escape y evitación o conductas de seguridad, que en realidad mantienen su problema. De especial importancia y con un grado mayor de dificultad para ser evaluadas estarían las conductas de seguridad encubiertas. Por ejemplo, pensar con anticipación de qué tema se va a hablar, elegir con gran detalle, palabra a palabra, lo que se va a decir, o revisar y evaluar cada frase pronunciada. Estas conductas además suelen crear un grave problema en términos de habilidad social que rompe completamente la comunicación con el interlocutor. Al estar muy centrado en estos aspectos y en otros como las sensaciones fisiológicas que notan, no «oyen» o procesan la información que les da el interlocutor con todos los efectos negativos que esto implica.

Finalmente, en términos de consecuencias todas estas maniobras provocan en el paciente una falsa sensación de control o autodominio y alivio del malestar. Este efecto que en términos técnicos conocemos como refuerzo negativo es lo que fundamentalmente mantiene el problema.

Además de evaluar estos datos funcionales, es extremadamente importante para el clínico averiguar también si el paciente está deprimido, si hay abuso de alcohol u otras drogas y si su repertorio de habilidades sociales es adecuado. Este último dato es particularmente relevante para el enfoque terapéutico. Durante años se asumió que Fobia Social y Déficit de habilidades sociales eran términos prácticamente sinónimos. Sin embargo, desde principios de los 90 (Heimberg *et al.*, 1995) sabemos que sólo el 18% de los fóbicos sociales realmente tienen un déficit de habilidades sociales. Para conseguir todos estos objetivos, a menudo se necesitan dos o tres sesiones de trabajo.

Fase educativa. Explicación de la hipótesis

La fase educativa consiste en contarle al paciente en términos psicológicos en qué consiste su problema, cómo se originó y especialmente cuáles son los factores que hacen que siga sufriendolo.

En primer lugar, explicamos al paciente una hipótesis de cómo pudo iniciarse su problema resaltando especialmente la influencia del tipo de educación recibida. En cada caso se hace hincapié en las experiencias más relevantes de la historia de aprendizaje. Este planteamiento se propone como una teoría razonable acerca de cómo pudieron haber sido los hechos.

A continuación y con un estilo más rotundo, le explicamos las variables de mantenimiento. El punto clave es que el paciente entienda cómo y porqué las conductas de seguridad, escape y evitación, que él/ella cree que le ayudan a afrontar su problema, en realidad son las causantes de que su sufrimiento continúe. Solemos llamar a este concepto la «trampa de la ansiedad». Lo ideal es utilizar un formato socrático de descubrimiento guiado, en que el paciente tenga la sensación de que es él/ella mismo/a quien llega a las conclusiones adecuadas. Damos gran importancia al uso de ejemplos y materiales gráficos que vamos diseñando a medida que transcurre la sesión. Instigamos y reforzamos las dudas y preguntas porque,

en nuestra opinión, son la mejor forma de asegurarnos que el paciente procesa y comparte toda esta crucial información.

La explicación de hipótesis ideal es aquella en la que una vez finalizada, es el propio paciente el que casi adivina lo que deberíamos cambiar para que su problema desaparezca. A continuación, el terapeuta finalizaría la sesión presentando formalmente las técnicas elegidas.

Además de estos conceptos clave, en muchas ocasiones, en esta fase también se le explica al paciente que, paradójicamente, puede suceder que lo que él/ella hace para que no se note su ansiedad o malestar, puede producir que parte de su respuesta fisiológica aumente o que su perturbación se perciba más exteriormente. Por ejemplo, si tensa el brazo para controlar el temblor, unos instantes después su temblor será mayor. O si se tapa la cara con las manos para que el interlocutor no perciba su rubor, esta maniobra llamará más su atención que el propio rubor *per se*.

Tratamiento: terapia cognitiva

Habitualmente el primer elemento activo del protocolo de tratamiento para la fobia social es la terapia cognitiva. La única excepción a esta norma sería el caso de aquellas personas que tuviesen un importante déficit de habilidades sociales. En estos casos el primer peldaño en la escalera terapéutica debería ser el entrenamiento de habilidades sociales (Sevillá y Pastor, 1996) por razones obvias. No tendría ninguna lógica y estaría condenado al fracaso enseñar a una persona a mantenerse cómodo en situaciones sociales cuando no sabe cómo comportarse en ellas.

Si el grado de depresión fuera clínico, o hubiese una adicción al alcohol u otras sustancias, es también muy probable que se diese prioridad a estas áreas-problema antes de acometer en sí la fobia social. En cualquier caso le recomendamos al clínico una toma de decisiones terapéuticas totalmente individualizada para cada uno de sus pacientes (Sevillá y Pastor, 1997).

La terapia cognitiva aplicada a los problemas de ansiedad y en particular a la fobia social, ya tiene una importante tradición (Beck y Emery, 1985; Heimberg *et al.*, 1995) aunque quizás no todo el rigor científico que nos gustaría. Desde nuestro punto de vista, la versión de terapia cognitiva para la fobia social que más nos gusta es la desarrollada por el genial psicólogo de Oxford David Clark (Clark, 1997; Clark y Wells, 1995). A partir de su trabajo y de sus enseñanzas y de nuestra experiencia clínica, hemos desarrollado un modelo de terapia cognitiva para la fobia social (Pastor y Sevillá, 1999).

La presentación de la terapia cognitiva al paciente la enlazamos con la hipótesis. El objetivo principal del tratamiento es conseguir que desaparezcan las conductas de seguridad, para que la persona compruebe que sus miedos son infundados o desmedidos. Si consiguiéramos que su nivel de ansiedad se redujese hasta un nivel tolerable, eliminar estas conductas sería relativamente sencillo. La terapia cognitiva tiene ese objetivo, que el paciente autocontrole su malestar. Dado que el grado de ansiedad tiene que ver directamente con los pensamientos que la activan, le expli-

camos al paciente que reduciendo la credibilidad de los mismos, tendrá mayor control. La terapia cognitiva sería un procedimiento para analizar y someter a prueba verbal o intelectual la veracidad de tales interpretaciones. A menudo, usamos el símil del científico. De la misma manera que los científicos antes de aceptar una hipótesis como veraz la someten a prueba en el laboratorio, vamos a someter a prueba nuestras interpretaciones de las situaciones sociales, de lo que va a pasar o de lo que van a pensar los demás, en vez de aceptarlo directamente. Si vemos que son pensamientos infundados, buscaremos otros más realistas.

Resaltamos para el lector la manera en que se propone y se usa la terapia cognitiva. No es un objetivo por sí mismo, sino un medio para conseguir el objetivo real, eliminar las conductas de seguridad. En nuestra opinión si no se consigue este objetivo, el tratamiento tendrá poco o ningún éxito.

Identificar pensamientos negativos automáticos

Les enseñamos a identificar con exactitud cuáles son los pensamientos que vamos a analizar y modificar con la terapia cognitiva. Les educamos acerca su naturaleza automática, de cómo son muy creíbles y rápidos, que a veces se expresan de una manera confusa, estando mal contruidos sintácticamente, de que se mezclan con otros tipos de pensamientos cualitativamente muy diferentes y que pueden tener en ocasiones, forma de imagen.

Además de la entrevista en consulta, para atrapar los pensamientos resulta muy útil utilizar autorregistros, reconstrucciones en imaginación de situaciones reales, y reconstrucciones escenificadas de esas situaciones.

Estirar los pensamientos negativos automáticos

Cuando el paciente localiza bien estos pensamientos, el siguiente paso es estirarlos. Por estirarlos entendemos llegar a su significado real, a su completa semántica. Para ello se utiliza típicamente la técnica desarrollada por Beck y otros terapeutas cognitivos (Beck y Emery, 1985) denominada la flecha descendente. En la tabla 2 aparece un ejemplo claro de cómo usar esta estrategia de evaluación.

Discutir los pensamientos negativos automáticos

La discusión cognitiva, disputa o debate consiste en poner a prueba el grado de veracidad de los pensamientos con preguntas estratégicas. Esto es lo que se llama el estilo socrático. No se trata de que el paciente se convenza, se autosermonee o simplemente sustituya sus pensamientos catastróficos por otros más realistas, sino que aprenda a cuestionar específicamente cada uno de sus pensamientos. En términos prácticos le enseñamos a generar preguntas que aplicarán a sus pensamientos, preguntas a las que tendrán que responder y que deberán llevarlos a una conclusión sobre la bondad o no de tales juicios.

Tabla 2
Uso de la flecha descendente

Terapeuta	¿Qué pensabas cuando sentías ese fuerte malestar?
	↓
Paciente	Que estaba haciendo el ridículo
	↓
Terapeuta	¿Qué significa para ti hacer el ridículo?
	↓
Paciente	Decir algo inadecuado
	↓
Terapeuta	Como por ejemplo...
	↓
Paciente	Algo tonto, poco inteligente
	↓
Terapeuta	Y si así fuese ¿qué crees que podría pasar?
	↓
Paciente	Que pensarán que soy tonto, corto mental
	↓
Terapeuta	Y si así fuese ¿qué sería lo peor de ello?
	↓
Paciente	Que no lo podría soportar, porque me lo creería

Con el objetivo de que este proceso sea más sistemático y simple, les proponemos cuatro parámetros o criterios en los que deben o pueden basarse las preguntas: la objetividad, la emoción que suscitan, la utilidad que tienen, y la forma lingüística (o semántica) de los pensamientos objeto de análisis. En la tabla 3, aparecen ejemplos de estas preguntas.

Buscar alternativas

Si de ese proceso pregunta-respuesta, el paciente llega a la conclusión de que aunque el pensamiento parezca creíble, en realidad no es demostrable, el siguiente paso será sustituirlo por una interpretación alternativa más realista.

Este es un punto conflictivo y, a menudo, malinterpretado en terapia cognitiva. El énfasis del trabajo debe focalizarse en la discusión, en cuestionar, preguntar, no en sustituir pensamientos. Si la discusión es eficaz, la alternativa surgirá de forma

Tabla 3
Ejemplo de preguntas de discusión para fobia social

Preguntas que evalúan la objetividad del pensamiento:

- ¿qué pruebas tengo para pensar que...?
- analiza cada una de las pruebas ¿realmente demuestran tus temores?
- otra persona que no tenga miedos sociales, ¿interpretaría esta situación como tú lo estás haciendo?
- ¿qué datos tengo que me demuestren que mi interpretación es errónea?
- ¿cuántas veces he temido esto y en qué porcentaje el desenlace fue tan malo como yo esperaba?
- ¿qué otras interpretaciones podrían hacerse de la misma situación?

Preguntas que evalúan la emoción provocada por el pensamiento:

- ¿qué emoción me provoca pensar esto?
- ¿con qué intensidad?
- ¿qué sensaciones físicas aparecen en mi cuerpo?
- ¿tengo sensación de control o de descontrol?
- ¿me siento dominado por la emoción?
- ¿tengo la necesidad de hacer una conducta de seguridad al pensar así?
- una persona sin miedos sociales ¿se sentiría como yo en esta situación?

Preguntas que evalúan la utilidad de este pensamiento:

- ¿para qué me sirve pensar esto?
- ¿me sirve para sentirme bien?
- ¿las emociones que noto son útiles?
- Pensar esto, ¿me sirve para actuar con eficacia?
- ¿me sirve para eliminar conductas de seguridad?
- ¿me sirve para relacionarme mejor con los demás?
- ¿me sirve para ser feliz?

Preguntas que evalúan la forma de los pensamientos:

- ¿qué grado de convicción o certeza le doy a mis pensamientos?
- Define palabra por palabra el auténtico significado de tus pensamientos.
- ¿aparecen expresiones como «seguro, horror, soy, pensarán» o términos descalificativos como «estúpido, raro, inútil, inmaduro, tonto o incompetente»?
- ¿estás adivinando lo que los demás piensan?
- ¿estás adivinando el futuro?
- ¿estás usando términos como necesito, debo, debería, si no X, entonces no Y?
- ¿estás confundiendo lo probable con lo posible y convirtiéndolo en seguro?
- ¿te estás centrando en un pequeño error y descalificando el resto de tu actuación?
- ¿tuviste pensamientos en forma de imagen? Rememora cómo eran las imágenes y compáralas con lo que sucedió en realidad.

natural, casi por inercia. Otro error característico es elegir una alternativa demasiado positiva, o rosa. Sería igualmente indemostrable que el paciente pasará de creer «*pensarán de mí que soy un incompetente*» a tratar de creer «*pensarán de mí que soy genial*». Las alternativas deben ser pensamientos que se desprendan de los datos objetivos que nos proporcione la propia situación.

Todo este proceso de discutir los pensamientos negativos automáticos y buscar alternativas realistas se realiza siguiendo una aproximación graduada. En una primera fase, es el terapeuta en consulta quien dirige y aplica las técnicas. A continuación, es el paciente quien en consulta toma las riendas del proceso. En un tercer estadio, el paciente practica la estrategia en casa, pero en momentos de tranquilidad. Y finalmente lo traslada a las situaciones-problema reales para que le ayuden a reducir su ansiedad y a arriesgarse a eliminar las conductas de escape-avoidancia. En este punto el paciente está listo para la siguiente fase terapéutica.

Tratamiento: experimentos conductuales-exposición

Diversos autores (Butler, 1985) han señalado las dificultades técnicas y prácticas que aparecen a la hora de aplicar exposición en vivo en fobia social. En nuestra opinión estos son los principales problemas:

- Es imposible o casi imposible en la mayor parte de las situaciones sociales, tener control sobre la duración de la propia situación. Recordamos al lector que para que se produzca el proceso de habituación al estímulo y por lo tanto la reducción de la respuesta de ansiedad, la exposición debería mantenerse tanto tiempo como fuera necesario.
- Es imposible tener control sobre la aparición de estas situaciones. No podemos manipular el ambiente del paciente, aunque fuese en un grado mínimo, para crear estas situaciones a voluntad y dirigir un programa de exposición sistemático.
- Es imposible reproducir con una cierta exactitud las situaciones sociales estimulares. Nunca en dos situaciones se mantendrán constantes los principales parámetros: personas, escenario, tema de conversación o actitud de los interlocutores.
- Las interacciones sociales son muy variables. Cambios sutiles en la expresión facial, en las variables paralingüísticas o la agresividad corporal del interlocutor pueden catapultar al paciente a niveles astronómicos de ansiedad. Es prácticamente imposible jerarquizar de una manera realista.

Aunque hay recursos clínicos para intentar paliar estas dificultades: usar exposición imaginada, hacer exposición en la consulta reproduciendo situaciones reales escenificadas, o incluso usar un grupo formal de habilidades sociales como un escenario análogo de exposición en vivo, en nuestra opinión su eficacia es relativa. La alternativa viene del enfoque cognitivo para la fobia social (Clark, 1997), el uso de experimentos conductuales.

Tabla 4
Ejemplos de experimentos conductuales

TEMOR	CONDUCTAS DE SEGURIDAD	EXPERIMENTO CONDUCTUAL
No saber qué decir, quedarme en blanco.	Preparar temas de conversación con antelación. Hablar de temas que se domina. Poner excusas para no hablar: dolor de cabeza, afonía. Abandonar la situación momentáneamente. Colocarse al lado de personas muy conocidas. Quedar con varias personas a la vez (y no con una a solas).	Ir a la situación sin ningún tema preparado. Obligarse a hablar del tema que surja, sea el que sea. Evitar hablar del tema que se domina. Mantenerse en la situación sin dejarla ni siquiera por un momento. Situarse al lado de personas que no conozca. Quedarse a solas con una persona.
Que se produzca un silencio prolongado	No parar de hablar, llevando las riendas de la conversación. Hacer muchas preguntas. Dar respuestas muy largas.	Crear voluntariamente silencios. Dejar que el interlocutor dirija. Reducir el número de preguntas. Acortar las respuestas.
Tartamudear	Hablar bajito. Hablar rápido. Hablar menos.	Elevar el volumen. Hablar a un ritmo más lento. Hablar más. Tartamudear voluntariamente.
Sudar	Llevar mucha ropa o muy gruesa (para que no se vea el sudor). Llevar ropa muy ligera (para no sudar). Usar ropa de colores suaves (para que no se note la mancha de sudor). Beber bebidas frías. No beber nada. Refrescarse en el baño. Mantener los brazos pegados al cuerpo. Permanecer estático (para no empezar a sudar). Secarse las manos o ponerse talco. No dar la mano. Decir que hace calor.	Usar ropa acorde con la temperatura ambiente. Usar ropa según los gustos personales. Tomar una cantidad de bebida normal a temperatura ambiente. Obligarse a beber. No ir al baño para refrescarse la cara o las manos. Mover los brazos con normalidad. Moverse con naturalidad. No secarse ni usar talco. Estrechar la mano con normalidad. No dar ninguna excusa o justificación.

Los experimentos conductuales comparten muchos elementos en común con la exposición en vivo, es más, desde nuestro punto de vista, son una variante de la misma, pero también hay notables diferencias. En primer lugar, el tiempo no es importante, no hay que mantener la exposición hasta que la ansiedad se reduzca. En segundo lugar, el rol del paciente es mucho más activo, debe procesar lo que está ocurriendo en esa interacción social y compararlo con lo que había anticipado que iba a suceder.

Un experimento conductual básico en fobia social implica que el paciente se sumerja en una situación temida, que elimine toda conducta de seguridad y que ponga, por lo tanto, a prueba experimentalmente la veracidad de sus pensamientos catastróficos. En prácticamente el 100% de los ensayos, el paciente comprobará que no es necesario protegerse porque el peligro que percibía en realidad no existe. Otra diferencia con la exposición clásica es que las ganancias suelen llegar después del experimento, cuando el paciente analiza lo que realmente sucedió y cómo esto no encaja con sus predicciones negativas, lo que va a revertir en una significativa reducción de la ansiedad en su próximo afrontamiento. Se podría teorizar que la extinción de la ansiedad con esta técnica se produce por la reevaluación de los pensamientos catastróficos más que directamente por el proceso de habituación.

Hemos diseñado experimentos conductuales para cada uno de los miedos más corrientes en fobia social (Pastor y Sevilá, 1999) y algunos ejemplos aparecen en la tabla 4. Sin embargo, estos experimentos el lector debería tomarlos como lo que son, sólo ejemplos, posibilidades. El terapeuta deberá diseñar experimentos específicos para cada uno de sus pacientes.

En nuestra opinión este es el ingrediente fundamental del tratamiento y aquí deberían producirse la mayor parte de las ganancias terapéuticas que esperamos conseguir.

Mantenimiento de los logros y prevención de recaídas

Una vez conseguido un cambio importante en el repertorio comportamental del paciente con los experimentos conductuales-exposición, se inicia la última etapa del tratamiento destinada a asentar e instalar de una manera sólida los logros conseguidos. Además, un segundo objetivo es reducir las probabilidades de recaída. Con estos dos fines aconsejamos utilizar la siguiente secuencia de estrategias clínicas.

Aumentar los horizontes sociales

Cuando se ha estado sufriendo una fobia social generalizada durante muchos años, típicamente se ha vivido en un entorno social restringido. Este es el punto adecuado para animar al paciente a socializar, a desenvolverse en cuantos ambientes sociales pueda. El objetivo no sólo es aplicar y practicar intensivamente las técnicas aprendidas, sino además cambiar la valencia del entorno social. Es decir lo que antes eran situaciones peligrosas, que pasen a ser situaciones gratificantes.

Cambiar creencias disfuncionales

Desde un enfoque cognitivo (Clark, 1997; Wells, 1997) a la base de los pensamientos negativos automáticos existe una serie de creencias nucleares que sos-

tienen la fobia social. Estas ideas se aprendieron tempranamente por medio de la educación recibida en el hogar, en el colegio y en los primeros ambientes sociales.

Todo el tratamiento realizado ya ha reducido o incluso eliminado algunas de estas ideas filosóficas. En este punto se trataría de abordarlas mediante técnicas verbales específicas: discusión de ideas nucleares, pros y contras de las creencias, o rutas históricas de las mismas.

Ejercicios de ataque a la vergüenza

Esta es una técnica utilizada por los terapeutas racional-emotivos (Ellis, 1985). El concepto básico consistiría en que el paciente afrontase voluntariamente, o más bien crease situaciones, que para la mayoría de las personas fuesen incómodas socialmente o incluso embarazosas. Estas situaciones, obviamente, nunca serán groseras, inmorales o ilegales, sólo pintorescas. Ejemplos habituales usados en nuestra práctica serían: usar ropa estafalaria para una ocasión en concreto, pedir información en un video club sobre películas X o intentar venderle el periódico del día anterior a alguien por la mitad de precio.

Con estas peculiares tareas se intenta que el paciente comprenda que incluso cuando hacemos cosas realmente extravagantes o ridículas, en realidad, no pasa nada o casi nada. Aprender esto es crear músculo o anticuerpos emocionales en el paciente reduciendo la probabilidad de recaída.

Prevención de recaídas

En la línea del excelente trabajo de Marlatt y Gordon (1985) la idea sería prever situaciones de alto riesgo que podrían causar recaídas, preparar un plan de afrontamiento basado en las estrategias aprendidas y ensayarlo en imaginación (y si algún afrontamiento es posible, hacerlo en vivo).

Conclusiones

Aunque el tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social no tiene el respaldo empírico del que gozan otros trastornos de ansiedad, sí podemos afirmar que es un tratamiento bien establecido. El entrenamiento de habilidades sociales, la terapia de exposición, y la terapia cognitiva, solas o combinadas, son técnicas que han demostrado su eficacia para tratar con éxito la fobia social generalizada en un buen número de estudios (Salaberria y Echeburúa, 2003).

Creemos que como clínicos nuestra obligación es evaluar con detalle cómo sufre la fobia social cada uno de nuestros pacientes y a partir de esa información, elegir y combinar de la forma más adecuada, las estrategias disponibles para conseguir la mayor eficiencia clínica.

En la tabla 5 y como guía para el clínico, se describe, sesión a sesión, cómo suele ser el tratamiento habitual de un paciente prototípico aquejado de fobia social. Esta

Tabla 5
 Descripción, sesión a sesión, de nuestro protocolo de tratamiento para la fobia social

Sesión nº	Fase de la terapia	Objetivos	Estrategias específicas
1	EVALUACIÓN	Construir análisis funcional, conocer al paciente, crear empatía	Entrevista clínica, autorregistros, cuestionarios, observación...
2	EVALUACIÓN	" "	" "
3	HIPÓTESIS	Explicarle al paciente qué le pasa y porqué, y proponerle terapia	Explicar, ejemplificar, usar recursos gráficos
4	TERAPIA	Terapia cognitiva	Explicación del A-B-C
5	TERAPIA	Terapia cognitiva	Explicación de los pre y criterios de racionalidad
6	TERAPIA	Terapia cognitiva	Discusión y alternativas
7	TERAPIA	Terapia cognitiva	Discusión y alternativas
8	TERAPIA	Terapia cognitiva	Discusión y alternativas
9	TERAPIA	Experimentos conductuales	El experimento de las conductas de seguridad
10	TERAPIA	Experimentos conductuales	Experimentos conductuales
11	TERAPIA	Experimentos conductuales	Experimentos conductuales
12	TERAPIA	Experimentos conductuales	Experimentos conductuales
13	TERAPIA	Mantenimiento de los logros y prevención de recaídas	Apertura de horizontes sociales, ejercicios de ataque a la vergüenza, cambiar creencias disfuncionales.
14	TERAPIA	Mantenimiento de los logros y prevención de recaídas	Prevención de recaídas
15	TERAPIA	Mantenimiento de los logros y prevención de recaídas	" "

descripción sólo debería tomarse como lo que es, un ejemplo, no como una receta para seguir estrictamente.

Referencias

- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Nueva York: Basic Books.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social. Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 651-659.
- Clark, D. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. Heimberg, M. Leibowitz, D. Hope y F. Schneider (dirs.), *Social phobia: diagnosis, assesment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Clark, D. (1997). Panic disorder an social phobia. En D. Clark y C. Fairburn, C. (dirs.), *Science and practice of cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance*. Nueva York: Springer.
- Emmelkamp, P. Boumam, T. y Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders. A practitioner's guide*. Nueva York: Wiley.
- Heimberg, R., Leibowitz, M., Hope, D. y Schneider, F. (1995). *Social phobia: Diagnosis, assesment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (1999). *Tratamiento psicológico de la fobia social. Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Centro de Terapia de Conducta.
- Rapee, R. y Sanderson, W. (1998). *Social phobia. Clinical application of evidence-based psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Salaberría, I. y Echeburúa, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (dirs.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (1997). Toma de decisiones terapéuticas. Cómo decidir el plan de intervención. *Informació Psicológica*, 65, 26-30.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (1996). Fobia social, un modelo práctico de intervención. *Informació Psicológica* 57, 61-67.
- Turner, S., Beidel, D., Cooley, M., Woody, S. y Messer, S. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: social phobia effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Wells, A., Clark, D. D., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. y Gelder, M. (1995). Social phobia: the role of in situation safety behaviors in mantaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.