

REPORTE DE CASO

FOBIA SOCIAL Y TERAPIA COGNITIVA: UN ESTUDIO DE CASO BASADO EN LA EVIDENCIA¹

Social Phobia and Cognitive Therapy: A Case Study Based on Evidence

MARÍA ISABEL SOTELO HOYOS²

Recibido: 2018-01-30 Aceptado: 2018-10-17

Resumen: Se presenta una intervención en una paciente con diagnóstico de ansiedad social, con quien se aplicó la terapia cognitivo-conductual y la terapia de exposición. Se empleó el inventario de ansiedad-fobia social, escala de ansiedad-evitación social y una entrevista clínica. Para la intervención se aplicaron técnicas de relajación progresiva, técnicas cognitivas, juego de roles, entrenamiento asertivo y técnicas de exposición. El tratamiento redujo los síntomas ansiosos y depresivos y se evidenciaron cambios frente a la exposición en público y la interacción social. Los resultados son acordes con la evidencia científica disponible sobre la eficacia para la intervención de este trastorno.

Palabras clave: ansiedad social, diseño de caso único, psicología basada en la evidencia, terapia de exposición.

Abstract: An intervention is presented in a patient diagnosed with social anxiety, to whom cognitive behavioral therapy and exposure therapy was applied. The inventory of anxiety-social phobia, social anxiety-avoidance scale and a clinical interview was used. For the intervention the techniques of progressive relaxation, cognitive techniques, role playing, assertive training and exposure techniques were applied. The treatment reduced the anxious and depressive symptoms and there were changes in public exposure and social interaction. The results are consistent with the available scientific evidence on the effectiveness for the intervention of this disorder.

Keywords: social anxiety, design of a unique case, psychology based on evidence, exposure therapy.

Para citar este artículo en APA:
Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 131-156. DOI: 10.17533/udea.rp.v10n2a06

¹. Artículo original de caso único, derivado de la investigación de Maestría en Psicoterapia. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

². Psicóloga clínica, Magister en psicoterapia. Correo: maria.sotelocapub@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3884-6875>

Introducción

La fobia social —FS—, también conocida como trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un miedo intenso a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado de forma negativa. Este temor se manifiesta de forma desproporcionada al riesgo real, tal como lo señala la Asociación Americana de Psiquiatría —APA— en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales —DSM 5— (APA, 2014).

De acuerdo con esta organización (2014), los criterios diagnósticos para la fobia social son: temor intenso frente a las situaciones sociales en las que la persona se ve expuesta a ser valorada negativamente por otras personas y temor a ser humillado o avergonzado. La ansiedad no está directamente relacionada con la situación presentada, pues se da de manera recurrente por seis meses o más, genera deterioro significativo en el ámbito social y laboral y en otros ámbitos importantes de la vida.

Para Tron, Bravo y Vaquero (2014) una de las causas asociadas con la génesis y mantenimiento del miedo a hablar en público es la presencia de autoverbalizaciones negativas que ocurren antes, durante y después del desempeño. Éstas son las causantes del aumento de la activación emocional del temor y llevan, por tanto, a implementar estrategias de evitación ante los estímulos generadores de ansiedad.

Bogels *et al.* (2010) expresan que la fobia social guarda una estrecha relación con la personalidad evitativa, aunque diferenciándose en un orden más cuantitativo que cualitativo, es decir, el grado de intensidad emocional del temor y la ansiedad se da como un continuo entre estas patologías, mostrando mayores niveles de temor y ansiedad cuando la persona es evaluada de forma negativa.

Ahora bien, el trastorno de personalidad por evitación se caracteriza por el uso de estrategias evitativas en diferentes ámbitos: emocional, conductual y cognitivo, lo que llega a obstaculizar la realización de objetivos personales. Esa evitación se perpetúa con autoverbalizaciones de desaprobación propia, bajo la creencia de que la persona será rechazada en sus relaciones interpersonales y cogniciones que activan contenido emocional desagradable percibido como intolerable para el sujeto (Beck, Freeman y Davis, 2005).

A nivel mundial, para la fobia social se observan cifras de prevalencia en torno al 0,5 % y 2 % anual. La tasa de prevalencia disminuye con la edad. La prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 % al 5 %. De manera habitual, en la población general se han encontrado cifras más altas del trastorno de ansiedad social en mujeres que en los hombres —con una proporción que fluctúa entre 1.5 y 2.2—. Esta diferencia entre géneros es más acentuada en adolescentes y adultos jóvenes (APA, 2014)

Por el contrario, en la población clínica las cifras de prevalencia, según el género, son equivalentes o ligeramente más altas en los hombres, y esto hace pensar que las funciones del género y las perspectivas sociales cumplen un factor importante lo que explica la mayor búsqueda de ayuda en los pacientes de sexo masculino (APA, 2014).

En Colombia, según el estudio de salud mental (Ministerio de Protección Social, 2015), la prevalencia de la fobia social en toda la vida, por sexo, es mayor en las mujeres que en los hombres con un porcentaje de 3.1 % y 2.3 %, respectivamente. La fobia social ha sido el trastorno más prevalente en los últimos 12 meses, con un total nacional de 1.6 % cuya distribución por sexo es del 1.4 % en hombres y 1.8 % en mujeres.

En la ciudad de Medellín también se han realizado mediciones de la prevalencia de este fenómeno: en el primer estudio poblacional de salud mental de Medellín (Alcaldía de Medellín, 2012) se encontró que, para el total de la población, la prevalencia anual fue de 3.04 %; para el sexo femenino fue de 3.38 % y para el masculino de 2.47 %. La razón fue de 1.4 mujeres por cada hombre.

Al examinar la sintomatología de la fobia social, se puede evidenciar el aspecto emocional como un factor preponderante en el trastorno. Desde luego, es importante para el total entendimiento de esta psicopatología incluir la definición de emoción, su función y la relación con esta patología. Así, las emociones son un determinante clave de los procesos de autoorganización (Choliz y García, 2005). En los niveles más básicos de desempeño las emociones son una forma adaptativa de procesamiento de la información y preparación de la acción, que orienta a las personas hacia su entorno y suscita su bienestar (Greenberg, 2010). Para este mismo autor, existen emociones

primarias y secundarias. Las emociones primarias son las reacciones iniciales inmediatas de la persona ante un evento vivenciado; por ejemplo, sentir tristeza ante la pérdida. Las emociones secundarias, por su parte, son respuestas direccionadas hacia los pensamientos o sentimientos más que hacia la situación en sí, es decir, son una elaboración construida por la persona y suele ser desproporcionada con la realidad.

Para Belmonte (2007), dentro del sinnúmero de emociones que puede experimentar el ser humano se encuentran las emociones primarias tales como la tristeza o el miedo, las cuales se distinguen por estar acompañadas de respuestas fisiológicas, motoras, gesticulares, por lo general dadas de manera automática, que hacen que las emociones sean perceptibles bajo una connotación sociocultural determinada a través de la vida cotidiana de las personas. Asimismo, existen emociones secundarias que van ligadas a un componente cognitivo, más incorporadas a las relaciones interpersonales, como la vergüenza y la depresión.

A su vez, Kemper (1987) afirma la existencia de emociones primarias y secundarias y expone que las primeras son innatas, mientras que las segundas son socialmente constituidas. Para Jasper (2011), las emociones pueden ser reflejas, de corta duración —tales como el miedo, la alegría, la ira— o estados afectivos poco intensos que no tienen un objeto específico, y emociones reflexivas que implican sentimientos de aprobación y desaprobación, como el amor, el respeto y la confianza.

En comparación con los autores anteriores, se puede decir que de acuerdo con Jasper (2011) las emociones primarias tienen alta correlación con las emociones reflejas o de corta duración, en tanto las emociones secundarias están directamente relacionadas con las emociones reflexivas.

Para otros autores como Bericat (2012), la espontaneidad de las emociones en el ser humano encapsula abundantes complejidades y contradicciones. Las emociones no deben ser vistas netamente como respuestas fisiológicas a los cambios de los contextos; antes bien, las experiencias emocionales están relacionadas con diferentes situaciones ligadas a cómo valore la persona consciente o inconscientemente los hechos y a qué o a quién atribuya la causa y responsabilidad de los mismos, así como a la identidad social que tenga o la identificación de la persona con otros sujetos o colectivos.

Existen emociones adaptativas y desadaptativas. Las emociones desadaptativas son aquellos sentimientos que han sido aprendidos por la persona y se desarrollan desde etapas tempranas, convirtiéndose en un modo de respuesta frecuente e invariable. Pueden ser sensaciones de ansiedad e inseguridad básica o inadecuación y vergüenza, las cuales llegan a afligir a una persona durante toda su vida (Greenberg, 2010). Estos sentimientos desadaptativos no cambian en respuesta a una modificación de las circunstancias, ni tampoco contribuyen a direcciones adaptativas para resolver problemas cuando son vividos como tal.

Teniendo en cuenta la diferencia entre emociones primarias y secundarias se puede afirmar que la fobia social o trastorno de ansiedad social está catalogada como una emoción secundaria, dado que se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo en respuesta a una o más situaciones sociales o actuaciones sociales, en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás (Bados, 2015).

Tron *et al.* (2014) encontraron que las mujeres presentan mayor cantidad de autoverbalizaciones negativas que los hombres y que ello está directamente relacionado con un mayor temor a exponerse en público. Dicha correlación confirma la importancia de los procesos cognitivos en el mantenimiento de dicha problemática.

Se puede afirmar que no sólo las autoverbalizaciones, sino también el estrés influye en la generación o mantenimiento de la ansiedad. Desde el modelo de diátesis-estrés se plantea que un episodio de enfermedad es producto de dos procesos independientes: diátesis y estrés (Caballo y Simón, 2000). Diátesis se refiere a la vulnerabilidad ante un trastorno específico: una persona puede estar predispuesta a desarrollar un determinado trastorno debido a su herencia genética o a determinados factores de su constitución física. En un ambiente favorable la persona puede funcionar de manera adecuada, pero si ocurren acontecimientos que la persona valora como «estresantes», se puede generar el trastorno. Según este modelo, la diátesis y el estrés son complementarios, aunque ninguno es suficiente por sí mismo para producir la psicopatología.

Clark y Beck (2012) expresan que los determinantes biológicos tienen que ver con cuestiones genéticas, neurofisiológicas y temperamentales que interactúan con la vulnerabilidad cognitiva predisponente para aumentar o reducir

la tendencia propia a la ansiedad que se vive en respuesta a la amenaza o adversidad.

Barlow (2002) defendió la vulnerabilidad biológica generalizada en los trastornos de ansiedad, dentro de los cuales la heredabilidad es un factor indeterminado que se da entre un 30 y 40 % de casos. Las estructuras neuroanatómicas prepotentes como amígdala, locus cerúleo, córtex prefrontal derecho y anormalidades de los neurotransmisores en serotonina y GABA conforman vulnerabilidades biológicas a la ansiedad y que cuentan con importancia etiológica.

De igual manera, Barlow (2002) afirma que la alta afectividad negativa es un factor distal inespecífico, global, de vulnerabilidad para la ansiedad y sus trastornos, que constituye una característica temperamental de la tendencia al nerviosismo, tensión y preocupación sin raíces genéticas ni experiencias infantiles.

La vulnerabilidad psicológica ha sido definida como «una incapacidad crónica para afrontar los sucesos negativos incontrolables e imprevisibles, y esta sensación de incontrolabilidad se asocia con una respuesta emocional de valencia negativa» (Barlow, 2002, p. 254). Esas sensaciones disminuidas del control personal son una variable de diferencia individual que puede ser adquirida a través de experiencias infantiles, como la sobreprotección y la poca exploración vivencial. Mediante este continuo de experiencias la persona desarrolla un bajo control percibido sobre los sucesos vitales y posiblemente un aumento de la actividad neurobiológica en el sistema de inhibición conductual; de igual manera, las creencias de bajo control personal constituyen una diátesis de personalidad que interactúa con los sucesos vitales contradictorios o aversivos para provocar ansiedad y depresión (Barlow, 2002).

De acuerdo con Beck y Emery (2005), las dos principales características de la vulnerabilidad cognitiva son, en primer lugar, la tendencia a malinterpretar como peligrosas ciertas situaciones nuevas y, en segunda instancia, la tendencia a verse a sí mismo como incompetente, débil o carente de recursos para manejar situaciones amenazantes o estresantes.

Heimberg, Liebowitz, Hope, Schneier y Franklin (2000) señalan que la fobia social puede estar vinculada con pautas de inhibición conductual en apro-

ximadamente un 5 % de los niños. Sin embargo, estos autores no han determinado del todo si los rasgos de la inhibición de la conducta en los niños están relacionados con la fobia social u otros problemas afectivos en la edad adulta.

En la misma línea, Roth y Heimberg (2006) mencionan como factores ambientales de la etiología de la fobia social los siguientes: (i) el haber aprendido de los padres a causar una buena impresión, (ii) tener padres ansiosos y tímidos con fuertes preocupaciones socioevaluativas y preocupados por las opiniones de los demás y (iii) tener padres con tendencia a decirle a sus hijos qué decir y qué hacer. Otros aspectos como ser criticados por los padres u otras personas o tener tendencia a experimentar relaciones negativas con los pares, también han demostrado ser factores contribuyentes.

Ahora bien, para intervenir sobre la fobia social uno de los métodos más eficaces es la terapia cognitivo conductual, la cual cuenta con suficiente evidencia científica (Yoshinaga *et al.*, 2016; Olatunji, Cisler y Deacon, 2010; Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Deacon y Abramowitz, 2004). Según múltiples autores, las técnicas más utilizadas para el tratamiento de la fobia social son la reestructuración cognitiva y la exposición (Acarturk, Cuijpers, Van Straten y De Graaf, 2009; Norton y Price, 2007; Praschak-Rieder, 2003; Gil, Carrillo y Meca, 2001).

El objetivo del tratamiento apunta a disminuir los pensamientos negativos, los cuales son intervenidos mediante la técnica de reestructuración cognitiva con el propósito de modificar los sesgos negativos (Yoshinaga *et al.*, 2016; Olatunji *et al.*, 2010; Butler *et al.*, 2006; Deacon y Abramowitz, 2004). Se debe tener en cuenta que la reestructuración cognitiva es válida para la intervención de la problemática a nivel general de la fobia social, aunque existen otras técnicas de intervención, como la exposición (Acarturk *et al.*, 2009; Norton y Price, 2007; Praschak-Rieder, 2003; Gil *et al.*, 2001). En esta técnica la persona debe exponerse a la situación temida y aceptarla, lo que disminuye su ansiedad y la rumiación posterior al evento (Clark y Beck, 2012).

La APA (2010) afirma que la evidencia de las investigaciones sugiere que es recomendable la combinación entre la terapia cognitiva y las técnicas de exposición (Yoshinaga *et al.*, 2016; Olatunji *et al.*, 2010; Acarturk *et al.*, 2009; Norton y Price, 2007; Butler *et al.*, 2006; Deacon y Abramowitz, 2004; Pras-

chak-Rieder, 2003; Gil *et al.*, 2001). Las técnicas de terapia cognitiva se centran en la modificación de los patrones de pensamiento catastrófico y las creencias de que el fracaso social y el rechazo son probables; entretanto, las terapias de exposición están diseñadas para alentar gradualmente al individuo a entrar en situaciones sociales temidas y tratar de permanecer en esas situaciones.

Desde esta perspectiva sobre el trastorno de FS, en el presente estudio se pretende analizar un caso de una paciente con este diagnóstico y a la que se le aplica la terapia cognitivo-conductual.

Método

Identificación de la paciente

M. es una mujer de 17 años, soltera, sin hijos, vive con sus padres y su hermana en la ciudad de Medellín, es estudiante universitaria, y asiste a consulta en abril 20 de 2016. M. buscó ayuda profesional luego de que el médico le sugirió que iniciara tratamiento psicológico dado que venía presentando mareos, dificultad para respirar, presión en el pecho, temblor, sensación de angustia, llanto desde hace un año y, de forma más reciente, dificultad para dormir: «Tengo sensación de pánico y angustia en momentos de exponerme a otras personas» (M, comunicación personal, 20 de abril de 2016).

En la primera sesión se realizó una categorización de la sintomatología por áreas. En el área emocional se encontraron sentimientos de soledad, tristeza, abulia, ansiedad y angustia. En el ámbito cognitivo se detectaron dificultades para concentrarse, autocrítica, pensamientos de inferioridad, de catástrofe, de culpa, de no importar a nadie, abulia, pensamientos de constante temor al rechazo, miedo a quedar en ridículo, a ser el centro de atención, temor a la evaluación negativa y sobreestimación de situaciones negativas que le suceden.

En el ámbito conductual se encontró llanto, aislamiento social, evitación social de ambientes donde pueda ser el centro de atención, ausencia de expre-

sión de sentimientos, aislamiento para evitar situaciones problemáticas, evitación de hablar en público, de iniciar una conversación, de hablar con personas de autoridad, tendencia a eludir a otras personas que no conoce bien y tratar de complacer a las demás personas casi siempre.

Desde el ámbito fisiológico se detectaron dificultades para respirar, vértigo, cara sonrojada, temblor, dificultad para dormir, parálisis, presión en el pecho, sudor, tensión muscular, boca seca, dolores de cabeza y voz quebrada. Los anteriores síntomas se han presentado en M. desde mayo del 2015.

M. no tiene historial de antecedentes emocionales, cognitivos o conductuales de enfermedad psiquiátrica y tampoco presenta algún problema médico que pudiese influir en su funcionamiento psicológico. Desde pequeña ha sido tímida y callada y ha vivido momentos de tristeza y de deseo de llanto, aislándose de las demás personas cuando se sentía mal o incómoda. Ha experimentado conductas de *cutting* de los catorce a los dieciséis años, con personalidad premórbida, tímida e inhibida. Durante la primera sesión, la paciente se muestra colaboradora, ubicada en tiempo y espacio, con un estado de ánimo ansioso y dificultad para expresar sus sentimientos, atención normal, actividad motora adecuada, memoria conservada, adecuado nivel de inteligencia, lenguaje coherente, e ideas de culpa, incapacidad e inferioridad.

Historia del problema

En mayo del 2015, M. estuvo en un retiro espiritual donde pidieron a los participantes que se expresaran sin pena, ya que nadie los estaba observando pues todos los asistentes tenían los ojos cerrados; no obstante, ella se sentía observada por quienes estaban dirigiendo la actividad y se sintió muy presionada. Fue en ese momento cuando experimentó por primera vez lo que ella llama «pánico», el cual manifestó con mareo, presión en el pecho, temblor y llanto. Por un momento se quedó «paralizada» hasta que se fue sola a llorar a otro lugar y luego se calmó. M. expresa que dos meses después tuvo una situación similar al presentar una exposición: se sintió observada y presionada, experimentó angustia, temblor, mareo y llanto. Por todo lo anterior asistió al

servicio médico y el profesional que la atendió fue quien le dijo que, dados sus síntomas, debía buscar ayuda psicológica.

Los principales estresores para m. son su familia, especialmente su madre, quien la sobreexige permanentemente reiterándole que debe ser extrovertida y ha de ser la mejor siempre. A nivel académico, los momentos de mayor estrés son aquellos en los que se le pide participar en clase o presentar alguna exposición, pues piensa que puede «salir mal, que la van a criticar o se van a burlar de ella» (M, comunicación personal, 20 de abril de 2016). A nivel social, debido a su preocupación por no gustar o su temor a ser criticada o que vayan a pensar mal de ella, no establece fácilmente relaciones con otras personas y tiene dificultad para iniciar una conversación o preguntar algo importante.

m. recuerda haber sido desde siempre una persona tímida, callada, que sentía la presión de su madre: «Hable, ¿por qué se queda callada?» (M, comunicación personal, 20 de abril de 2016). Esto lo recuerda a partir de los doce años, aunque desde siempre, dice, tiene en la memoria esta presión de su madre. m. tiende a ser una persona a la que le gusta complacer a la gente y expresa ser autocrítica todo el tiempo. Dice quedarse pensando: «¿Por qué hice esto mal?», «yo debería saber esto», «no estoy haciendo las cosas bien», «soy menos que los demás» (M, comunicación personal, 20 de abril de 2016).

A la edad de trece años su madre se fue a trabajar lejos y ella quedó con su hermana y su padre. La ausencia de la madre la entristeció mucho y pasaba mucho tiempo llorando sola. Cada vez que la mamá regresaba los fines de semana, su papá y su mamá discutían y a m. esta situación la hacía sentirse triste, pero no lo demostraba: se iba a su cuarto a llorar sola para que nadie se diera cuenta. Después de tales discusiones los dos se mostraban molestos con ella. m. se volvió distante con su madre para no sentir nuevamente el dolor de su partida cada fin de semana. Así pues, los padres no se daban cuenta de todo el sufrimiento que ella sentía dada la poca comunicación entre ellos.

A partir de los catorce años m. dejó de llorar. De los catorce a los dieciséis empezó a lastimarse, a cortarse cuando se sentía triste, especialmente cuando sus padres peleaban, para «liberar la tensión» (M, comunicación personal, 20 de abril de 2016). Ella prefiere ignorar las situaciones familiares y cada vez que las discusiones continuaban se iba para otro lado a escuchar música. En el

colegio ha sido callada, no participaba en clases, pensaba: «¿Qué van a decir?», «me van a juzgar» (M, comunicación personal, 20 de abril de 2016). Tenía pocos amigos y había momentos en que se sentía sola y no salía con nadie, se quedaba ensimismada en sus pensamientos; los compañeros del colegio le decían: «Usted no habla, hable», y ella se sentía muy angustiada por su forma de ser (M, comunicación personal, 20 de abril de 2016).

m. expresa que la madre también es ansiosa y ha sido exigente: cuando se estresaba la gritaba y castigaba físicamente, generándole culpa por cosas que ella como madre no alcanzaba a terminar. Por el contrario, el padre ha sido «relajado y complaciente» (M, comunicación personal, 20 de abril de 2016), aunque distante, poco cariñoso y reservado. m. manifiesta que sus padres han sido sobreprotectores, pues le buscaban soluciones a las situaciones difíciles antes de que éstas se les presentaran a ella y a su hermana. Ella ha sido una mujer de un círculo social reducido y tiempo atrás sentía que no pertenecía a ningún grupo y que le era difícil entablar conversaciones con personas que no conocía bien.

Evaluación

Este informe de caso emplea la metodología tipo ABA. En este tipo de estudio se realiza, primero, una evaluación de la conducta del individuo para establecer un diagnóstico y se propone una línea de base con los resultados (A). Posteriormente, se aplica un tratamiento para intervenir en la condición psicopatológica hallada (B) y, por último, se mide nuevamente la conducta y se compara con la línea de base (A) (Virués y Moreno, 2008).

Para realizar el proceso de evaluación se aplicaron durante la etapa de pretratamiento una *entrevista clínica* y los siguientes instrumentos estandarizados: *inventario de ansiedad y fobia social —SPAI—* (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) y la *escala de estrés y evitación social —SAD—* (Watson y Friend, 1969).

1. *Entrevista clínica.* Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013) definen la entrevista como una conversación con propósitos diferentes a una conversación natural y de gran ayuda para la investigación cualitativa. La entrevista es eficaz en la terapia porque permite obtener información completa y profunda

para identificar los objetivos y metas de la intervención. Para este caso, se realizó una entrevista clínica semiestructurada enfocada en identificar la problemática actual de la paciente, sus síntomas y el origen y las estrategias de afrontamiento empleadas ante su condición de fobia social. Posteriormente, se realizó con la paciente un análisis de los avances obtenidos durante las sesiones, identificando cambios en la intensidad y manifestación de sus síntomas.

2. *Inventario de ansiedad y fobia social* —SPAI— (Turner *et al.*, 1989). Este inventario consta de dos subescalas: subescala de fobia social, con 32 ítems, y subescala de agorafobia, con 13 ítems, y cuenta en total con 45 ítems que abarcan las dimensiones motoras, psicofisiológicas y cognitivas implicadas en la ansiedad social. Los ítems están estructurados en una escala tipo *Likert* de 1 a 7 puntos en función de la frecuencia con que aparece la ansiedad en cada situación propuesta, además permite hacer un diagnóstico diferencial entre fobia social y agorafobia, dado que la ansiedad social está presente en ambos trastornos (Echeburúa, 1995).

El SPAI se divide en cinco componentes a evaluar: timidez ante figuras de autoridad y extraños, evitación/abandono de situaciones sociales generadoras de ansiedad, miedos y reacciones fisiológicas ante situaciones sociales, ansiedad en relaciones interpersonales con el sexo opuesto y personas en general y ansiedad de ejecución frente a situaciones sociales que impliquen escribir, comer o tomar. El alfa de Cronbach se encuentra entre 0.89 y 0.96 de acuerdo con los diferentes componentes, ya que cada componente tiene un número específico de fiabilidad (Moral de la Rubia, García y Antona, 2012). El punto de corte propuesto para discriminar entre la población sana y la población aquejada por fobia social es de 60 (Echeburúa, 1995). La paciente obtuvo una puntuación de 134 puntos, lo cual equivale a un caso severo de fobia social.

3. *Escala de estrés y evitación social* —SAD— (Watson y Friend, 1969). Consta de 28 ítems con dos posibilidades de respuesta —verdadero o falso—, la mitad de los cuales se refieren a la incomodidad producida por ciertas situaciones sociales y la otra mitad a la evitación activa o deseo de evitación de ese tipo de situaciones (Rey, Mejía y Montoya, 2008). El rango de la escala es de 0 a 28, siendo el punto de corte 18-20 para discriminar entre personas con y sin fobia social. La paciente obtuvo una puntuación de 22, lo que quiere decir que

presenta un índice alto de fobia social. Esta escala tiene un alfa de Cronbach de 0.85 (Chaves y Castaño, 2008).

Diagnóstico

Realizando un análisis de los datos obtenidos en la entrevista y las pruebas aplicadas se diagnostica fobia social con rasgos de personalidad evitativa.

Consideraciones éticas

La participante de la actual investigación participó de forma voluntaria y recibió una explicación clara del motivo del estudio, sus alcances y su posible publicación en revista indexada. Todo esto se le presentó en el consentimiento informado, el cual sigue los lineamientos propuestos en la Ley 1090, apartado de investigación en seres humanos.

Este estudio tiene una categoría de riesgo mínimo para la paciente según lo contemplado en la Resolución 0008430 de 1993. Esta clasificación incluye A las intervenciones no invasivas como los tratamientos psicológicos. Cabe aclarar que se han cumplido los lineamientos propuestos en ambos códigos legales en sus respectivos apartados de investigación en seres humanos para garantizar el principio de confidencialidad y de no maleficencia de la participante.

Resultados

Después de la evaluación se concluyó que los eventos precipitantes de la fobia social fueron, primero, la presión que sintió cuando en un retiro espiritual una las actividades pidió que se expresaran tranquilamente, no obstante, lo cual M. sintió que los directores estaban mirando y sufrió mareo y llanto. Fue la primera vez que sintió «pánico». El segundo evento ocurrió a los dos meses cuando tuvo que salir a exponer y sintió miedo, temblor, dificultad para respirar y deseo de salir a llorar al baño.

Según lo expresa la paciente, este «fue un año raro»: pasaba por periodos de tristeza, tenía deseos de llorar y de no querer hablar con nadie, se sentía sola, pensaba sobre sí misma, y luego volvía a la normalidad, y cuando se sentía bien se relacionaba con los compañeros de estudio (M, comunicación personal, 27 de abril de 2016).

A los eventos mencionados se suman unos vínculos sobreprotectores, ambivalentes, de exigencia y control por parte de la madre —como solucionarle los problemas antes de que estos ocurriesen—, además de un padre complaciente, distante, reservado, poco expresivo con sus sentimientos. Su madre ansiosa, con locus de control externo, hacía sentir culpable a M. cuando no podía terminar las actividades que ella tenía programadas para el día, y acudía a regaños, gritos y golpes como forma de castigo. Le decía a M., por ejemplo, «usted tiene que ser la mejor», «¿por qué no habla?, ¿por qué es como su papá?, ¡hable!» (M, comunicación personal, 27 de abril de 2016), y cuando en el colegio le iba mal, la regañaba; contrariamente, su padre le decía que no se preocupara por eso, que era normal que a todas las personas les sucediera en algún momento.

M. creció en una familia en la que la comunicación ha sido escasa, además sus padres estuvieron ensimismados en sus actividades y conflictos. De ese modo, M. asumió una postura silente, de guardar sus sentimientos y no expresarlos, sufriendo sola lo que le angustiaba de su familia. Por un lado, estaba sobreprotegida, lo que generó dificultad para saber si hacía o no las cosas bien. M. presenta pensamientos de incapacidad, lo cual, aunado a las pocas interacciones sociales familiares y en el colegio, la llevan a concluir: «No pertenezco a ningún grupo»; por otro lado, en el colegio sus compañeros también le decían: «Usted no habla, hable», y todo ello generó en M. pensamientos tales como: «No soy tan buena como los demás», y buscó, entonces, evitar la interacción con ellos.

La poca demostración de afecto por parte de los padres, reflejada en pensamientos como «no le importo a los demás», «no soy suficientemente buena para los demás»; la necesidad de aprobación para sentirse amada y capaz —«si le doy gusto a los demás me van a aceptar», «si me aprueban estoy haciendo las cosas bien», «si no me aprueban estoy haciendo las cosas mal» (M, comu-

nicación personal, 27 de abril de 2016), llevaron al desarrollo de la creencia central: «No soy capaz».

El contexto arriba descrito determinó que situaciones sociales como hacer presentaciones en público, encontrarse con personas extrañas y compartir con los compañeros devinieran en momentos que activaban en M. la ansiedad social al pensar que no estaba haciendo las cosas bien; por ello comenzó a experimentar temor de ser evaluada negativamente, temor que se activaba en las situaciones sociales. Posteriormente, comenzó a deprimirse por rumiar sobre lo sucedido, pensando que no hizo bien las cosas.

Como fortalezas de M. cabe destacar su salud física, su actual escolarización, su responsabilidad, su amabilidad con las demás personas, su altruismo, su prudencia y su compromiso con el proceso psicoterapéutico, pues cumplió tanto con el tiempo de las citas como con la elaboración de las tareas propuestas para casa.

Hipótesis explicativa

La sobreprotección que M. recibió de parte de sus padres, sumada a la falta de interacción social y al poco diálogo en familia, estructuraron pensamientos de «no ser capaz» de hacer las cosas por ella misma: «No soy capaz de interactuar con otras personas, de hacer amigos», «si no me aprueban quiere decir que no estoy haciendo las cosas bien», «si me aprueban estoy haciendo las cosas bien», «si le doy gusto a los demás me van a aceptar», «si no le doy gusto a los demás no me van a aceptar» (M, comunicación personal, 4 de mayo de 2016). Lo anterior, adicionado al control y la exigencia por parte de la madre y la poca percepción de los padres para identificar y expresar sentimientos —lo que la llevó a pensar: «No importo a nadie», «estoy sola»— (M, comunicación personal, 4 de mayo de 2016), y las diferentes discusiones que los padres presentaban, causaron elevados sentimientos de angustia y M. no aprendió a usar herramientas para enfrentar dicha situación, lo que la llevó a evitar la angustia, a huir de la problemática: «Si me aílo no van a criticarme», «si no me aílo me van a criticar», «si me aílo y no me relaciono no voy a sufrir», «no voy a escuchar lo que tienen que decir de mí» (M, comunicación personal, 4 de mayo de 2016).

Las pocas interacciones sociales y la presión de su madre para que fuera la mejor generaron en M. temor a la evaluación negativa y miedo a equivocarse frente a otras personas, dando origen a pensamientos como «es horrible no ser aceptada», «es horrible ser criticada», «es terrible que los demás no me aprueben», «es horrible que los demás se alejen de mí» (M, comunicación personal, 4 de mayo de 2016). M. empezó a ver el mundo como un lugar de muchos desafíos a los cuales enfrentarse y llegó a pensar que era capaz de afrontarlos creando estrategias como aislarse socialmente, buscar aprobación para sentir que estaba haciendo las cosas bien y darle gusto a los demás, así como evitar situaciones difíciles y procrastinar. Por todo lo anterior se constituyó en ella la fobia social, el sentimiento de depresión y sus rasgos evitativos de personalidad —ver figura 1—.

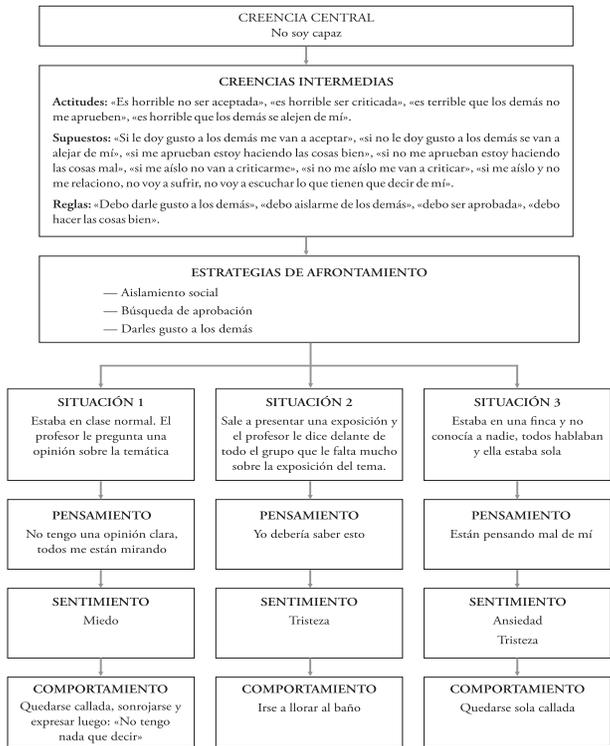


Figura 1. *Conceptualización cognitiva. Adaptado de Beck (2000)*

Intervención

Teniendo en cuenta la información obtenida con los test aplicados, el diagnóstico y la hipótesis explicativa del caso, se construye un modelo de terapia del caso presentado. Para la intervención se elabora un tratamiento basado en dos modelos psicológicos que demuestran, con apoyo empírico, la fobia social y trastorno de la personalidad evitativa. Se toma como modelo la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 2012), así como el modelo de terapia conductual; se utiliza la terapia de exposición, la cual mantiene al paciente en un alto nivel de excitación hasta que se dé una disminución significativa de la ansiedad (Antona, Delgado, García y Aranda, 2012). Seguidamente se presenta en la tabla 1 una categorización de los problemas a intervenir, el objetivo del tratamiento, las técnicas empleadas y la sesión de aplicación. Algunas técnicas se emplearon repetidas veces durante el tratamiento, dada la pertinencia de éstas para intervenir la problemática y alcanzar el objetivo terapéutico.

Tabla 1. *Tratamiento propuesto para la intervención*

Lista de problemas	Objetivos	Estrategia de intervención	Sesiones
Sensaciones somáticas	Disminuir sensaciones somáticas	Relajación progresiva de Jacobson, manejo de la respiración, psicoeducación	1-3
Ansiedad	Disminuir niveles de ansiedad	Reestructuración cognitiva Psicoeducación Diarios de pensamiento Diálogo socrático Tarjetas de apoyo Exposición imaginaria Exposición en vivo	3-10
Depresión	Disminuir pensamientos negativos que le generan tristeza	Reestructuración cognitiva, psicoeducación Diálogo socrático Análisis de ventajas y desventajas Diario de pensamiento	13-18

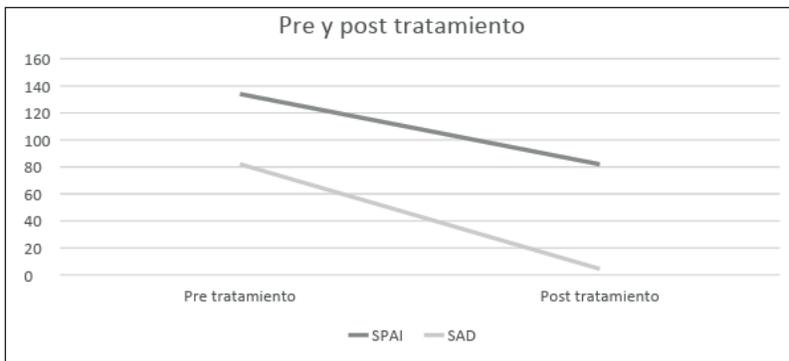
Falta de asertividad y pocas habilidades sociales	Incrementar capacidad de relación asertiva con los demás y fortalecimiento de habilidades sociales	Entrenamiento asertivo Diálogo socrático Psicoeducación Reestructuración cognitiva, Jerarquía de exposición Técnica de exposición Juego de roles	8-13
Hipersensibilidad a la evaluación negativa, a la crítica y a la desaprobación	Modificar las creencias de vulnerabilidad a la evaluación negativa, a la crítica y la desaprobación	Psicoeducación Diálogo socrático Diario de pensamiento Reestructuración cognitiva, modificar supuestos, creencias intermedias y creencia central	17-19
Conductas de evitación y aislamiento social	Disminuir pensamientos y creencias que favorecen la evitación y promover conductas/afrentamiento	Resolución de problemas Entrenamiento asertivo Búsqueda de pruebas de realidad Exposición imaginaria Exposición en vivo	18-19

Respecto a las sensaciones somáticas, la paciente actualmente demuestra disminución de varias sensaciones de este tipo, lo que se evidencia en los resultados como una disminución en las palpitations y la ruborización al hablar en público, una disminución del temblor y de las sensaciones somáticas en general; de esto dan cuenta los ítems 31 y 32 de la prueba SPAI, pasando de un puntaje de 3 a 1.333 y de un puntaje de 4 a 1.6.

La emoción de ansiedad se presenta de forma menos intensa, lo cual se refleja en la capacidad de hacer presentaciones en público de forma más tranquila. M. se muestra más autónoma, cercana y abierta para relacionarse con sus compañeros y tiene mucha más facilidad para hablar con los profesores. Lo anterior también fue corroborado por los resultados de la nueva aplicación de las pruebas utilizadas: en el SPAI la paciente inicialmente obtuvo una puntuación de 134.05, un puntaje muy alto para fobia social; después del tratamiento la paciente obtuvo un puntaje de 82.333, lo que indica una disminución significativa en fobia social. Empero, según estos resultados la fobia todavía se mantiene en un mínimo grado pues el punto de corte es de 60 puntos. En la prueba SAD, que tiene una escala con rango de 0 a 28, la paciente inicialmente obtuvo un puntaje de 22 y después del tratamiento su puntaje bajó a 5 puntos —ver tabla 2 y figura 2—.

Tabla 2. *Gravedad de síntomas pre y postratamiento*

GRAVEDAD DE SÍNTOMAS				
Test	Pretest	Interpretación	Postest	Interpretación
SPAI	134	Fobia social severa	82	Fobia social leve
SAD	22	Fobia social alta	5	Sin fobia social

Figura 2. *Gráfica comparativa de síntomas al inicio y finalización del tratamiento*

En lo relacionado con la depresión, la paciente muestra un estado de ánimo con una predominancia eutímica, disminuyendo la intensidad y frecuencia de la presencia de estados hipotímicos que le impedían el funcionamiento normal en sus diferentes áreas vitales.

Sobre la falta de asertividad y las pocas habilidades sociales, se encuentra que después del tratamiento M. es más expresiva con su familia, especialmente con su madre. Ahora es capaz de asumir una posición clara cuando no está de acuerdo con algo: así lo expresa y no se queda callada como ocurría anteriormente. Ahora busca relacionarse con otros compañeros, conocer gente y hacer nuevos amigos.

La hipersensibilidad a la evaluación negativa, a la crítica y la desaprobación es un aspecto sobre el cual todavía se continúa trabajando, dado que está arraigado por sus rasgos de personalidad evitativa y aún no se ha completado la aplicación de las técnicas psicoterapéuticas para su modificación; por tanto, éste es el estado actual del tratamiento.

En las conductas de evitación y aislamiento social la paciente obtuvo un repertorio de conductas en las que predomina un mayor acercamiento hacia sus compañeros y docentes, manifiesta actitudes más afectivas ante sus familiares y demuestra capacidades de iniciar una relación afectiva.

Durante el tratamiento se presentaron algunos obstáculos: inicialmente la paciente tenía dificultades para expresar sus sentimientos. Poco a poco, con el desarrollo de la alianza terapéutica, se fue facilitando en ella la expresión de sus situaciones y sentimientos. Al inicio M. no cumplía con algunas tareas asignadas para casa, pero actualmente, mediante una confrontación empática, ella es quien reporta su registro de pensamiento y propone situaciones para trabajar durante la sesión.

Esta intervención en la actualidad se encuentra activa y se planea continuar con el objetivo de modificación de creencias de vulnerabilidad respecto a la evaluación negativa y disminuir los pensamientos y creencias que favorecen la evitación con base en la terapia cognitiva de Beck; asimismo, se continuará con el trabajo de Young (2003) para los esquemas mencionados anteriormente. Terminado el proceso se realizará un seguimiento de forma telefónica con la paciente y algunas sesiones presenciales.

Discusión

En lo concerniente a las sensaciones somáticas, éstas disminuyeron considerablemente después de la aplicación de la terapia de relajación progresiva de Jacobson y del manejo de la respiración. Estos resultados también los comprobó Meléndez (2010) cuando mostró la eficacia de las técnicas de relajación con pacientes que presentaban rasgos de ansiedad. En su trabajo expresa que los pacientes pudieron controlar los síntomas somáticos por medio de las técnicas de relajación aplicadas.

De igual modo, el nivel de gravedad de la fobia social disminuyó notablemente. Después de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual de Beck, la paciente redujo la timidez ante figuras de autoridad y extraños; asimismo, ha mermado su ansiedad y sus miedos en momentos de exposición, ha aumentado su círculo social y se siente más tranquila frente a situaciones sociales, lo

que indica una merma considerable de la evitación. Esto corrobora los resultados de las revisiones metaanalíticas de Acarturk *et al.* (2009), Norton y Price (2007), Prashak-Rieder, (2003) y Gil *et al.* (2001), quienes aplicaron técnicas de exposición y reestructuración cognitiva y hallaron que estas intervenciones demuestran altos niveles de efectividad para el tratamiento de esa condición, lo cual soporta la efectividad del actual tratamiento.

La paciente presentó disminución en la sintomatología depresiva, alcanzando un estado de ánimo eutímico predominante. Autores como Antona y García (2008) también afirman la eficacia de los componentes de exposición y de reestructuración cognitiva, ya sea aplicados por separado o en función de sus distintas combinaciones en 85 pacientes fóbicos sociales. Su estudio encontró no sólo la remisión de la fobia social, sino la disminución de los síntomas depresivos y un aumento de la autoestima y la asertividad, sin encontrarse diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento contempladas. Estos resultados igualmente se observaron en la paciente, quien expresó disminución considerable de sus síntomas de ansiedad social y depresión y un aumento de la autoestima.

Con el entrenamiento asertivo la paciente M. incrementó sus niveles en esta habilidad, lo que le permitió mejorar su desempeño social y familiar. De igual manera, M. es más clara y expresiva con sus compañeros de clase. Esto corrobora el estudio de Montenegro y Mera (2012), quienes evaluaron a un grupo de personas: 9 presentaban dificultades para habilidades sociales y al aplicárseles la técnica de asertividad y realizar el posttest, 6 de ellas incrementaron sus niveles de habilidad social; se trabajó la reestructuración cognitiva y la exposición.

La evitación y aislamiento social de la paciente disminuyeron de forma significativa y hoy en día ha hecho referencia a la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones de interacción que anteriormente eran problemáticas. Tal aspecto es mencionado por Maciá, Olivares y Amorós (2012): ellos publicaron los resultados de un estudio en jóvenes a los cuales les fue aplicada una intervención de tipo cognitivo-conductual para el trastorno de fobia social; en la cual se demostró eficacia del programa, tanto a corto como a largo plazo, en lo referente a ansiedad y evitación social.

En lo relacionado con el problema de la hipersensibilidad, se ha encontrado que la técnica de reestructuración cognitiva ha mostrado efectividad, tal y como se menciona en Antona y García (2008). De otro lado, Bados y García (2011) afirman que en la fobia social la exposición imaginaria es útil, especialmente cuando se combina con la exposición en vivo para el alcance de este objetivo. Para Rodebaugh y Heimberg (2005), la terapia de exposición reduce la ansiedad, pero es importante la combinación de ésta con la reestructuración cognitiva para que sea más efectiva y sea posible la disminución de la sensibilidad a la crítica en este tipo de pacientes.

Es menester mencionar que este estudio debe analizarse teniendo en cuenta sus limitaciones, dado que es un artículo de caso único y no pueden generalizarse los resultados. Más aún, las sesiones todavía se encuentran en curso, por lo tanto no pueden verse los resultados en términos de disminución de la creencia nuclear. Otra de las limitantes fue la aplicación de instrumentos en los que no se incluyó un test para evaluar estrategias de afrontamiento y nivel de depresión, información que se obtuvo por medio de la entrevista clínica en consulta.

Conclusiones

La terapia cognitivo-conductual demostró eficacia en el tratamiento para la fobia social tras una significativa disminución de la ansiedad y la depresión, ya que los ataques de pánico mermaron considerablemente y ahora la paciente se muestra más sociable y asertiva con las demás personas. Asimismo, M. se muestra más capaz de expresar desacuerdos, se redujo la evitación y el aislamiento social, ahora se nota más consciente y activa; de ese modo han disminuido los niveles de procrastinación y aislamiento social. En cuanto a la hipersensibilidad en la evaluación negativa, sus síntomas se continuarán trabajando bajo el modelo de psicoterapia de Beck.

REFERENCIAS

- Acarturk, C., Cuijpers, P., Van Straten, A., y De Graaf, R. (2009). Psychological Treatment of Social Anxiety Disorder: A Meta-Analysis. *Psychological Medicine*, 39(2), 241-254.
- Alcaldía de Medellín. (2012). *Primer estudio poblacional de salud mental. Medellín, 2011-2012*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- American Psychological Association [APA] (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- American Psychological Association [APA] (2010). *Cognitive and Behavioral Therapies for Social Phobia and Public Speaking Anxiety*. Recuperado de: http://www.div12.org/PsYchological-Treatments/treatments/socialphobia_cbt.htm
- Antona, C., y García, L. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 281-292.
- Antona, C., Delgado, M. C., García L. & Estrada B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 35-48.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados, A. (2015). *Fobia social*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bados, A., y García, E. (2011). *Técnicas de exposición*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford.
- Beck, A., y Emery, G. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Freeman, A., y Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Belmonte, C. (2007). Emociones y cerebro. *Revista Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 101(1), 59-68.
- Bericat, E. (2012). Emociones. *Sociopedia.isa*, 1-13.
- Bogels, S., Alden, L., Beidel, D., Clark, L., Pine, D., Stein, M., y Voncken, M. (2010). Social Anxiety Disorder Questions and Answer for the DSM: 5. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., y Beck, A. (2006). The Empirical Status of Cognitive-Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Oblitas, L. (2016). *Psicología de la salud y de la calidad de vida* (4 ed.). México: Plaza y Valdés.
- Chaves, L., y Castaño, C. (2008). Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 65-76.
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Deacon, B., y Abramowitz, J. (2004). Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-Analytic Findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 429-441.
- Díaz-Bravo, L., Torruco, U., Martínez, M, y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Gil, P., Carrillo, F., Meca, J. (2001). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment in Social Phobia: a Meta-Analytic Review. *Psychology*, 5(1), 17-25.
- Greenberg, L. (2010). Terapia focalizada en la emoción: una síntesis clínica. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32-42.

- Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D., Schneier, R., y Franklin R. (2000). *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*. España: Martínez Roca.
- Jasper, J. (2011). Emotions and Social Movements: Twenty Years of Theory and Research. *Annual Review of Sociology*, 37, 285-303.
- Kemper, T. (1987). How Many Emotions are there? Wedding the Social and the Autonomic Components. *American Journal of Sociology*, 93(2), 263-289.
- Maciá, D., Olivares-Olivares, P., y Amorós-Boix, M. (2012). *Detección e intervención conductual-cognitiva en adultos-jóvenes con fobia social generalizada*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Meléndez, J. (2010). *La eficacia de las técnicas de relajación en el tratamiento psicoterapéutico de un paciente con rasgos de ansiedad, atendido en la Clínica de asistencia psicológica de la Universidad Dr. José Matías Delgado* (Tesis de Licenciatura). Universidad Dr. José Matías Delgado, El Salvador.
- Ministerio de la Protección Social. (2015). *Estudio nacional de salud mental de Colombia*. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf.
- Montenegro, N., y Mera, R. (2012). *Eficacia de la terapia asertiva de Wolpe en el tratamiento de la inhabilidad social y baja autoestima en adolescentes de 12 a 17 años que acuden a consulta externa en la Dinapen Pichincha* (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Moral de la Rubia, J., García, C., y Antona, C. (2012). Validación del inventario de ansiedad y fobia social en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. *Salud y Sociedad*, 3(3), 313-331.
- Moriana, J., y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 34-45.
- Norton, P., y Price, E. (2007). A Meta-Analytic Review of Adult Cognitive-Behavioral Treatment Outcome across the Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531.
- Olatunji, B., Cisler, J., y Deacon, B. (2010). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: A Review of Meta-Analytic Findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 557-577.
- Rey, C., Mejía, D., y Montoya, C. (2008). Evaluación de la confiabilidad y la validez de un cuestionario breve de autoinforme para el diagnóstico de la fobia social. *Universitas Psychologica*, 7(2), 477-491.

- Roth, D., y Heimberg, R. (2006). Cognitive Vulnerability to Social Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 5*(7), 755-778.
- Tron, R., Bravo, C., y Vaquero, E. (2014). Evaluación y correlación de las autoverbalizaciones y el miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo, 30*, 13-18.
- Turner, S., Beidel, D., Dancu, C., y Stanley, M. (1989). An Empirically Derived Inventory to Measure Social Fears and Anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 35-40.
- Virués, J., y Moreno, R. (2008). Guidelines for Clinical Case Reports in Behavioral Clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(3), 765-777.
- Watson, D., y Friend, R. (1969). Measurement of Social Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(4), 448-457.
- Young, J., Klosko, J., y Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy*. New York: The Guildford Press.
- Yoshinaga N., Matsuki, S., Niitsu, T., Sato, Y., Tanaka, M., Ibuki, H., Takanashi, R., ... Shimizu E. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Social Anxiety Disorder Who Remain Symptomatic following Antidepressant Treatment: A Randomized, Assessor-Blinded, Controlled Trial. *Psychotherapy Psychosomatic, 85*(4), 208-217. doi: 10.1159/000444221.