



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA FOBIA SOCIAL: ESTUDIO DE TRES CASOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ERIKA TÉLLEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA: DRA. LAURA HERNÁNDEZ-GUZMÁN

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SINODALES: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

MTRO. JORGE ALVAREZ MARTÍNEZ

LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecerle a la Universidad Nacional Autónoma de México por haber formado parte de su matrícula y darme los conocimientos que hoy tengo, por ser la Máxima Casa de Estudios.

Quiero agradecerle a la Dra. Laura Hernández-Guzmán por haberme dado la oportunidad de pertenecer a su grupo de investigación, y contribuir a mi formación profesional. Asimismo por su apoyo para culminar esta tesis.

Gracias al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Mtra. Fayne Esquivel, Mtro. Jorge Alvarez y a la Lic. Noemi Barragan por sus puntuales comentarios y observaciones para enriquecer este trabajo.

Gracias a Ma. Victoria y Fernando por darme la vida y apoyarme en todo por más descabellado que sea. Gracias a mis hermanos Fer y Lupita por darme la fuerza cuando lo necesito. Gracias a los cuatro por darme la fuerza que necesaria.

Gracias a Ubaldo por apoyarme incondicionalmente y darme el último aliento en la finalización de este proyecto. Gracias por compartir conmigo mis alegrías, tristezas y frustraciones al realizar este trabajo.

Gracias a todos los que aportaron directa e indirectamente a lo largo de este camino. A mis compañeros del Laboratorio de Disfunción Infantil por todas esas pláticas, tristezas, alegrías y por aportar con su granito de arena a este trabajo. En especial quiero agradecer a mis amigos por apoyarme y por hacer menos pesado este camino gracias Rebe, Verito, Jorge, Vio, Marianna, Grace, Angie, Jen los quiero. Gracias a Flor por apoyarme y confiar en para formar parte en su equipo de trabajo, gracias amiga.

Gracias a las tres niñas que participaron en este proyecto, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible.

Gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, IN304610 "La concepción dimensional de la ansiedad/depresión adolescente".

Dedico esta tesis a.....

La UNAM por ayudarme a ser una psofesionista.

A mi familia Victoria, Fernando, Fer y Lupita los amo, son mi fuerza!!!!

A mi nueva familia Ubaldo, Camila y Max los amo!!!!

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO 1. ¿QUÉ ES LA FOBIA SOCIAL?	10
A) GÉNESIS O INICIO DE LA FOBIA SOCIAL	13
B) DESARROLLO DE LA FOBIA SOCIAL	15
C) MANTENIMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL.....	18
CAPITULO 2. EVALUACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL	20
A) ENTREVISTAS	22
B) AUTOINFORMES	23
C) AUTO-REGISTROS	26
D) MEDIDAS CONDUCTUALES.....	27
E) MEDIDAS PSICOFISIOLÓGICAS	27
CAPITULO 3. TRATAMIENTO EFICAZ PARA LA FOBIA SOCIAL: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	28
CAPITULO 4. EL TRATAMIENTO DE TRES CASOS	36
CASO 1: MLMS	41
CASO 2: YMPR	45
CASO 3: ARVH	50
CAPITULO 5. DISCUSIÓN	55
REFERENCIAS	63

Resumen

La fobia social es un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales en las que la persona se siente observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle humillante o embarazosa (APA, 1994). La fobia social se distingue de otros trastornos de ansiedad por el miedo y la evitación a un mayor número de situaciones interpersonales que representan el componente nuclear de este cuadro clínico (Caballo & Mateos, 2000).

Los niños que presentan fobia social pueden tener dificultad en la escuela, al tratar de hacer amigos y al mantener dicha relación, estos niños experimentan intensas reacciones cognitivas, físicas y motoras desagradables, lo cual los lleva a aislarse e inhibir sus conductas, a evitar situaciones sociales por el miedo que les causa la interacción social (Hernández-Guzmán, 1999). Cuando el trastorno se inicia en la adolescencia puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social o académico.

Por este motivo el presente estudio se ha propuesto someter a prueba si el tratamiento cognitivo conductual disminuye la sintomatología de la fobia social. Un segundo propósito es si el cambio observado después del tratamiento se mantenía a lo largo del tiempo. Un tercer propósito es si el efecto terapéutico repercute en la ansiedad general. Y como último propósito es si el efecto terapéutico repercute en los problemas sociales.

En este estudio se presentan tres estudios de caso, los cuales fueron replicas directas con el fin de demostrar la generalidad de los resultados. Se aplicó la Intervención para Niños con Fobia Social, adaptación para población infantil de la Intervención para Adolescentes con Fobia Social (Olivares & García-López, 1998).

Los resultados de este estudio indican que hubo una disminución de los síntomas de fobia social en los tres casos después del tratamiento cognitivo conductual. Asimismo se encontró que la mejoría de las tres niñas se mantuvo a lo largo de seis meses después del tratamiento, dicha mejoría fue informada tanto por los padres como por las niñas. En conclusión el tratamiento Intervención para Niños con Fobia Social no sólo es eficaz y eficiente, sino que también es clínicamente relevante.

Introducción

En México los trastornos por ansiedad afectan del 5 al 10% de la población general, son una de las psicopatologías más prevalentes entre niños y adolescentes. Interfieren significativamente en su funcionamiento interpersonal y académico (Mulken, Bögels, Jong, & Louwers, 2001; Rodríguez & Contreras, 1998). Entre los trastornos de ansiedad con una prevalencia importante se encuentra la Fobia Social. En nuestro país la prevalencia es de 2.2 al 4.7% en población general. Los trastornos de ansiedad más prevalentes a lo largo de la vida son las fobias específicas (7.1%) y la fobia social (4.7%) (Medina-Mora, et al. 2003).

La fobia social es un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se siente observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle humillante o embarazosa (APA, 1994). Sin embargo, lo que distingue a la fobia social de otros trastornos de ansiedad es el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales que representan el componente nuclear de este cuadro clínico (Caballo & Mateos, 2000).

Los niños que presentan fobia social pueden tener dificultad en la escuela, al tratar de hacer amigos y al mantener dicha relación, puesto que experimentan intensas reacciones cognitivas, físicas y motoras desagradables, asimismo tienden a aislarse e inhibir sus conductas, a evitar situaciones sociales por el miedo que les causa la interacción social (Hernández-Guzmán, 1999). Cuando el trastorno se inicia en la adolescencia puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social o académico.

En la infancia el contexto más importante es el sistema familiar; este contexto puede contribuir a que la ansiedad se desarrolle y mantenga, por

ejemplo, los estilos de crianza, psicopatología parental y tipo de apego. Los padres pueden contribuir a que los niños adquieran estrategias de afrontamiento como lo es, la conducta de evitación, ante situaciones sociales. Puesto que, esta estrategia de afrontamiento le ayuda al niño a reducir la ansiedad, el niño seleccionara y utilizara esta estrategia en posteriores situaciones. Esto se debe a que la estrategia más efectiva dentro de la situación que produce ansiedad será seleccionada. Las estrategias de afrontamiento pueden ser efectivas pero no por eso pueden ser eficientes (Hernández-Guzmán, manuscrito no publicado).

La terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser el tratamiento más eficaz en la reducción de sintomatología del trastorno de fobia social. La terapia cognitivo-conductual consiste en la combinación de técnicas cognitivas enfocadas en la identificación y modificación de distintos procesos y pensamientos distorsionados asociados con las situaciones sociales temidas. Así mismo de técnicas conductuales destinadas a modificar las conductas de evitación que son las que favorecen el malestar en el niño. Y técnicas de relajación enfocadas en la disminución y control de las respuestas fisiológicas de ansiedad (Foa, Franklin & Moser, 2002; Grave & Blissett, 2004; Hazlett-Stevens & Craske, 2002; Kazantzis, Deane & Ronan, 2000).

Existen varios estudios que han comprobado que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz en comparación con la medicación. Si bien es cierto que la medicación disminuye los síntomas más rápido, sus efectos no se mantienen, los resultados del tratamiento cognitivo-conductual son duraderos y se mantienen después de seis meses posteriormente de la intervención (Barrett, 1998; Heimberg et al., 1990; Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993, Olivares & García-López, 2001).

En el Capítulo 1 se explica qué es, en qué consiste la fobia social, asimismo se expone el modelo de cómo es que inicia, se desarrolla y se mantiene este trastorno. Dentro del Capítulo 2 se podrá observar las diversas formas de evaluar

la fobia social, tanto enfocadas a personas adultas como cuales son los instrumentos que evalúan este trastorno en población infantil. En el Capítulo 3 se describe la importancia de que un tratamiento debe ser eficaz y eficiente para poder lograr una mejora significativa, asimismo se da una breve descripción de los tratamientos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de la fobia social. La descripción de los tres estudios de caso se da en el Capítulo 4, también se describe en que consistió el tratamiento, los resultados y los cambios que tanto las niñas como los padres pudieron percibir después del tratamiento y a lo largo de seis meses. La discusión de los hallazgos encontrados en este estudio se plasmaron en el Capítulo 5, además de dar a conocer algunas limitaciones y sugerencias para estudios futuros para población infantil con fobia social.

Capítulo 1.

¿Qué es la Fobia Social?

El miedo es una emoción básica que prepara al organismo para reaccionar ante amenazas reales, desempeñando un papel protector para la preservación del individuo y de la especie, esta respuesta desaparece cuando el peligro no está presente (Botella, Baños & Perpiñá, 2003). A diferencia del miedo, la ansiedad es irracional y no requiere que el estímulo esté presente, llevando al individuo a la disfuncionalidad, provocándole sufrimiento (Echeburúa, 1998).

La ansiedad como fenómeno psicológico puede modificarse mediante el aprendizaje y la interacción con otras personas en diversos contextos (familia, escuela, trabajo, entre otros) a lo largo del ciclo vital (Hernández-Guzmán, 1999). La ansiedad limita el desarrollo de habilidades sociales adecuadas y la autoevaluación del sujeto, lo que lleva a conductas de evitación de diversas situaciones sociales (Essau, Conradt & Petermann, 2000; Faravelli, Zucchi, Viviani, Salmoria & Perone, 2000). Estas deficiencias suelen asociarse con el aislamiento y al temor a diversas situaciones sociales, se convierten así en un círculo vicioso, impidiendo el desarrollo de las habilidades sociales.

Algunos trastornos que inician en la infancia pueden repercutir en la edad adulta. Tal es el caso de los trastornos de ansiedad, que se han relacionado con depresión y consumo de alcohol (Costello, Egger, & Angold, 2005). Los niños que presentan ansiedad tienden a aislarse e inhibir sus conductas, a evitar situaciones sociales por el miedo que les causa la interacción social (Hernández-Guzmán, 1999). Además, presentan dificultad al tratar de hacer amigos y de mantener dicha relación, puesto que experimentan intensas reacciones cognitivas, físicas y motoras.

En la infancia el contexto más importante es el sistema familiar. Este contexto puede contribuir a que la ansiedad se desarrolle y mantenga. Los padres moldean el tipo de estrategias de afrontamiento que emplean los niños, tal como lo es la conducta de evitación ante situaciones sociales. Puesto que, la evitación ayuda al niño a reducir la ansiedad, éste la seleccionará y utilizará con mayor frecuencia. Los niños elegirán la estrategia más efectiva para reducir su ansiedad. Las estrategias de afrontamiento efectivas no necesariamente son adaptadas (Hernández-Guzmán, manuscrito no publicado).

En México los trastornos de ansiedad afectan del 5 al 10% de la población general y son una de las psicopatologías más prevalentes entre niños y adolescentes. Interfieren significativamente en el funcionamiento interpersonal y académico (Barrera & Norton, 2009; Mulkens, Bögels, Jong, & Louwers, 2001; Rodríguez & Contreras, 1998). Dentro de los trastornos de ansiedad el de mayor prevalencia es el de Fobia Social. Se calcula que el 1.2% en población infantil y adolescente la padece, la edad de aparición oscila entre los 4 y 8 años y/o los 15 y 20 años (Bragado, Carrasco, Sánchez & Bersabé, 1996). Los datos arrojados por la encuesta epidemiológica llevada a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría revelan que los trastornos psicológicos con mayor prevalencia en población general son los de ansiedad (14.3% de la población han padecido algún trastorno al menos una vez en su vida). En específico, los trastornos de ansiedad más prevalentes a lo largo de la vida son las fobias específicas (7.1%) y la fobia social (4.7%) (Medina-Mora, et al. 2003).

La fobia social es un problema de salud de gran importancia, dado que, ocupa el tercer lugar de prevalencia dentro de los trastornos mentales (Barlow, Esler & Vitali, 1998). Además, está asociada con la dependencia al alcohol, el bajo rendimiento académico y laboral, la depresión, el intento suicida, la limitación de las relaciones sociales, el trastorno de ansiedad generalizada, el abuso de sustancias, el trastorno del control de impulsos, entre otros (Coelho, Cooper, & Murray, 2007; Kashdan, McKnight, Richey, & Hofmann, 2009; Liebowitz, Gorman,

Fyer & Klein, 1985; Olivares, 2009; Olivares, Olivares-Olivares & Rosa, 2008; Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma, 1998; Rosa-Alcázar, Olivares-Olivares & Iniesta, 2009; Schneier, Jonson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992; Viana, Rabian & Beidel, 2008).

La fobia social es un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se siente observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle humillante o vergonzosa (APA, 1994). Sin embargo, lo que distingue a la fobia social de otros trastornos de ansiedad es el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales que representan el componente nuclear de este cuadro clínico (Caballo & Mateos, 2000).

Los síntomas que presentan los fóbicos sociales se clasifican en fisiológicos, conductuales y cognitivos. Dentro de las respuestas fisiológicas se encuentran: palpitaciones, temblores, sudoración, tensión muscular, sensación de vacío en el estómago, boca seca, sensación de frío/calor, ruborización y tensión/dolor de cabeza. El componente conductual incluye evitar pasiva o activamente la situación social temida. El componente cognitivo implica la sobreestimación de los aspectos negativos de su conducta, excesiva conciencia de sí mismo, temor a las evaluaciones negativas, patrones elevados para la evaluación de su actuación, percepción de falta de control sobre su propia conducta, entre otros.

Los niños que presentan fobia social pueden tener dificultad en la escuela, difícilmente hacen amigos o mantienen una relación de amistad, puesto que experimentan intensas reacciones cognitivas, físicas y motoras desagradables. Asimismo estos niños tienden a aislarse e inhibir sus conductas, a evitar situaciones sociales por el miedo que les causa la interacción social (Hernández-Guzmán, 1999). Cuando el trastorno inicia en la adolescencia, puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social y/o académico.

La explicación más completa y comprensiva de la forma en que se desarrolla y mantiene la fobia social ha sido la ofrecida por Olivares y Caballo (2003). Su modelo se divide en 4 fases: a) Génesis, se refiere a factores vulnerables del inicio de la fobia social, b) Desarrollo, c) Transición de timidez y otros problemas subclínicos de ansiedad social a fobia social y d) Mantenimiento. El modelo propone que la alteración de las respuestas del niño es la que provoca una asociación entre el contexto social y un conjunto de variables orgánicas. Esto da como resultado un patrón desadaptado de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas.

a) Génesis o inicio de la fobia social

La fobia social es el resultado de la intervención de una o más modalidades de aprendizaje que intervienen de forma aislada o combinada y median la interacción entre un contexto social negativo y el conjunto de variables orgánicas, cuya implicación provocaría un alto potencial de vulnerabilidad. La interacción mediada da como resultado la aparición y, posteriormente, la delimitación del patrón de respuestas de ansiedad, cuya función inicial es desadaptación ante la situación social vivida como peligrosa para la integridad personal. Posteriormente, esta ansiedad se generalizará a otras situaciones sociales por asociación. De generalizarse, se transforma su función de adaptación en desadaptada.

La familia también desempeña un papel muy importante en el inicio y mantenimiento de este trastorno. Por ejemplo, una estimulación social deficiente, el aislamiento social de la familia, el uso de la vergüenza como método de control y la disfunción de los padres causa que el niño al llegar a la edad adulta cuente con pocas habilidades sociales. La intención de la familia es preservar y proteger a los miembros más vulnerables ante la amenaza de extraños. Pero si su única o principal estrategia es la de evitar, entonces estará fomentando el desarrollo de la

vulnerabilidad psicológica asociada con el inicio del trastorno. Entre los estilos de crianza que más vulneran al niño y lo hacen propenso a este trastorno se encuentran: el autoritario, el permisivo y caótico (Barret, Rapee, Dadds & Ryan, 1996; Olivares, Méndez & Macià, 1996).

Dentro del contexto escolar también existen algunas variables que favorecen el inicio de este trastorno. Una de ellas es el comportamiento inadecuado del profesor o docente y su fracaso para ayudar al niño a aceptarse o integrarse al contexto escolar.

Otras variables sociales que contribuyen al inicio de la fobia social son: cambios de residencia, hospitalizaciones repentinas o en edades tempranas, hostilidad y rechazo de los padres y en general las exposiciones abruptas a situaciones altamente estresantes (Funke, Schlange & Ulrich, 1978; Hayden, 1980; Sluckin, Foreman & Herbert, 1991).

Son cuatro los factores determinantes que conducen a una vulnerabilidad elevada: determinantes biológicos, factores de personalidad, respuestas de escape y “otros factores” (Olivares & Caballo, 2003).

Los determinantes biológicos se dividen en dos, los evolutivos y los no evolutivos. Los primeros se refieren a los miedos que afectan a todos los individuos, sin embargo, aparecen y desaparecen sin dejar efectos negativos. Un ejemplo de éstos son, las respuestas de escape ante la presencia de extraños. Los determinantes biológicos no evolutivos se refieren a variables como el sexo, la inhibición conductual, la preparación biológica o la imagen física.

Los sujetos con personalidad introvertida y neurótica son más propensos a presentar fobia social, ya que esto implica que la respuesta inicial del sujeto ante las situaciones sociales sea de escape y de evitación. Estas respuestas conllevan a un exceso de autocrítica respecto a su actuación. Esta crítica irracional

mantendrá a la persona hipervigilante de las señales internas y externas percibidas como peligrosas.

Las respuestas de escape ante la actuación o la relación con extraños señalan con certeza el inicio de la fobia social. Bajo el rubro de “otros factores” se encuentran historias previas de timidez o mutismo selectivo o la presencia de comorbilidad de otros trastornos en la historia familiar.

Cuando el niño está aprendiendo a relacionarse y a actuar socialmente, este aprendizaje está mediado por un conjunto de variables orgánicas que le hacen vulnerable a la fobia social, algunas de ellas son: Ausencia o carencia de habilidades sociales previas, estrategias de afrontamiento adquiridas en las primeras exposiciones ante extraños y las relativas a la separación de los padres, influencia de los modelos significativos, estilo de educación familiar y relación con el personal escolar, información que se ha recibido sobre cómo ha de abordarse la relación con extraños o la actuación ante ellos, entre otras. Todo esto conduce a una asociación desadaptada, disfuncional, entre una situación social y la actuación de las personas involucradas en ella. Esta asociación se puede dar de forma gradual o abrupta. En situaciones futuras prevenir la ocurrencia de tal sensación será la principal preocupación del sujeto. Esta preocupación será más intensa si es elevado el grado de incertidumbre sobre los efectos de su comportamiento con los demás y la valoración que realicen de su actuación.

b) Desarrollo de la fobia social

Una vez constituido el patrón de respuestas de ansiedad condicionada a la actuación en situaciones sociales, empieza a funcionar y a retroalimentarse un patrón de respuestas neurovegetativas, de activación muscular y relativas a las creencias y atribuciones disfuncionales ante situaciones sociales estresoras.

Si el niño se expone a una situación social temida, ya sea, de forma indirecta o directa, esta situación tendrá más connotaciones negativas que positivas. Después de la exposición a varias situaciones sociales en las cuales el niño ha tenido una experiencia muy negativa, la asociación se consolidará y generalizará. El malestar dependerá de la asociación entre la situación y la pauta de respuestas de ansiedad percibidas por el niño y, a su vez, de la intensidad, frecuencia y duración de estas respuestas de ansiedad desencadenadas y retroalimentadas mediante la activación de recuerdos anteriores. Esto da como resultado que el niño crea que los demás perciben sus respuestas fisiológicas. Piensa que los demás pueden tener un juicio negativo, además evaluará su propia actuación negativamente (Bandura 1976; Rappee & Lim 1992).

El fóbico social desarrolla una autoexigencia con esquemas muy elevados e inflexibles, al evaluar su comportamiento social como “correcto, adecuado y pertinente”. Estos esquemas se establecen por la necesidad de “rectificar” la carencia de atención y consideración social, el “hacerlo bien”, para percibirse como aceptado, estimado y valorado socialmente. La autoexigencia llevará al fóbico social al aislamiento, ya que, evaluará negativamente su actuación en las situaciones sociales.

En esta fase, el niño presta gradualmente menos atención a sus logros, a las reacciones positivas que los otros le demuestran. Su atención se enfoca en los indicios y señales de peligro. Se centra en las respuestas somáticas y neurovegetativas alteradas que piensa que los demás perciben. Presenta sentimientos de inquietud y temor experimentado y un diálogo interno directamente relacionado con las sensaciones percibidas. Tiende a magnificar los errores que comete en su actuación en situaciones sociales, estos errores podrían no serlo o en su defecto, los demás podrían no percibirlos.

Posteriormente el niño aprende a afrontar la situación social huyendo o evitando. Son varias las consecuencias asociadas con esta estrategia. A corto

plazo, el alivio generado por el escape es una forma de refuerzo negativo tanto para personas significativas, como para el sujeto mismo. A mediano y largo plazo, se desvanecen gradualmente tanto el efecto de alivio como el apoyo de las personas significativas. Finalmente, el niño terminará evitando las situaciones sociales debido a la vergüenza que le provoca la respuesta de escape, ya sea, parcial o total.

Las respuestas de escape parcial tienen como finalidad aumentar el “control” y la seguridad del sujeto. Estas respuestas reducen el malestar provocado por las situaciones sociales, aún estando presente el pensamiento de que el malestar sería mayor si se huyera de la situación. Algunos ejemplos de estas respuestas son: Hablar poco para no ser el centro de atención, no exponerse a que otros le pregunten al orientarse visualmente hacia otro lado, hablar con la misma persona siempre, aparentar estar distraído mirando algunos objetos, consumiendo alcohol u otras sustancias tóxicas para reducir la intensidad de las respuestas de ansiedad, entre otras.

La suma de todas las experiencias sociales negativas y respuestas de ansiedad moderada o intensa dan como resultado respuestas de escape total. Los niños empiezan a escapar de forma abrupta, simplemente necesitan huir y escapan de la situación. Con esto llega el alivio, ya que, al no enfrentar la situación desaparecen las respuestas asociadas a ella. Este “alivio” es pasajero, pues con el paso del tiempo el alivio es menor y el fóbico social comprende que es una falsa solución, por lo tanto, escapar complica más el problema y exponerse a la situación sólo sirve para reforzar una y otra vez su sufrimiento y su actuación deficiente en las situaciones sociales. El resultado de esto es que el niño perciba como estímulos insuperables a las situaciones sociales.

c) Mantenimiento de la fobia social

En esta fase, la exposición a la situación social temida y el recuerdo de la misma desembocarán en una gama de respuestas de alerta. Tanto el recuerdo como la exposición a la situación evocarán un grupo de respuestas en el ámbito cognitivo a) el recuerdo puede provenir de la propia experiencia como la transmisión de información, retroalimentación previa, creencias, modelado y atribuciones a las situaciones sociales, b) la activación de los supuestos y expectativas negativas sobre la propia actuación y las consecuencias, c) la intensificación de la atención selectiva de las señales externas e internas que percibe como amenazas. Esta percepción tiene un efecto doble 1) el refuerzo de una imagen negativa que el fóbico social tiene de sí mismo y 2) el carácter peligroso intensificado que atribuye a la situación. Todo esto le lleva a interpretar irracionalmente y negativamente y, por lo tanto, escapa de las situaciones, para evitar consecuencias temidas.

A corto plazo las respuestas de escape total o parcial reducen o eliminan la ansiedad, la sensación de perder el control, el rubor o la aparición de temblores frente a los demás. Asimismo reducen el estado de inquietud y malestar generados por el pensamiento de no saber qué decir, ni qué hacer. Todos estos comportamientos darán como resultado que los otros perciban a los fóbicos sociales como distantes, fríos, engreídos, raros. Sin saber que el fóbico social está preocupado y ocupado haciendo esfuerzos por la pérdida de control, que no se le note el sudor, o el nerviosismo. Sin embargo, no es de extrañar que ante esta actuación la gente le perciba aún más raro y, por lo tanto, focalicen más su atención a estas actitudes. Todo esto llevará al fóbico social a actuar todavía más “raro”, y a ser más hipervigilante de sus respuestas y a generar, desarrollar y mantener el estado de temor. Optará por huir lo más pronto posible de la situación. La evitación de las situaciones sociales le permitirá confirmar reiteradamente las expectativas negativas sobre su actuación y relaciones sociales, así como las respuestas de ansiedad preatencional. Su esquema de pensamiento es: “Si no

estoy dentro de la situación que me produce estrés, no actuaré deficientemente y, por lo tanto, no sufriré”. La consecuencia es el aislamiento y todas las repercusiones negativas que de éste derivan. Con el aislamiento el niño ya no se expone a las situaciones sociales y, por lo tanto, pierde la oportunidad de comprobar que su temor es infundado. El aislamiento incrementará cada vez más la intensidad del miedo a exponerse y deteriorará las destrezas que hacen posible la actuación y relación social, perdiendo así la oportunidad de obtener habilidades sociales.

Cuantas más veces sufra el niño, ante una situación social más se fortalecerá la fobia social. A mayor número de situaciones, más generalizará. Entre más fortalecido y generalizado esté el trastorno, habrá mayor aislamiento y sufrimiento. Asociados con el trastorno se identifica la disminución de la autoestima, el sentimiento de vergüenza, las habilidades sociales deficientes, el trastorno depresivo grave e incluso el suicidio.

El modelo propuesto por Olivares y Caballo (2003) ayuda a comprender cuales son los factores que desencadenan la fobia social y los mecanismos de mantenimiento de este trastorno. Esto sirve para dos cosas, 1) para explicar a los niños lo que les sucede y por qué tienen temor a algunas situaciones sociales, 2) para que el terapeuta realice la formulación del caso, por consiguiente, proponga el tratamiento adecuado. Sin embargo, antes de planear el tratamiento, es importante conocer los métodos de evaluación y diagnóstico de la fobia social. Por lo tanto, en el siguiente capítulo se describirán los métodos más utilizados en la actualidad.

Capítulo 2.

Evaluación de la Fobia Social.

El Sistema de Clasificación de los Trastornos Mentales (DSM) surgió por la necesidad de tener definiciones claras y categóricas que faciliten el estudio de los trastornos mentales. La primera vez que apareció el trastorno de fobia social en el DSM fue en el año de 1980.

Los criterios que propone para diagnosticar el trastorno de fobia social son los siguientes:

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso (o mostrar síntomas de ansiedad). En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. En los niños la ansiedad puede traducirse en berrinches, llanto, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. En los niños no siempre se da este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales, académicas, sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con el impacto social (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Conocer los criterios del DSM-IV para diagnosticar la fobia social, permite realizar un mejor diagnóstico del trastorno, sin embargo es necesario evaluar a los niños para constatar si los síntomas que presentan pertenecen al trastorno de fobia social.

El objetivo de evaluar la fobia social es medir el grado de malestar que genera el trastorno en la vida del niño. Una evaluación adecuada permitirá realizar un mejor diagnóstico diferencial, formular el caso y planificar el tratamiento adecuado para cada individuo. Sin embargo, la evaluación no precisa el inicio del trastorno (Botella, et al. 2003), en cambio, permite obtener información de los factores que lo mantienen, los que pueden interferir significativamente con el

progreso del trastorno. Para llevar a cabo la evaluación se cuenta con diversas técnicas, instrumentos y estrategias.

a) Entrevistas

El objetivo de la entrevista es recabar información del paciente, tanto de forma verbal como no verbal. La entrevista como método de evaluación en el trastorno de la fobia social, cubre dos aspectos fundamentales, obtener información y observar al paciente en una situación social. Cabe señalar que el psicólogo debe manejar muy bien tanto el trastorno como la técnica que está utilizando.

Las entrevistas diseñadas para evaluar algún trastorno o síntomas de alguna patología sirven como una guía sistemática para el psicólogo. A continuación se mencionarán las más utilizadas actualmente para medir la fobia social.

1. La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, Eje 1 (The Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I, SCID-I, First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997). Esta entrevista comprende varios módulos que evalúan diversos trastornos mentales, así el terapeuta puede enfocarse sólo al trastorno a evaluar.
2. La Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad (The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version, ADIS-IV-L, Di Nardo, Brown & Barlow, 1994). Esta entrevista se utiliza para evaluar trastornos de ansiedad según los criterios del DSM-IV. Evalúa los trastornos de ansiedad que están presentes y anteriores. La sección de fobia social consta de preguntas sobre los criterios diagnósticos y 13 situaciones sociales. El paciente indica el grado de temor y evitación que dichas

situaciones le provocan (0 nada – 8 muy grave/siempre), ya sea, en la actualidad o en el pasado.

3. La Entrevista Diagnóstica para Niños con Fobia Social (Gil-Bernal, 2004) es una entrevista semiestructurada, elaborada para niños mexicanos. Está basada en los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR. Consta de 20 preguntas que indagan sobre la preocupación por exponerse a situaciones sociales, por la crítica de los pares y profesores, y la duración del trastorno.

b) Autoinformes

Otra técnica altamente utilizada en la clínica es el autoinforme, puesto que ofrece la ventaja al psicólogo de corroborar un corto periodo de tiempo las hipótesis que se formuló a lo largo de la entrevista. Además le permite indagar otros síntomas asociados al trastorno. Los autoinformes miden tanto la evolución del trastorno, como el cambio que se logre producir después del tratamiento. Pues proporciona información de la intensidad y la gravedad de los síntomas.

En seguida se enumeran algunos instrumentos de autoinforme que evalúan el trastorno de fobia social.

1. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Fear of Negative Evaluation Scale, FNES) y Escala de Ansiedad y Evitación Social (Social Avoidance and Distress, SADS). Ambas elaboradas por Watson y Friend (1969) tienen como objetivo medir los pensamientos y la evitación que causan las situaciones sociales. La FNE explora los pensamientos y el temor que siente la persona ante la posibilidad de ser juzgada negativamente por los demás. Contiene 30 ítems con opción de respuesta verdadero-falso. La SAD se ha creado para medir la ansiedad y evitación provocadas por las situaciones sociales. Consta de 28 ítems con opción de respuesta verdadero-falso. En población adulta y adolescente española estos

instrumentos tienen buenas propiedades psicométricas (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel & Turner, 2001; Villa, Botella, Quero, Ruipérez & Gallardo 1998).

2. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI; Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989). Consta de 45 ítems con opción de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1 nunca – 7 siempre). Se conforma de dos subescalas: fobia social (32 ítems) y agorafobia (13 ítems). Esta escala no fue elaborada para población infantil y adolescente, sin embargo ha mostrado validez y fiabilidad en estas poblaciones (Beidel, Turner & Fink 1996; Clark et al., 1994; García-López et al., 2001; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner & Beidel, 1999; Olivares, Sanchez-Garcia, Lopez-Pina, & Rosa-Alcazar, 2010).

3. Escala de Fobia Social (Social Phobia Scale, SPS) y la Escala de Ansiedad ante las Interacciones Sociales (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS). Estas escalas elaboradas por Mattick y Clarke (1989) con base a los criterios de fobia social del DSM-III-R, miden el temor a ser juzgado al llevar a cabo alguna actividad y la ansiedad en las interacciones sociales. Se componen de 20 ítems cada una, con opción de respuesta tipo Likert de 5 puntos (0 no es característico o cierto de mí – 4 totalmente característico o cierto de mí). Algunos autores (Brown, et al. 1997; Mattick & Clarke 1998) recomiendan que se administre conjuntamente, ya que miden aspectos complementarios del constructo fobia social. En población adulta española ambas indican valores de fiabilidad excelentes (Olivares, et al. 2001).

4. La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scaler, LSAS; Liebowitz, 1987) consta de 24 ítems, 13 de ellos relativos a situaciones de actuación social y 11 referidos a situaciones de interacción social. Con opción de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0 nada – 3

siempre). En población española la LSAS tiene buena consistencia interna, validez convergente y discriminante (Bobes, et al. 1999).

5. La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz para Niños y Adolescentes (Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents, LSASCA; Masia, Hofmann, Klein, & Liebowitz, 1999) consta de 24 ítems, 12 evalúan la interacción social y 12 miden la actuación en situaciones sociales. La conforman 7 subescalas: a) ansiedad relacionada a la interacción social, b) ansiedad en la actuación, c) ansiedad total, d) evitación de interacciones sociales, e) evitación para actuar en situaciones, f) evitación total y g) puntuación total LSAS-CA. Esta escala ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas en niños y jóvenes estadounidenses (Masia-Warner, Klein, Dent, Albano & Guardino, 2003). Si bien esta escala es fiable y válida para medir el trastorno de fobia social, aún habrá que realizar más estudios con diferente población, puesto que, es una escala nueva.
6. Escala de Ansiedad Social para Niños (Social Anxiety Scale for Childrens SASC-R; La Greca & Stone, 1993) y Adolescentes (Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A; La Greca & López, 1998). Ambas escalas constan de 22 ítems, pero sólo se califican 18, ya que, 4 son distractores, se clasifica en tres subescalas: Miedo a la Evaluación Negativa (FNE; 8 ítems), Ansiedad y Evitación Social ante Extraños (SAD-N; 6 ítems) y Ansiedad y Evitación Social ante gente en General (SAD-G; 4 ítems). Con opción de respuesta tipo Likert de 3 puntos. Olivares, García-López, Hidalgo, La Greca, Turner y Beidel (2002) informaron que la escala SAS-A aplicada en conjunto con la SPAI, ayuda a detectar adolescentes con fobia social. También estas escalas son sensibles al cambio terapéutico (García-López et al. 2002; Olivares et al., 2002;).
7. El Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (IDFS, Gil-Bernal, 2004) consta de 27 ítems, distribuidos en 6 factores: a) actividad grupal, b) exposición

social, c) juego, d) actividad individual, e) aproximación e f) iniciativa. Con respuesta y tipo Likert de 3 puntos (0 nada - 2 mucho), con un alfa de 0.86. El punto de corte establecido es de 37 puntos (Gil-Bernal, 2004).

Aunque hay diversos instrumentos que miden el trastorno de fobia social, la mayoría se ha desarrollado en idioma anglosajón y para población adulta. Hay pocos instrumentos que cuentan con validez y confiabilidad en población hispanoparlante. Los instrumentos que se utilizan para evaluar a la población infantil son adaptaciones de las escalas para adultos. Sólo algunos autores han estandarizado algunos instrumentos para niños, a excepción del IDFS (Gil-Bernal, 2004) que se elaboró expresamente para esta población.

c) Auto-registros

Esta estrategia se utiliza para evaluar las interacciones y situaciones sociales que le provocan ansiedad al sujeto, al medir la frecuencia de los contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes. Mide también el número y las características de las personas con las que interactúa el niño, la duración de las interacciones, el tipo de interacción, la autoevaluación de la ansiedad y habilidad social, los pensamientos que surgen ante estas situaciones, las respuestas fisiológicas, entre otros. El auto-registro evalúa tanto los estímulos que desencadenan la ansiedad como la eficacia del tratamiento, así como el mantenimiento y generalización de las habilidades y logros adquiridos en el mismo (Botella et al., 2003).

Si bien es cierto que este tipo de evaluación nos permite observar la especificidad de los miedos que la persona presenta, tiene sus desventajas. Una de ellas es que hay que entrenar previamente al sujeto, por lo tanto, tardará unas semanas en proporcionar información fiable y válida. Otro inconveniente es que a veces el paciente “olvida” hacer los registros, puede ser por lo monótono que resulta estar registrando diariamente los sucesos que le ocurren. Por lo tanto, el

terapeuta debe hacer atractiva la utilización de esta estrategia. No obstante, se debe ir mostrando al paciente como va evolucionando en el tratamiento, enseñándole sus registros desde el inicio hasta ese momento del tratamiento.

d) Medidas Conductuales

La evaluación conductual se caracteriza por usar la observación sistemática, se orienta a detectar la naturaleza, desarrollo y valoración del cambio conductual, se debe entender la conducta como una muestra del repertorio del sujeto. La evaluación se debe entender como un proceso continuo en el que se recogen medidas antes, durante y después de la intervención e interpretar estos datos desde un nivel de interferencia mínimo (Mash & Terdal, 1981).

e) Medidas Psicofisiológicas

Las medidas psicofisiológicas que interesan al evaluar la fobia social son: la tasa cardiaca, la presión arterial, la temperatura y la conductancia de la piel.

Se puede apreciar que existen diferentes instrumentos para diagnosticar el trastorno, sin embargo, para población infantil mexicana no se cuenta con un amplio número de instrumentos validados. Tomando en cuenta esto es importante realizar una evaluación adecuada (Viana et al. 2008), considerando aspectos como los ya mencionados. Cabe mencionar que se necesitan traducir, adaptar y validar estrategias e instrumentos de evaluación que permitan posteriormente diseñar intervenciones al respecto en el marco de una estrategia comunitaria de detección e intervención temprana (Olivares, 2009).

Capítulo 3.

Tratamiento eficaz para la fobia social: Terapia cognitivo conductual.

Este capítulo se centra en el tratamiento más eficaz para disminuir la sintomatología de la fobia social. Asimismo se comparará los resultados de tratamientos medicamentosos y psicológicos tanto con población adulta como infantil y adolescente.

Antes de abordar el tema del tratamiento del trastorno de la fobia social, resulta imprescindible saber qué es un tratamiento psicológico y en qué consiste. El tratamiento psicológico es una intervención profesional dentro de un contexto clínico, en la cual un psicólogo pretende eliminar el sufrimiento de la persona y enseñarle habilidades adecuadas para afrontar sus problemas de la vida cotidiana (Labrador et al. 2003). El tratamiento psicológico puede llevarse a cabo presencialmente, por medio del teléfono, correo o internet (e-mail, videoconferencia, chat). El tratamiento psicológico se emplea para aliviar el malestar emocional considerable. Malestar percibido por la propia persona u otras personas que conviven con ella.

Para decir que un tratamiento es efectivo, eficaz y eficiente, debemos saber que significan estos conceptos dentro de la psicología. La efectividad se refiere al grado de satisfacción del paciente con la intervención psicológica (Pérez, 1998), pero ¿realmente disminuye la intervención el malestar emocional de la persona? Si bien la efectividad es lo que más le preocupa al paciente, el clínico no debe guiarse por ésta, ya que él tiene la obligación ética de implementar un tratamiento eficaz. La eficacia se refiere al resultado de la comparación entre las personas expuestas a una intervención y aquellas que no tuvieron tratamiento (Ferro &

Vives, 2004). La eficiencia es la relación costo–beneficio de la intervención (Pérez & García, 2003).

Por otra parte, la eficacia terapéutica toma en cuenta si los síntomas mejoran y en qué medida, el tiempo en el que cambia la sintomatología, en qué grado se mantienen, y si hubo cambios en el funcionamiento social, laboral, escolar y la calidad de vida. Además el cálculo de la eficacia se alimenta del porcentaje de personas que no aceptan el tratamiento y/o lo abandonan (Labrador et al. 2003). Para que un tratamiento se considere eficaz debe mostrar resultados de investigación empírica que sustenten el éxito del tratamiento. Un profesional ético tiene la obligación y la responsabilidad de saber qué tratamiento es eficaz y utilizarlo con el fin de aliviar el malestar del paciente.

Desde 1950 se ha tratado de saber qué tratamientos son los más eficaces para tratar los trastornos psicológicos. Eysenk y sus colaboradores fueron los primeros en preocuparse por investigarlo, consideraban que tanto la investigación básica como la aplicada son imprescindibles para apoyar una práctica clínica eficaz (Mustaca, 2004). En el 2001 la American Psychological Association (APA) estableció que tanto para los programas de doctorado y maestría se debe implementar el entrenamiento en Tratamientos con Apoyo Empírico (TAE), con 3 categorías: I. Tratamientos bien establecidos, II. Tratamientos probablemente eficaces y III. Tratamientos experimentales. Asimismo ha propuesto una lista actualizada de estos tratamientos.

Chambless y Ollendick (2001) encontraron que de 34 TAE para adultos tomando en cuenta sus 3 categorías, el 88.82% son tratamientos cognitivo conductuales. En el caso de niños y adolescentes de 44 TAE encontraron que el 93.18% son intervenciones cognitivo conductuales. Si bien el porcentaje es alto aún se echa de menos más investigación al respecto, ya que no todo ese porcentaje se clasifica en la categoría I.

En la actualidad se ha comparado insistentemente los tratamientos medicamentosos, con los psicológicos o mixtos, para indagar cuál resulta más efectivo. Sin embargo estos resultados han dependido del trastorno a tratar (Mustaca, 2004).

Uno de los trastornos, cuya eficacia se ha investigado es el de la fobia social. La investigación sugiere la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para reducir la sintomatología de este trastorno. La terapia cognitivo conductual combina técnicas cognitivas, enfocadas en la identificación y modificación de distintos procesos y pensamientos distorsionados asociados con las situaciones sociales temidas, con técnicas conductuales, destinadas a modificar las conductas de evitación que son las que favorecen el malestar quien padece el trastorno. Emplea también técnicas de relajación, enfocadas en la disminución y control de las respuestas fisiológicas de ansiedad (Foa, Franklin & Moser, 2002; Grave & Blissett, 2004; Hazlett-Stevens & Craske, 2002; Kazantzis, Deane & Ronan, 2000).

Existen varios estudios que han comprobado que la terapia cognitivo conductual es más eficaz para reducir la sintomatología de la fobia social que los tratamientos medicamentosos. Si bien es cierto que la medicación disminuye los síntomas rápidamente, sus efectos no se mantienen a lo largo del tiempo. En contraste, los resultados del tratamiento cognitivo conductual son duraderos. Duración que se ha documentado hasta seis meses después de la intervención (Barrett, 1998; Heimberg et al., 1990; Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993, Olivares & García-López, 2001; Olivares & García-López, 2002; Otto, Smits, & Reese, 2004; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000; Papageorgiou & Wells 2003).

El objetivo primordial de los tratamientos medicamentosos es controlar las reacciones fisiológicas relacionadas con la fobia, por medio del bloqueo de ciertas actividades en el sistema nervioso central. El número de estudios controlados sobre fobia social son escasos, y la mayor parte de ellos se ha realizado con

población adulta. El procedimiento general incluye tres etapas: (1) evaluación inicial, (2) administración del medicamento por un periodo de tres a cinco semanas, y (3) seguimiento.

Los objetivos de la terapia cognitivo conductual son reducir la influencia del pensamiento disfuncional, incrementar la solución activa del problema y construir una perspectiva de afrontamiento funcional, apoyándose en experiencias conductuales de implicación emocional (Kendall, 1998).

El tratamiento cognitivo conductual para la fobia social utiliza técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición, ya sea en vivo o por medio de la imaginación guiada, las cuales han comprobado su eficacia en este tipo de población (Albano & Kendall, 2002; Baer & Garland, 2005; Echeburua & Salaberría, 1991; Olivares & García-López, 2001; Spence, et al. 2000). Incluye también el entrenamiento de habilidades sociales, la interpretación o representación de papeles y la relajación. Este tratamiento enfatiza el proceso de aprendizaje, la influencia de las contingencias y los modelos del entorno, así como la importancia del procesamiento de la información relevante para cada persona (Kendall, Chu, Gifford, Hayes, & Nauta, 1998; Spence, et al. 2000).

La técnica de reestructuración cognitiva tiene como objetivo corregir las creencias desadaptadas adquiridas desde la infancia que los fóbicos sociales tienen de sí mismos y de los demás.

Durante la relajación se entrena al paciente a controlar los síntomas de ansiedad que presenta en las situaciones que provocan ansiedad, esta técnica reduce la activación fisiológica del paciente. Se le enseña a identificar los síntomas de ansiedad y a aplicar la relajación.

El entrenamiento de habilidades sociales consiste en enseñarle al niño nuevas habilidades de competencia social dentro de las situaciones sociales, por

ejemplo, ser asertivo e iniciar, mantener y finalizar una conversación (Baeza, 2007). Estas habilidades se enseñan a partir del modelado, ensayos de conducta y reforzamiento social. Asimismo se promueve la práctica de éstas entre sesiones (Heimberg, 2002). Aunque esta técnica ha tenido buenos resultados para la población fóbica social, no ha comprobado su eficacia, como único componente del tratamiento (Falloon, Lloyd & Harpin, 1981; Marzillier, Lambert & Kellett, 1976; Mersch, Emmelkamp, Bögels & Van der Sleen, 1989; Öst, Jerremalm & Johansson, 1981; Trower, Yardley, Bryant & Shaw, 1978).

Además se emplea la exposición que tiene como objetivo contracondicionar la reacción fóbica que tiene el niño ante situaciones sociales. Esta técnica consiste en enfrentarse a las respuestas emocionales asociadas al estímulo fóbico, que en este caso es una situación social, con el fin de reducir los síntomas ansiosos. Esta técnica puede ser en vivo o imaginada. Se usa el desvanecimiento al aplicar la exposición al estímulo temido (Baeza, 2007).

En 1996, Taylor realizó un metaanálisis de 42 estudios de tratamiento de la fobia social. Las condiciones de tratamiento consistían en la utilización de un placebo, exposición, reestructuración cognitiva, la combinación de reestructuración cognitiva y exposición, entrenamiento de habilidades sociales y lista de espera. El objetivo del estudio era conocer cuál de las diversas intervenciones era la más eficaz, si la terapia cognitiva potenciaba el resultado de la exposición cuando se combinaban y si los resultados se mantenían a lo largo del tiempo. Taylor encontró que todas las intervenciones mejoraban los síntomas de fobia social a excepción de la lista de espera. La única condición que superó al grupo que recibió un placebo fue la combinación de reestructuración cognitiva y exposición.

Por otra parte, Méndez, Sánchez y Moreno (2001) realizaron un metaanálisis de 48 estudios, cuyo objetivo era indagar si el tratamiento psicológico era eficaz para tratar la fobia social. Estos autores encontraron que las técnicas de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales tenían

mejores resultados en el seguimiento. La conclusión de los resultados de ambos metanálisis apunta a que la exposición actúa sobre la conducta de evitar las situaciones sociales y la activación vegetativa elevada, y la reestructuración cognitiva modifica el contenido de las creencias disfuncionales.

Un metaanálisis realizado por Fedoroff y Taylor (2001), en el cual se compararon tratamientos psicológicos con tratamientos farmacológicos incluyó 108 estudios. Las condiciones de tratamiento consistían en lista de espera, placebo farmacológico, benzodiacepinas, ISRSs, IMAOs, placebo psicológico, exposición, reestructuración cognitiva, exposición y reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación. Dentro de las condiciones farmacológicas no se encontraron diferencias significativas entre ellas, sin embargo las benzodiacepinas y los ISRSs arrojaron un mayor tamaño del efecto. Todas las condiciones de los tratamientos psicológicos fueron eficaces, pero no se encontraron diferencias entre ellas. Si bien los tratamientos farmacológicos demostraron tener una mejora a corto plazo no fue así a largo plazo, como la observada para los tratamientos psicológicos. Estos autores concluyen que las ISRSs son un buen tratamiento para la fobia social, sin embargo no se debe dejar de lado la aplicación de técnicas cognitivo conductuales para una mejora a largo plazo.

La investigación que se ha llevado a cabo para demostrar qué tratamiento es eficaz para la fobia social, se ha realizado con población adulta. La investigación con población infantil o adolescente es escasa (Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995; Beidel & Morris, 1995; Beidel & Turner, 1998; King, Murphy, & Heyne, 1997; Spence & Donovan, 1998; Vasey, 1995). Por lo que resulta relevante realizar investigaciones con población infantil y adolescente.

Bokhorst, Goossens y de Ruyter (1995) realizaron un programa de 12 sesiones con duración de una hora, éstas se enfocaban en la aceptación de diferencias individuales, conciencia afectiva, normas sociales, la influencia del

ambiente en el comportamiento y en los sentimientos, relacionarse con los demás, trabajo cooperativo y autoaceptación. El objetivo de este programa fue el provocar cambios en los sentimientos, valores, cognición y habilidades. Al término del programa los niños percibieron una reducción de la sintomatología del trastorno de fobia social.

En 1995 Albano et al. hallaron que 4 de 5 adolescentes con fobia social después de un año de haber concluido el tratamiento cognitivo conductual, ya no cumplían con los criterios del diagnóstico clínico de este trastorno. El tratamiento se llevó a cabo en 16 sesiones, las cuales constaban de entrenamiento en solución de problemas, habilidades de asertividad, reestructuración cognitiva, exposición y tareas en casa.

Por su parte Spence et al. (2000) realizaron una intervención cognitivo conductual para niños y adolescentes con fobia social, la cual incluía el entrenamiento de habilidades sociales, técnicas de relajación, exposición en vivo y reestructuración cognitiva. Esta intervención constó de 12 sesiones de hora y media. Este tratamiento redujo significativamente la ansiedad social y mejoraron las habilidades sociales de los niños y adolescentes con fobia social. Estos resultados fueron significativos tanto estadísticamente como clínicamente y la mejoría se mantuvo durante 12 meses después del tratamiento.

Un metaanálisis realizado por Olivares, et al. (2003) revisó 13 estudios de tratamiento de niños y adolescentes con fobia social. La conclusión de este metaanálisis confirmó que los tratamientos farmacológicos y psicológicos son eficaces para la fobia social en este tipo de población.

Dentro de las intervenciones que han demostrado su eficacia se encuentra la Intervención para Adolescentes con Fobia Social (IAFS) de Olivares y García-López (1998). Este tratamiento ha demostrado tener buenos resultados tanto en la reducción como en la eliminación de los síntomas de la fobia social. Asimismo se

observó diferencias de la sintomatología tanto al concluir el tratamiento como en los seguimientos (Olivares & García-López, 2001; Olivares, Rosa & Vera-Villaruel, 2003, Sánchez-García & Olivares, 2009) estos resultados también se observaron en la adaptación de la IAFS en niños mexicanos (Gil-Bernal, 2009, Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2009).

A partir de los hallazgos de investigación, es posible concluir que el tratamiento cognitivo conductual ha demostrado empíricamente su eficacia para mejorar la sintomatología del trastorno de fobia social. En primer término el presente estudio se ha propuesto someter a prueba si el tratamiento cognitivo conductual disminuye la sintomatología de la fobia social. Un segundo propósito es si el cambio observado después del tratamiento se mantenía a lo largo del tiempo. Un tercer propósito es si el efecto terapéutico repercute en la ansiedad general. Y como último propósito es si el efecto terapéutico repercute en los problemas sociales. En el siguiente capítulo se presenta tres estudios de caso de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual de niños con fobia social. Se explicará en qué consistieron las sesiones del tratamiento y la evaluación del mismo.

Capítulo 4.

El tratamiento de tres casos.

Los tres estudios de caso que se presentarán a continuación siguen las normas de redacción de casos clínicos propuestas por Buela-Casal y Sierra (2002). Estas normas se dividen en: a) Identificación del paciente, b) Análisis del motivo de la consulta, c) Establecimiento de las metas del tratamiento, d) Selección del tratamiento más adecuado, e) Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase, f) Aplicación del tratamiento, g) Evaluación de la eficacia del tratamiento, h) Seguimiento y i) Observaciones.

En este estudio las secciones: Selección del tratamiento más adecuado, Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y Aplicación del tratamiento, son comunes a los tres casos por tal motivo se explican a continuación.

Selección del tratamiento más adecuado

El tratamiento cognitivo conductual es el único tratamiento que empíricamente comprueba su efectividad y eficacia para el trastorno de fobia social (Albano & Kendall, 2002; Baer & Garland, 2005; Echeburua & Salaberría, 1991; Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2009; Olivares & García-López, 2001; Spence, et al. 2000).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

Como primer filtro se aplicó la Lista de Conductas de Achenbach (Children Behavior Checklist, CBCL/6-18; Achenbach & Rescorla, 2001) instrumento que cumplimentan los padres. Consta de 118 ítems que miden conductas internalizadas y externalizadas de los niños (coeficiente alfa de Cronbach = .96,

Hernández-Guzmán, 2005). Se agrupa en 9 factores (ansioso/deprimido, aislado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de violar reglas, conducta agresiva y otros problemas). Se califica 0 = nunca, 1 = a veces y 2 = siempre. En el presente estudio se utilizaron los puntajes de las subescalas ansioso/deprimido (coeficiente alfa de Cronbach = .78; Hernández-Guzmán, 2005) y problemas sociales (coeficiente alfa de Cronbach = .71; Hernández-Guzmán, 2005). La subescala ansioso/deprimido contiene 13 ítems que arrojan una calificación total de 26 puntos. Esta subescala mide ansiedad, sin embargo toma en cuenta los síntomas que comparten la ansiedad y la depresión infantil (Curry, March & Hervey, 2004), con un punto de corte de 8 puntos. La subescala problemas sociales tiene 11 ítems que miden: Dependencia, aislamiento, rechazo de los pares, miedo a la crítica y problemas para hablar en público. El punto de corte es de 9 puntos.

El Instrumento Diagnóstico de Fobia Social para niños (IDFS, coeficiente alfa de Cronbach = .87; Gil-Bernal, 2004) consiste de 27 ítems que se agrupan en 6 factores: actividad grupal, exposición social, juego, actividad individual, acercamiento e iniciativa. El niño o niña contesta este instrumento como resultado el grado de ansiedad que percibe el niño en una escala de 3 puntos: 0 = nada, 1 = regular y 2 = mucho. El punto de corte establecido es de 37 puntos.

La Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS; Spence, 1997) se compone de 38 ítems que miden síntomas de ansiedad. La versión en español tiene un alfa de Cronbach de .88 y se califica en una escala de 4 opciones: 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = muchas veces y 3 = siempre. A mayor puntaje, más ansiedad. Está compuesta por 6 factores: Ataque de pánico/agorafobia, ansiedad de separación, miedo al daño físico, ansiedad generalizada, fobia social, y trastorno obsesivo compulsivo. En este estudio se utilizó sólo la subescala de Fobia social conformada por 6 ítems con un alfa de .71 (Hernández-Guzmán, et al. 2010).

Aplicación del tratamiento

Se utilizó la adaptación de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social de Olivares (Gil-Bernal, 2009). Esta intervención dirigida a los niños tiene una duración de 9 sesiones con 90 minutos cada una, divididas en cuatro componentes:

- a) Educativo, se da a los niños psicoeducación de la ansiedad y fobia social, aprenden a identificar los síntomas de la ansiedad y de la fobia social.
- b) Entrenamiento de habilidades sociales, se les enseña a iniciar, mantener y finalizar una conversación, asertividad, entrenamiento en hablar en público y solución de problemas.
- c) Exposición, mediante representación de papeles, los niños se exponen a las situaciones sociales temidas.
- d) Técnicas de reestructuración cognitiva, los niños identifican sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Parte de la última sesión se destina a prevenir recaídas.

En la tabla 1 se muestra las técnicas que se emplearon y los objetivos de cada sesión.

Tabla 1. Técnicas y objetivos de cada sesión para el tratamiento de Fobia Social

Sesiones	Técnicas empleadas	Objetivos
Sesión 1	Psicoeducación.	Saber qué es el miedo, la ansiedad y la fobia social. Identificar los síntomas de la ansiedad social.
Sesión 2	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva.	Identificar los pensamientos, emociones y conductas. Distinguir pensamientos irracionales. Reconocer qué se hace cuando aparecen los pensamientos irracionales. Conocer las distorsiones cognitivas. Modificar pensamientos irracionales negativos por pensamientos racionales.
Sesión 3	Entrenamiento de habilidades sociales. Relajación.	Identificar situaciones en las cuales se puede iniciar una conversación. Conocer estrategias para mantener una conversación. Aprender diversas formas para finalizar una conversación. Aprender a relajarse cuando se está tenso.
Sesión 4	Entrenamiento de habilidades sociales. Entrenamiento en asertividad.	Aprender a iniciar, mantener y finalizar conversaciones. Conocer estímulos que facilitan iniciar y mantener conversaciones,

		Identificar señales relativas cuándo se debe terminar una conversación. Diferencias entre comportamiento inadecuado y comportamiento asertivo.
Sesión 5	Entrenamiento de habilidades sociales. Entrenamiento en asertividad. Modelamiento de conductas. Relajación.	Empezar a iniciar, mantener y finalizar conversaciones. Empezar a decir no y defender los derechos propios. Aprender a relajarse cuando se está tenso.
Sesión 6	Exposición.	Empezar a iniciar, mantener y finalizar conversaciones.
Sesión 7	Exposición.	Empezar a iniciar, mantener y finalizar conversaciones.
Sesión 8	Exposición. Prevención de recaídas.	Aprender a hablar frente a un grupo.
Sesión 9	Exposición. Prevención de recaídas.	Hablar frente a un grupo. Conocer qué pasa cuando se vuelve a sentir ansiedad social.

A continuación se presentan los tres casos de niños con fobia social.

Caso 1: MLMS

Identificación del paciente

MLMS es del sexo femenino tenía 8 años, vivía con sus padres, el estatus socioeconómico es bajo. MLMS cursaba el tercer grado de primaria en la ciudad de México, la paciente no había recibido tratamiento psicológico.

Análisis del motivo de la consulta

MLMS manifestó que le da miedo sacar malas calificaciones, hablar frente de sus compañeros y cuando los niños la molestan. MLMS pensaba que se iba a equivocar enfrente de sus compañeros y que se darían cuenta si se equivocaba. Los síntomas físicos que presentaba MLMS al exponer o pasar al pizarrón eran: sudor en las manos, aceleración en el ritmo cardiaco, dolor de estómago y náusea. La paciente mencionó que estos síntomas los ha experimentado en el último año.

Historia del problema

MLMS comentó que la primera vez que tuvo la sensación que su corazón latía más rápido y le sudaban las manos fue hace un año cuando la maestra la puso a leer enfrente del grupo, la paciente sostenía el libro, pero le sudaban las manos, el libro empezó a resbalarse, por este motivo no podía pronunciar bien lo que leía y algunos de sus compañeros empezaron a reírse de ella. MLMS mencionó que desde esa ocasión han empeorado sus sensaciones. Esta situación limitaba sus actividades. La paciente comentó que tiene un primo que le da miedo platicar y hablar frente al grupo, la edad del primo es de 6 años.

Análisis y descripción de las conductas problema

A continuación se mencionan como afectaba la fobia social a la paciente en cinco áreas (conductual, cognitiva, fisiológica, afectiva e interpersonal).

1. Conductual: No participaba en clases, no leía enfrente de sus compañeros, no hablaba ellos.
2. Cognitiva: “Mis compañeros se van a dar cuenta que me voy a equivocar”.
3. Fisiológica: Sudor en las manos, dolor de estómago, náusea y ritmo cardiaco elevado.
4. Afectiva: Tristeza.
5. Interpersonal: Falta de redes sociales.

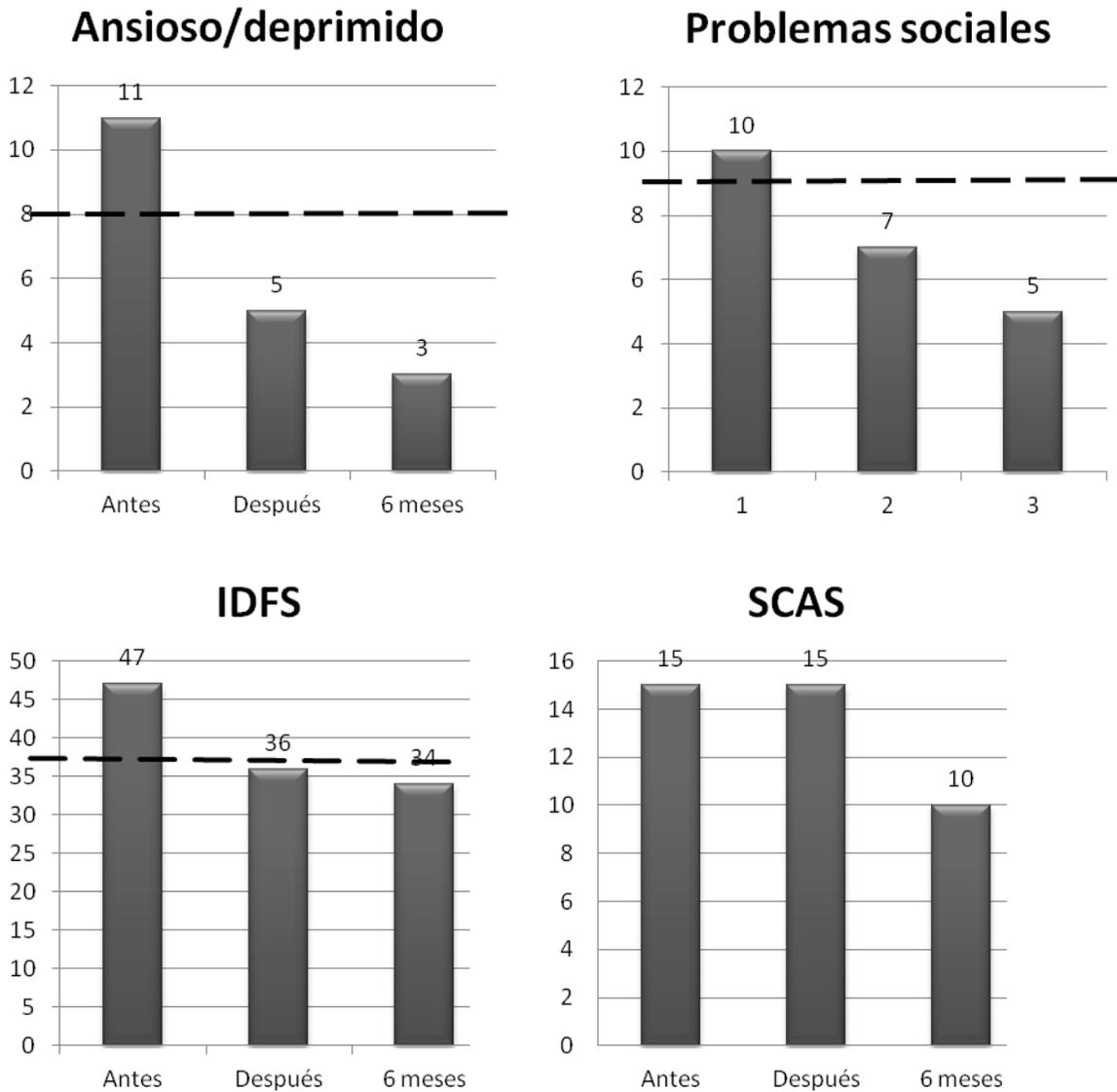
Se pretendió disminuir los síntomas fisiológicos y cognitivos. Se esperaba incrementar la conducta de participación en clase frente al grupo.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Como metas del tratamiento se establecieron que MLMS pudiera identificar y controlar los síntomas ansiosos, tuviera habilidades sociales y pudiera leer y participar dentro de su salón de clases.

Resultados de la evaluación

A continuación se presentan los puntajes que MLMS obtuvo en los tres instrumentos de evaluación, antes, inmediatamente después del tratamiento y en el seguimiento a 6 meses.



— — Punto de corte IDFS: Instrumento Diagnóstico de Fobia Social.

SCAS: Escala de Ansiedad para Niños de Spence.

Figura 1. Puntajes de MLMS en los tres momentos del tratamiento.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

La figura 1 muestra que antes del tratamiento, en la Lista de Conductas de Achenbach contestada por los padres, MLMS presentó un puntaje de 11 dentro de la subescala ansioso/deprimido. En la subescala de problemas sociales su puntuación fue de 10, ambas subescalas de la Lista de Conductas de Achenbach.

La calificación en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (IDFS) fue 47 puntos, y de 15 puntos en la Escala de Ansiedad para Niños de Spence.

Después del tratamiento, MLMS calificó en la subescala ansioso/deprimido de la Lista de Conductas de Achenbach 5 puntos y 7 puntos en la subescala de problemas sociales (véase anexo), en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social 36 puntos y en la Escala de Ansiedad para Niños de Spence 15 puntos (véase Figura 1).

Se observó una disminución en los puntajes de las subescalas ansioso/depresivo y problemas sociales de la Lista de Conductas de Achenbach. Cabe señalar que este instrumento lo contestan los padres, quienes observaron cambios en el comportamiento de su hija.

También se halló que MLMS en el IDFS presentó 36 puntos que se ubican por abajo del punto de corte. Por lo tanto, hubo una disminución de los síntomas respecto a los observados antes del tratamiento. Sin embargo, en la SCAS no se observó cambio.

Después de 6 meses de haber finalizado el tratamiento la aplicación se situó en un puntaje de 3 en la subescala ansioso/deprimido y de 5 en su subescala de problemas sociales, de la Lista de Conductas de Achenbach. En el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social registró 34 puntos y 10 puntos en la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (véase Figura 1).

Se observó mejoras en las puntuaciones de los 3 instrumentos con punto de corte, al ubicarse por debajo de éste.

Observaciones

Además de las medidas de autoinforme e informe de los padres se recogía información mediante una breve entrevista acerca de la persistencia de los síntomas.

Antes de iniciar el tratamiento, MLMS manifestaba que tenía miedo de pasar al frente en clase, lo que le provocaba sudoración en las manos, dolor de estómago, náusea y aceleración en el ritmo cardiaco. También pensaba que sus compañeros se percatarían que se sentía nerviosa. Refirió que todos estos síntomas habían empeorado en el último año.

Aún después del tratamiento, MLMS informó que aún presentaba ansiedad cuando la profesora le imponía el equipo con quien trabajar, cuando la regañaba frente a sus compañeros o cuando la criticaba. También le sudaban las manos, le dolía el estomago y sentía que se aceleraba el ritmo cardiaco cuando sus compañeros se burlaban de ella, cuando se equivocaba pensaba que los otros niños se darían cuenta porque la miraban o reían. Manistataba miedo de exponer frente al grupo.

Seis meses después del tratamiento, MLMS refería que aún pensaba que sus compañeros podrían percatarse de que estaba nerviosa, pero eso ya no le daba miedo. Decía saber que no le pasaría nada, pues ella es la única que sabe si está o no nerviosa.

Caso 2: YMPR

Identificación del paciente

YMPR tenía 6 años y es del sexo femenino, cursaba el primer grado de primaria. La paciente vivía con su madre y sus dos hermanos en la ciudad de

México, su nivel socioeconómico era bajo. YMPR no había recibido tratamiento psicológico.

Análisis del motivo de la consulta

YMPR comentó que le ponía nerviosa hablar, reunirse o jugar con sus compañeros, asimismo le daba miedo pasar al frente del salón porque pensaba que sus compañeros se iban a dar cuenta que estaba nerviosa. Además a YMPR le importaba mucho lo que los demás (madre, maestra, compañeros) pensaban de ella. Fisiológicamente la paciente informaba que le sudan las manos, se le acelera el corazón y presenta náusea cuando pasaba al pizarrón.

Historia del problema

La paciente mencionaba que desde que entró al kínder (4 años) empezó a tener las sensaciones fisiológicas (sudoración en manos, latidos arrítmicos y náusea), esto le sucedía cuando la maestra la regañaba por equivocarse. YMPR menciona que desde que ocurrió este suceso los síntomas de ansiedad se aumentaron.

Análisis y descripción de las conductas problema

A continuación se menciona como afecta la fobia social a la paciente en cinco áreas (conductual, cognitiva, fisiológica, afectiva e interpersonal).

1. Conductual: No jugaba con sus compañeros.
2. Cognitiva: "Si me equivoco mis compañeros se burlaran de mí".
3. Fisiológica: Sudor en las manos, náusea y ritmo cardiaco elevado.
4. Afectiva: Tristeza.
5. Interpersonal: Falta de redes sociales.

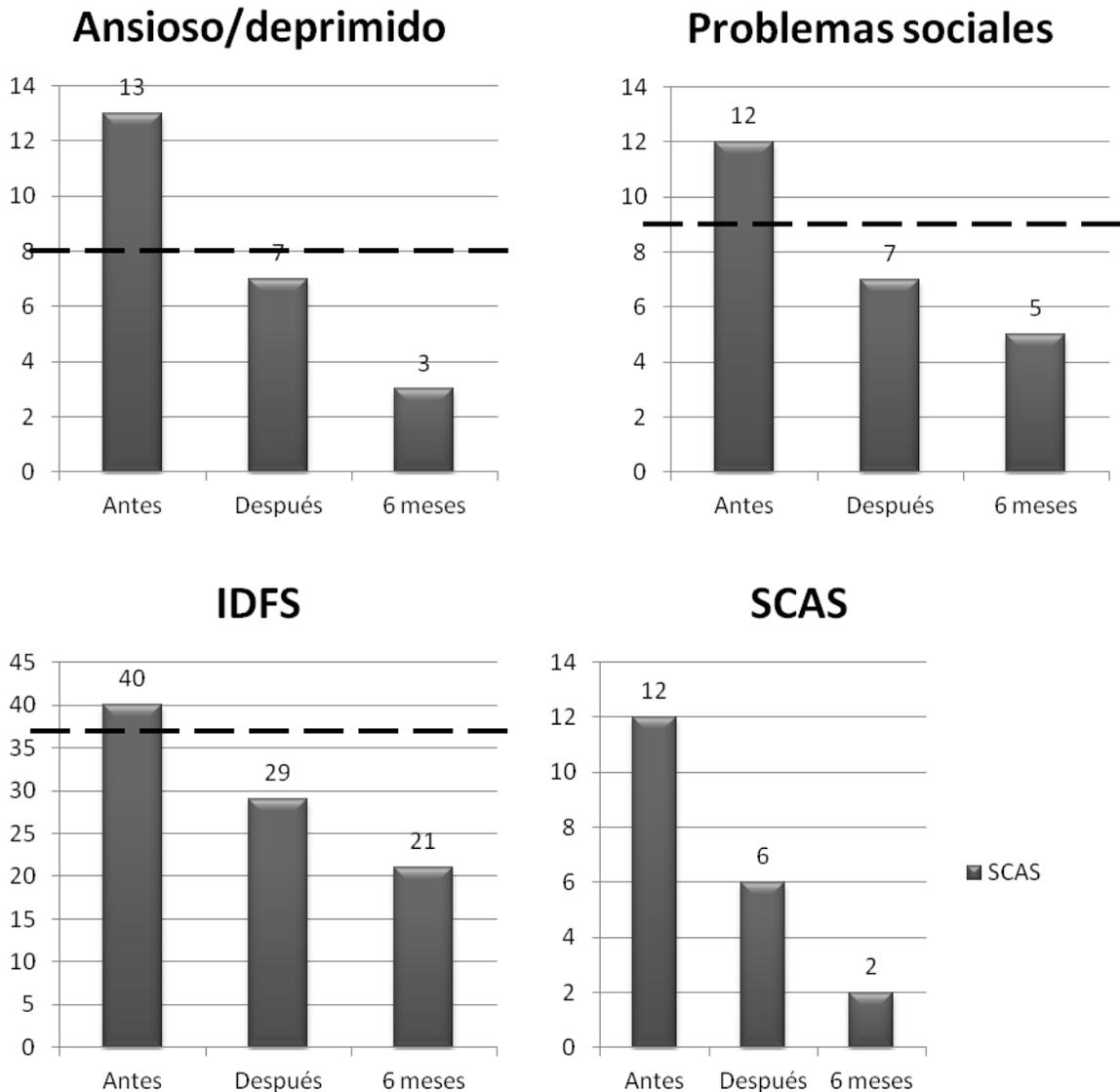
Se pretendió disminuir los síntomas fisiológicos y cognitivos. Se esperaba aumentar la conducta de participación frente al escolar.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Como metas del tratamiento se establece que después del tratamiento YMPR participara frente al grupo, asimismo que jugara y estableciera una relación de amistad con sus pares. Disminuir sus sensaciones fisiológicas y creencias irracionales.

Resultados de la evaluación

A continuación se muestran los puntajes que YMPR alcanzó en los tres instrumentos de evaluación, antes, inmediatamente después del tratamiento y en el seguimiento a 6 meses.



— — Punto de corte IDFS: Instrumento Diagnóstico de Fobia Social.

SCAS: Escala de Ansiedad para Niños de Spence.

Figura 2. Puntajes de YMPR en los tres momentos del tratamiento.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

En la Figura 2 la subescala ansioso/deprimido presentó un puntaje de 13 y en la subescala problemas sociales su puntuación fue de 12, ambas subescalas de la Lista de Conductas de Achenbach. Para el Instrumento Diagnóstico de

Fobia Social su puntuación fue de 40 puntos, mientras que en la Escala de Ansiedad para Niños de Spence obtuvo 12 puntos.

Después del tratamiento en la subescala ansioso/deprimido mostró un puntaje de 7 y en la de problemas sociales de 7. Respecto al Instrumento Diagnóstico de Fobia Social, la puntuación se ubicó en 29 puntos y la Escala de Ansiedad para Niños de Spence en 6 (véase Figura 2).

Se observa que los padres de YMPR notaron cambios en el comportamiento de su hija, puesto que al contestar la CBCL puntuó por debajo del punto de corte las dos subescalas que miden síntomas de fobia social.

Asimismo YMPR en los instrumentos de autoinforme manifestó una disminución de los síntomas de fobia social, ya que en el IDFS puntuó por debajo del punto de corte y en la SCAS disminuyó 6 puntos.

Seguimiento

Después de 6 meses de finalizado el tratamiento se aplicó los mismos instrumentos. En la subescala ansioso/deprimido YMPR presentó un puntaje de 3 y en la de problemas sociales su puntuación fue de 5. Para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social la puntuación fue 21 puntos, y en la Escala de Ansiedad para Niños de Spence se ubicó en 2 puntos (véase Figura 2).

Se observa que los puntajes de las 3 escalas con punto de corte están por debajo de este, lo que significa que las estrategias que se enseñaron en el tratamiento ayudaron a que disminuyera los síntomas de ansiedad social de YMPR. Asimismo los padres corroboraron este cambio.

Observaciones

Antes del tratamiento YMPR mencionaba que cuando se encontraba en un grupo de pares ella presentaba síntomas de ansiedad, asimismo le daba vergüenza jugar con sus compañeros. Sus pensamientos eran que sus compañeros se darían cuenta de que estaba nerviosa. Estos síntomas los presentaba desde que iba en el kínder. Después del tratamiento YMPR manifestaba que le daba un poco de miedo acercarse a entablar una conversación con sus pares, pero ya no dejaba de hacerlo. Asimismo ya no refería pensamientos relacionados a que sus compañeros se dieran cuenta de su ansiedad. Seis meses después del tratamiento YMPR mencionaba que ya no temía a entablar una conversación con sus pares.

Caso 3: ARVH

Identificación del paciente

ARVH era del sexo femenino tenía 12 años, vivía con sus padres, su estatus socioeconómico era bajo. ARVH cursaba el quinto grado de primaria en la ciudad de México, no había recibido tratamiento psicológico.

Análisis del motivo de la consulta

ARVH presentaba ansiedad cuando tenía que participar en clase y al jugar con sus compañeros. ARVH mencionaba que le sudan las manos y le temblaban las piernas. Los pensamientos que ARVH tenía en estas situaciones eran: “Mis compañeros se van a dar cuenta que estoy nerviosa”. ARVH presentaba ansiedad en situaciones sociales 6 meses atrás.

Historia del problema

ARVH mencionaba que desde hace más de un año presenta sensaciones como náusea, dolor de estómago y sudoración al participar, pasar al pizarrón o

cuando la maestra le preguntaba. También mencionaba que no tenía amigas. Asimismo la paciente pensaba que sus compañeros se darían cuenta de que estaba nerviosa y que es una tonta. Estas sensaciones que experimentaba ARVH le impedían entablar conversaciones con sus pares.

Análisis y descripción de las conductas problema

A continuación se menciona como afecta la fobia social a la paciente en cinco áreas (conductual, cognitiva, fisiológica, afectiva e interpersonal).

1. Conductual: No jugaba con sus compañeros.
2. Cognitiva: "Si paso al pizarrón me equivocare".
3. Fisiológica: Sudor en las manos y ritmo cardiaco elevado.
4. Afectiva: Tristeza.
5. Interpersonal: Falta de redes sociales.

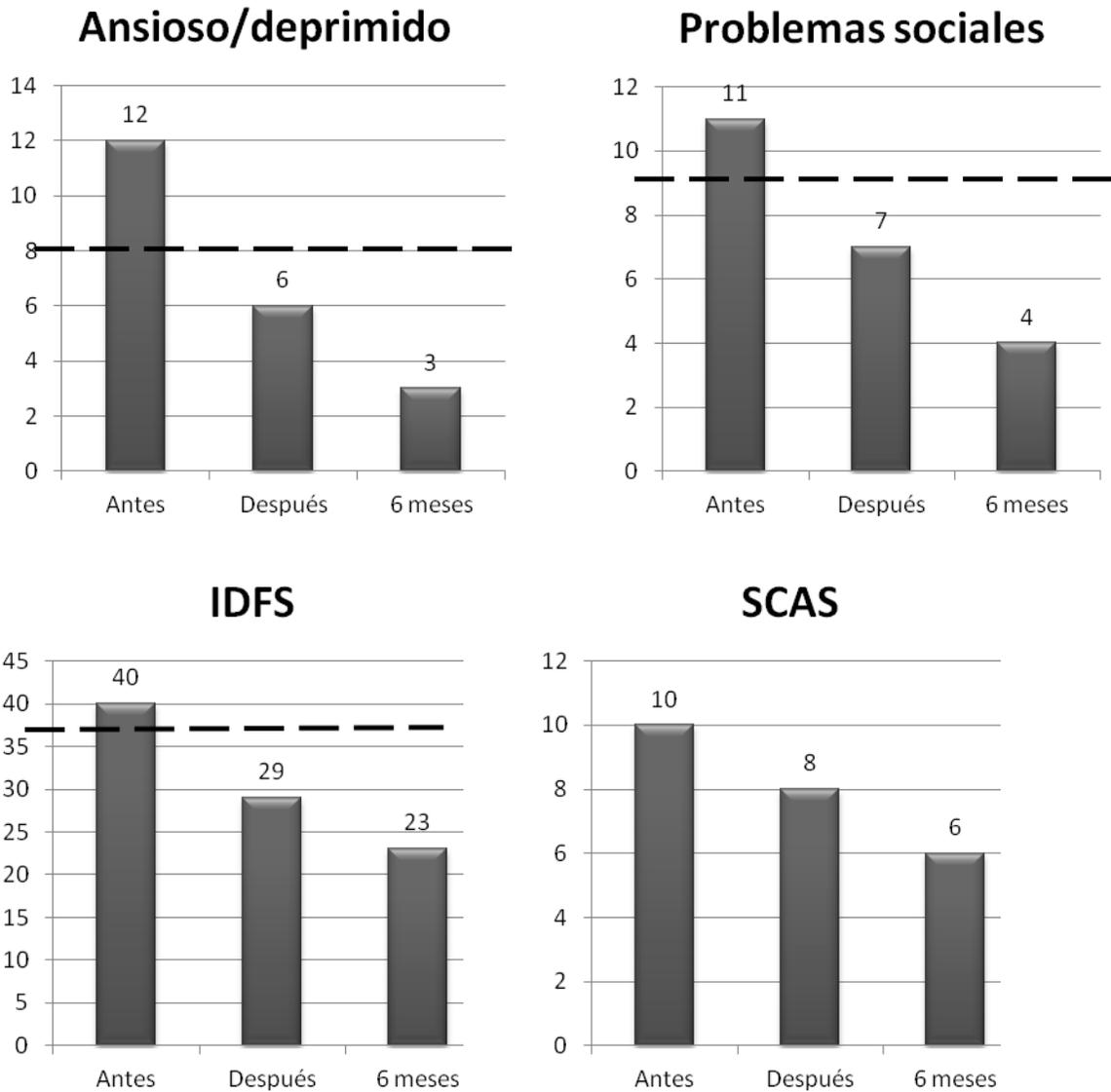
Se pretendía disminuir los síntomas fisiológicos y pensamientos negativos. Se esperaba incrementar la participación en clase y que formará una red social.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Se establecieron como metas del tratamiento que ARVH tuviera una relación de amistad con algunos de sus pares. Asimismo que participará y pasará al pizarrón sin miedo. También se propuso disminuir los síntomas fisiológicos.

Resultados de la evaluación

A continuación se presenta los puntajes de ARVH en los tres instrumentos de evaluación antes, inmediatamente después del tratamiento y en el seguimiento a 6 meses.



— — Punto de corte IDFS: Instrumento Diagnóstico de Fobia Social.

SCAS: Escala de Ansiedad para Niños de Spence.

Figura 3. Puntajes de ARVH en los tres momentos del tratamiento.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

En la Figura 3 se observa un puntaje de 12 en la subescala ansioso/deprimido presente y en la de problemas sociales de 11. El Instrumento Diagnóstico de Fobia Social registró 40 puntos y en la Escala de Ansiedad para Niños de Spence 10 puntos.

Después del tratamiento se observó una disminución en la subescala ansioso/deprimido de 6 y en la subescala problemas sociales su puntuación fue de 7. Mientras que en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social fue de 29 puntos y la Escala de Ansiedad para Niños de Spence de 8 puntos (véase Figura 3).

Los síntomas de fobia social que ARHV mostraba antes de tratamiento se redujeron. Hubo un decremento de sus puntuaciones rebasando el punto de corte. Los padres referían también un decremento de la ansiedad consistentemente en las dos subescalas del CBCL que ellos contestan.

Seguimiento

6 meses después del finalizar el tratamiento ARVH se ubicó en la subescala ansioso/deprimido en 3 puntos y en 4 en la subescala de problemas sociales. Para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social el puntaje fue de 23 puntos y la Escala de Ansiedad para Niños de Spence se situó en 6 puntos (véase Figura 3).

Hubo una disminución en los puntajes de las 3 escalas, lo que indica que las estrategias que se enseñaron en el tratamiento ayudaron a que ARVH disminuyeran sus síntomas de ansiedad social.

Observaciones

Antes de iniciar el tratamiento ARVH manifestaba que le sudaban las manos y aceleración del ritmo cardiaco al participar o pasar al pizarrón. Después del tratamiento la paciente manifestó que aún le sudaban las manos, pero que esto ya no le impedía pasar al pizarrón y que ya no tenía miedo a interactuar con sus compañeros. Al paso de seis meses de haber finalizado el tratamiento, ARVH mencionó que sólo le sudaban las manos al pasar a exponer y a veces al leer frente al grupo, aunque no le impedía realizar ambas actividades. Asimismo sus

cogniciones cambiaron. Manifestaba que no pensaba que los otros niños podrían decir que era tonta si se equivocaba. Asimismo refirió que los síntomas de ansiedad social mejoraron después del tratamiento.

Capítulo 5.

Discusión.

Como propósito fundamental del presente estudio figura el explorar si es eficaz para disminuir la fobia social un tratamiento cognitivo conductual basado en la adaptación para niños de la Intervención para Adolescentes con Fobia Social, desarrollada por Olivares y García-López (1998). Un segundo propósito intentó documentar si el cambio que se observara después del tratamiento se mantendría a lo largo del tiempo. Se pretendía también contestar la pregunta si el efecto terapéutico del tratamiento repercutiría en la ansiedad general del paciente. Finalmente, un cuarto propósito fue observar si al disminuir los síntomas de la fobia social, disminuirían también los problemas sociales de los niños observados por sus padres.

La herramienta empleada para dar respuesta a estas interrogantes fue el estudio de caso que documenta la aplicación de un tratamiento y sus efectos. El estudio de caso puede ser útil para el psicólogo profesional, pues muestra con cierto detalle la aplicación de los tratamientos empíricamente validados en escenarios naturales. Se presenta aquí tres réplicas directas que son una demostración de la generalidad de los resultados, al corroborarse su similitud de un caso a otro.

La variable dependiente más importante del estudio y meollo del primer propósito del estudio aquí presentado fue la fobia social. La fobia social se midió mediante el empleo de dos instrumentos distintos. Ambos instrumentos, el IDFS (Instrumento Diagnóstico de Fobia Social) y la SCAS (Escala de Ansiedad para Niños de Spence), permiten observar los posibles cambios después del tratamiento de la fobia social. El resultado del presente estudio revela que las niñas de los tres casos presentaban fobia social antes del tratamiento. En la evaluación justo después del tratamiento las tres niñas mostraron cambios que las

ubicaban por debajo del punto de corte en la medida IDFS. Este resultado no fue tan claro respecto a las respuestas ante la SCAS, pues una de las niñas, MLMS, no mostró cambio alguno. No obstante, esta niña sí mostró cambio en las puntuaciones del IDFS. Las dos niñas restantes manifestaron reducción en ambas medidas. Como es posible apreciar, el efecto del tratamiento no coincidió del todo de una medida a otra de la fobia social. Para el IDFS la mejora se reflejó en las 3 niñas.

Cada una de las 2 escalas empleadas mide aspectos diferentes de la fobia social. En tanto que el IDFS se refiere a una variedad amplia de conductas y situaciones asociadas con la fobia social, la escala de ansiedad social de la SCAS sólo pregunta acerca de 4 síntomas generales. En otros estudios se había observado, al utilizar instrumentos que miden una extensa gama de respuestas y situaciones, que los cambios se daban en una forma más gradual (Baer & Garland, 2005; García-López et al, 2006; Gallagher, Rabian, McCloskey, 2004; Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar & Olivares, 2008). Esto no se encontró en el presente en donde el instrumento que no reflejó cambio después del tratamiento fue el más general que mide 4 síntomas.

Respecto a la comparación pre-post tratamiento que es la que responde al primer propósito del presente estudio podría concluirse que ambas medidas muestran la reducción de la fobia social después del tratamiento, excepto en el caso de una niña en la SCAS. Este resultado se corroboró a partir de las respuestas de los padres, quienes representan una segunda fuente de información que añade validez a los datos aquí encontrados. Se convalidó la reducción después del tratamiento observada por los propios niños en dos medidas independientes, al percibir también los padres una disminución de la ansiedad general de sus hijos. Por lo tanto, coincidieron ambos informantes: los niños y sus padres. Este dato es congruente con estudios previos que han hallado que el autoinforme de los niños y el informe de sus padres reflejan el mismo efecto de este tratamiento (Barrett et al., 1996; Gallagher et al., 2004 y Spence et al., 2000).

El segundo propósito era indagar acerca del mantenimiento del cambio a lo largo del tiempo. Con el paso de los meses resultó más obvio el cambio progresivo después del tratamiento. En ambas medidas cumplimentadas por los niños fue posible corroborar que no sólo se mantenía el efecto observado justo al término del tratamiento, sino que los síntomas de la fobia social disminuían aún más a 3 y 6 meses después del tratamiento. Podría sugerirse que, como el alivio de los síntomas de la fobia social se refleja en la adquisición de habilidades sociales y su establecimiento a lo largo del tiempo, al quedar bajo el control de las contingencias naturales provistas por los pares, los efectos del tratamiento son más importantes conforme transcurre el tiempo. Resultados similares se han informado ya en un estudio previo con niños con problemas de habilidades sociales. En ese caso también el cambio inmediatamente después del tratamiento fue modesto y alcanzó una disminución franca después de transcurrido tiempo de la terminación de éste (Hernández-Guzmán, González, & López, 2002). Podría proponerse entonces que las habilidades sociales se consolidan progresivamente a lo largo del tiempo, al quedar bajo el control proporcionado por la interacción con los pares.

Respecto a la segunda fuente de informantes representada por los padres, los hallazgos fueron similares a los manifestados por los niños a los 3 y 6 meses. Los padres informaron una disminución de la sintomatología de la ansiedad general en las evaluaciones de seguimiento. Hallazgo que convalida los resultados arrojados por ambas medidas aplicadas a los niños, IDFS y SCAS. A los 6 meses después del tratamiento, coincide en los 3 casos aquí estudiados que las puntuaciones de ansiedad percibida por los padres se ubicaron muy por debajo del punto de corte.

Un cuarto propósito del presente trabajo fue explorar si la disminución de los síntomas de fobia social repercutía en la disminución de los problemas sociales observados por los padres. Los padres, al responder la escala de

problemas sociales de la lista de conductas de Achenbach, percibieron antes del tratamiento que las niñas presentaban problemas sociales por arriba del punto de corte. No obstante, una vez terminado el tratamiento los padres informaron de una disminución importante de los problemas sociales de sus hijas, de tal manera que las puntuaciones se ubicaron en los 3 casos por debajo del punto de corte. Al igual que en las medidas tanto de fobia social como de ansiedad, los problemas sociales también disminuyeron claramente a los 3 y, aún más, a los 6 meses. La disminución paralela de los problemas sociales sugiere que al tener un efecto el tratamiento sobre la ansiedad social de los niños, también se modificó otra variable a la que el tratamiento no estaba dirigido: problemas sociales. Problemas sociales de sus hijas que no sólo disminuyeron justo después de terminado el tratamiento, sino que también mostraron una reducción progresiva a lo largo del tiempo. Se apreció entonces una mejoría para las 3 niñas tratadas en todas y cada una de las variables dependientes del presente estudio.

Los 3 estudios de caso en los que se aplicó el mismo tratamiento cognitivo conductual muestran resultados similares. Se trata de la Intervención para Niños con Fobia Social, adaptada para población infantil de un tratamiento ideado por Olivares y García-López (1998), la Intervención para Adolescentes con Fobia Social. Uno de los componentes fundamentales en los que se basa dicha intervención es la exposición en vivo que, junto con otras técnicas que se utilizan típicamente en el tratamiento cognitivo conductual tales como son la reestructuración cognitiva, la psicoeducación y el entrenamiento de habilidades sociales, resulta sumamente eficaz para abatir la sintomatología de la fobia social. No sólo se observó la disminución de los síntomas de fobia social, sino también de otros problemas percibidos por los padres, como la ansiedad y los problemas sociales. La aplicación del tratamiento en los 3 casos se tradujo en una mejoría significativa de las niñas a lo largo del tiempo una vez terminado el tratamiento.

Al igual que en estudios previos como el de Albano y Kendall (2002), Baer y Garland (2005) y Olivares y García-López (2001), también la aplicación de esta

intervención cognitivo conductual redundó en la mejoría de las niñas tratadas. Ya existían indicios previos (Olivares, Rosa et al., 2003) que señalaban hacia la eficacia de la Intervención para Adolescentes con Fobia Social. Sin embargo, la eficacia de este tratamiento no se había comprobado en niños. Los hallazgos aquí presentados no sólo convalidan los de estudios previos, sino que muestra la generalidad del tratamiento para su aplicación en población infantil.

Al analizar por separado las distintas técnicas utilizadas en el presente estudio sobresale la técnica de exposición en vivo. Es una técnica que ya ha demostrado su fuerza y poder para abatir otros problemas de ansiedad y que resulta indispensable dentro del paquete de tratamiento de la fobia social (Mulken et al., 2001; Olivares & García-López, 2002; Pina et al., 2003). La meta de la exposición en vivo es romper la asociación existente entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad. Esta ruptura necesaria del vínculo *situación temida-reacción de ansiedad* se entiende en términos de la extinción del condicionamiento clásico o respondiente. Implica asimismo el aprendizaje de que las consecuencias negativas anticipadas como parte de la sintomatología de la fobia social ya no ocurren al romperse esta cadena.

Un elemento adicional utilizado como parte del tratamiento de la Intervención para Niños con Fobia Social incluye la reestructuración cognitiva. Dentro del contexto de la reestructuración cognitiva se reduce la influencia que ejercen los pensamientos distorsionados en la fobia social. Los aspectos cognitivos se relacionan directamente con la respuesta emocional de ansiedad. En el caso de la fobia social, estas cogniciones son interpretaciones erróneas de la percepción que tiene la persona que padece la fobia social de lo que los demás piensan de ella. Esto le provoca intensa ansiedad y mucho malestar. El tratamiento aplicado en el presente estudio incluye la modificación de los pensamientos distorsionados en las situaciones que provocan la ansiedad que, en última instancia, tienen como desenlace una respuesta instrumental de evitación. Defendida por Beck (1997), la reestructuración cognitiva se encamina precisamente

a modificar las distorsiones cognitivas típicas de la fobia social, para dotar al niño en este caso de recursos que le permitan afrontar los sucesos temidos, por un lado, y para prevenir las recaídas, por el otro.

También se utilizó aquí algunos elementos de la solución de problemas para reconstruir algunas de las posibilidades de afrontamiento a las que los niños podrían recurrir como alternativa a las conductas de evitación típicas de la fobia social.

Un aspecto fundamental de la fobia social es que conforme el niño se aísla de las situaciones sociales, no sólo no pone en práctica las escasas habilidades sociales que poseía, sino que pierde la oportunidad de aprender habilidades nuevas que le permitan interactuar eficientemente con sus pares. Por lo tanto, un componente necesario en el tratamiento de la fobia social es el dotar al paciente de habilidades sociales. Es importante subrayar a este punto que, dado que el tratamiento utilizado representa un paquete de técnicas, el entrenamiento de habilidades sociales por sí solo no produce un efecto sobre la fobia social infantil. Es menester combinarlo con la exposición y la reestructuración cognitiva para lograr el éxito deseado.

En conclusión, la aplicación del tratamiento compuesto por las técnicas mencionadas a 3 niñas con un diagnóstico de fobia social se asoció en este estudio con una mejora significativa. Mejora que se observó después del tratamiento y continuó manifestándose a lo largo del tiempo, al disminuir de manera importante hacia los 3 y 6 meses. Las puntuaciones obtenidas después del tratamiento en las diversas medidas se ubicaron por debajo de sus puntos de corte respectivos. En tal sentido, las niñas pasaron de manifestar un cuadro de síntomas dentro de los criterios de diagnóstico a la disminución de síntomas al grado de ya no cumplir con esos criterios.

Otro resultado importante del presente estudio es que no sólo se observó una reducción de síntomas de fobia social percibida por las niñas y la ansiedad percibida por sus padres, sino la reducción de los problemas sociales. Podría sugerirse que hubo un efecto clínicamente significativo en las 3 réplicas directas del tratamiento. La relevancia clínica de este tratamiento se ha documentado anteriormente en diversos estudios. La relevancia clínica significa un beneficio adicional del tratamiento que redundará en el funcionamiento social y personal de las niñas sometidos a éste.

Como conclusión final valdría la pena subrayar que el tratamiento Intervención para Niños con Fobia Social no sólo es eficaz y eficiente, sino que también es clínicamente relevante. La eficacia se demostró a partir de la reducción de los síntomas de fobia social, su eficiencia respecto a la ubicación de los puntajes de las 3 niñas en las medidas de fobia social muy por debajo del criterio diagnóstico de este trastorno. Finalmente, la relevancia social se basó en el funcionamiento de las niñas en su contexto social, al disminuir los problemas sociales.

A pesar de los resultados halagadores de la aplicación de la Intervención para Niños con Fobia Social no se debe ignorar ciertas limitaciones de la metodología empleada. Por una parte, los dos instrumentos para identificar los síntomas de fobia social son medidas de autoinforme en los que los niños manifiestan si presentan o no síntomas de fobia social. Por otra parte, la medida que se empleó para corroborar el autoinforme de los niños fue también un informe de los padres de lo que percibían sobre sus hijos en cuanto a la ansiedad en general. Cabe mencionar al respecto que las medidas de autoinforme e informe difícilmente descartan el problema de la deseabilidad social como explicación de los resultados. Sin embargo, en este estudio el hecho de que se haya empleado dos fuentes de información distintas resta credibilidad a la idea de que la deseabilidad social sea una explicación plausible.

Al no ser los instrumentos de autoinforme una medida directa de la conducta instrumental que caracteriza a la fobia social, otro problema del presente estudio fue no realizar registros observacionales de los niños en su ambiente social. Esto debido a los costos implicados en aplicación de un procedimiento de observación directa que suelen ser muy elevados. Por esta razón, una mayoría de estudios recurren con mucha más frecuencia a medidas de autoinforme.

La observación directa es también una alternativa importante a las medidas de autoinforme en cuanto al sesgo que representa la aplicación reiterada de los mismos instrumentos de manera repetida a lo largo del tiempo. Se ha criticado que la aplicación reiterada del mismo instrumento tiene un efecto de aprendizaje y tiende a sesgar las respuestas en aplicaciones subsiguientes. A lo largo del presente estudio cada instrumento de medida se aplicó cuatro veces a cada niña, antes, inmediatamente después del tratamiento, y a los 3 y 6 meses.

Finalmente la utilización del estudio de caso como estrategia metodológica para investigar sobre la eficacia de un tratamiento no es precisamente la más idónea. La investigación sobre la eficacia de los tratamientos echa mano de grupos de comparación mediante ensayos clínicos aleatorios como la metodología más sólida que permite desechar un mayor número de explicaciones alternas de los efectos observados. En contraste, el estudio de caso adolece de serios problemas metodológicos pues no permite descartar sesgos como el simple paso del tiempo o la maduración, entre otros. Por lo que estudios futuros deberán utilizar metodologías más sólidas que permitan derivar conclusiones válidas.

Cabe señalar para terminar que a pesar de las limitaciones arriba expuestas, las réplicas sucesivas de la aplicación de la intervención en 3 niñas con fobia social son promisorias y permiten recomendar este tratamiento como una opción para abatir la fobia social en niños.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington, VT: ASEBA.
- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, *14*, 129-134.
- Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioural group treatment for social phobia in adolescence: A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *183*, 649–656.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, 4th ed.). Quinta reimpresión (1998). Barcelona: Masson.
- Baer, S., & Garland, J. (2005). Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of American of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(3), 258-264.
- Baeza, V. C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de Neuropsicología*, *1*(2), 127–138.
- Bandura, A. (1976). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Escapa-Calpe, 1982.
- Barlow, D. H., Esler, J. K. L., & Vitali, A. E. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.) *A guide to treatments that work* (pp.288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Barrera, T. L. & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 1086–1090.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety. *Journal of Clinical and Children Psychology*, *27*(4), 459-468.

- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 187-203.
- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(4), 276-284.
- Beidel, D. C., & Morris, T. L. (1995). Social phobia. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 181–211). New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S., & Fink, C. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment*, 8, 235-240.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., & Dal-Ré, R. (1999). Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. *Medicina Clínica*, 112(14), 530-538.
- Bokhorst, K., Goossens F. A., & de Ruyter, P. A. (1995). Social anxiety in elementary school children: The effects of a curriculum. *Educational Research*, 37, 87–94.
- Botella, C., Baños, R. M., & Perpiñá, C. (2003). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. México: Paidós
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., & Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9(1), 21-27.

- Buela-Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525-532.
- Caballo, V., & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8, 173-215.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clark, D. M., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J., Kirisci, L., & Jacob, R. (1994). Reliability and validity of the social phobia and anxiety inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Coelho, H. F., Cooper, P. J., & Murray, L. (2007). A family study of co-morbidity between generalized social phobia and generalized anxiety disorder in a non-clinic sample. *Journal of Affective Disorders*, 100, 103–113.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 631-648.
- Curry, J. F., March, J. S., & Hervey, A. S. (2004). Comorbidity of childhood and adolescent anxiety disorders. En T.H. Ollendick & J.S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 116-140). Nueva York: Oxford University Press.
- Di Nardo, P. A., Brown T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.
- Echeburua, E., & Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: Un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 1-23.
- Essau C. A, Conradt J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in adolescents. *Journal Anxiety Disorder*, 14, 263-279.

- Falloon, I., Lloyd, G. G., & Harpin, R. E. (1981). The treatment of social phobia: Real life rehearsal with non-professional therapists. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *169*, 180-184.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Vivani, B., Salmoria, R., & Perone, A. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry*, *15*, 17-24.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *21*(3), 311-324.
- Ferro, G. R., & Vives, M. M. C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, *5*(16), 997-9.
- First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: How well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? *Biological Psychiatry*, *52*(10), 987-997.
- Funke, P., Schlange, H., & Ulrich, Y. (1978). Clinical investigations and therapy with selective mutes. *Acta Paedopsychiatrica*, *43*, 47-55.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A., & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*, 459-479.
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. & Rosa, A. I. (2006) Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, *20*(2), 175–191.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel D. C, & Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social anxiety scale for adolescents, the fear of negative evaluation scale and the social avoidance distress scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *22*(4), 51-59.

- García-López, L.-J., Olivares, J., Turner, S. M., Beidel, D. C., Albano, A. M., & Sánchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual, 10*(2), 371-385.
- Gil-Bernal, F., & Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología, 40*(1), 89-104.
- Gil-Bernal, F. M. E. (2004). *Un instrumento para medir fobia social*. (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gil-Bernal, F. M. E. (2009). *Evaluación de un modelo terapéutico para el manejo de la fobia social en niños en edad escolar*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Grave, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 24*(4), 399-421.
- Hayden, T. L. (1980). The classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19*, 297-310.
- Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. G. (2002). Brief cognitive-behavioral therapy: Definition and scientific foundations. En F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 1-19). Chichester, U.K: John Wiley & Sons.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry, 51*(1), 101-108.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 1-23.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 325-339.

- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: UNAM, Facultad de Psicología, DGAPA.
- Hernández-Guzmán, L. (2005). *Lista de Conductas de Achenbach: Validez y confiabilidad*. (Proyecto de investigación DGAPA IN-302002), México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L. *Desarrollo de la psicopatología infantil y adolescente*. Manuscrito no publicado.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González, M. M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Aguilar, V. J., & Gallegos, G. J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Hernández-Guzmán, L., González, S., & López, F. (2002). Effect of guided imagery on children's social performance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(4), 471-484.
- Kashdan, T. B., McKnight, P. E., Richey, J. A. & Hofmann, S. G. (2009). When social anxiety disorder co-exists with risk-prone, approach behavior: Investigating a neglected, meaningful subset of people in the national comorbidity survey-replication. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 559–568.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kendall, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 3-6.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive & Behavioral Practice*, 5, 177-198.
- King, N., Murphy, G. C., & Heyne, D. (1997). The nature and treatment of social phobia in youth. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(4), 377-388.

- La Greca A. M., & López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Labrador, E. F. J., Vallejo, P. M. A., Matellanes, M. M., Echeburúa, O. E., Bados, L. A., & Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 84. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=Infocop-numeros>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Marzillier, J. S., Lambert, C. & Kellett, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behavior Research and Therapy*, 14(3), 225-238.
- Mash, E., & Terdal, L. (1981). *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press.
- Masia, C. L., Hofmann, S. G., Klein, R. G., & Liebowitz, M. R. (1999). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA).
- Masia-Warner, C., Klein, R., Dent, H., Albano, A., & Guardino, M. (2003). *School-based intervention for social anxiety disorder in adolescents: Results of a controlled study*. Unpublished Manuscript.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Unpublished manuscript.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C.,... Aguilár-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Méndez, F. X., Sánchez, J., & Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Mersch, P., Emmelkamp, P., Bögels, S., & Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behavior Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Mulkens, S., Bögels, S. M., Jong, P. J., & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- Mustaca, A. E. (2004). Tratamientos psicológico eficaces y ciencia básica. *Revista Universitaria Konrad Lorenz*, 36(1), 11-20.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 7-21.
- Olivares, J., & Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis: Desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 483-515.
- Olivares, J., & García-López, L. J. (1998). *Therapy for adolescents with social phobia generalized: A new cognitive-behavioral treatment protocol for social phobia in adolescence*. Manuscrito no publicado.
- Olivares J., & 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(2), 409-419.
- Olivares, J., & García-López, L. J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.

- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M., & Hidalgo, M. D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, *10*, 147-164.
- Olivares, J., Alcázar, R., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, A. M., & López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: Una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, *11*(3), 599-622.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., La Greca, A. M., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The social phobia and anxiety inventory and the social anxiety scale for adolescents. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, *2*, 467-476.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *21*, 67-78.
- Olivares, J., Méndez, F. X., & Macià, D. (1996). Mutismo selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, *4*(2), 169-192.
- Olivares, J., Olivares-Olivares, P. J., & Rosa, A. I. (2008). *Estudio de la comorbilidad de la fobia social en la adolescencia en una muestra comunitaria de adolescentes españoles*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Olivares, J., Rosa, A. I., & Vera-Villarreal, P. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, *21*, 153-162.
- Olivares, J., Sanchez-Garcia, R., Lopez-Pina, J. A. & Rosa-Alcazar, A. I. (2010). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory for children in a Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(2), 961–969.

- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I. & Olivares, J. (2008). Does individual attention improve the effect of group treatment of adolescents with social phobia? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 465-481.
- Öst, L. G., Jerremalm, A., & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Otto, M. W., Smits, J. A. J., & Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(suppl, 5), 34-41.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for the early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Rodríguez, J. F., & Contreras C. M. (1998). Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. *Revisión Biomédica*, 9, 181-191.
- Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., & Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: Una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 23-42.
- Sánchez-García, R., & Olivares, J. (2009). Intervención temprana en niños y adolescentes con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 75-88.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.

- Sluckin, A., Foreman, N., & Herbert, M. (1991). Behavioural Treatment Programmes and Selectivity of Speaking at Follow-up in a sample of 25 Selective Mutes. *Australian Psychologist*, *126*, 132-137.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor analytic-study. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 280–297.
- Spence, S. H., & Donovan, C. (1998). Interpersonal problems. In P. Graham (Ed.), *Cognitive-behaviour therapy for children and families*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child and Psychology Psychiatry*, *41*(6), 713-726.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B., & Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification*, *2*, 41-60.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, *1*, 35-40.
- Vasey, M. W. (1995). Social anxiety disorders. En A. R. Eisen, C. A. Kearney, & C. E. Schaefer (Eds.), *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 131–168). Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Viana, A. G., Rabian, B., & Beidel, D. C. (2008). Self-report measures in the study of comorbidity in children and adolescents with social phobia: Research and clinical utility. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 781–792.
- Villa, H., Botella, C., Quero, S., Ruipérez, M. A., & Gallardo, M. (1998). Propiedades psicométricas de dos medidas de autoinforme en fobia social: Miedo a la evaluación negativa (FNE) y escala de evitación y ansiedad social (SADS).
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 448-457.