

Terapia psicológica
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
sochpscl@entelchile.net
ISSN (Versión impresa): 0716-6184
CHILE

2006

César A. Rey A. / Derly R. Aldana A. / Sujelid Hernández R.
ESTADO DEL ARTE SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL
Terapia psicológica, diciembre, año/vol. 24, número 002
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile
pp. 191-200

Estado del Arte sobre el Tratamiento de la Fobia Social

State of the Art about the Treatment of Social Phobia

César A. Rey A.¹

Derly R. Aldana A.

Sujelid Hernández R.

Universidad Católica de Colombia, Colombia.

(Rec:12 septiembre 2006 - Acep:13 noviembre 2006)

Resumen

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis crítico de la efectividad de las principales opciones de tratamiento de la fobia social, específicamente la farmacoterapia, las terapias conductuales y cognoscitivas y el tratamiento cognoscitivo conductual. Para ello se presenta, inicialmente, los aspectos descriptivos fundamentales de dicho trastorno, incluyendo sus criterios diagnósticos, comorbilidad y características asociadas. Posteriormente se reseñan dichas opciones de tratamiento y los datos de efectividad sobre las mismas reportados en la literatura especializada. Se concluye que la terapia de exposición y la combinación de exposición y reestructuración cognoscitiva son las opciones terapéuticas que cuentan con el mayor respaldo empírico en términos de efectividad, evitación de efectos iatrogénicos y medidas de seguimiento.

Palabras claves: Fobia social, farmacoterapia, terapia conductual, tratamiento cognoscitivo conductual.

Abstract

The objective of this work is to critically analyze the effectiveness of social phobia's main options of treatment, specifically pharmacotherapy, behavior and cognitive therapies and the behavioral cognitive treatment. Initially the major descriptive aspects of this dysfunction are presented, including diagnostic criteria, co-morbidity and associate characteristics. Later the previously mentioned treatments are presented with effectiveness data reported by the specialized literature. It is concluded that exposition therapy and the exposition and cognitive restructuring combination are the therapeutic options with the biggest empirical background in terms of effectiveness, avoidance of iatrogenic effects and follow-up measures.

Key words: Social phobia, pharmacotherapy, behavior therapy, behavioral cognitive treatment.

Introducción

El trastorno de ansiedad social o fobia social se define como un miedo persistente y clínicamente significativo a situaciones que involucran la posible evaluación o escrutinio por parte de otras personas (Cervera, Roca & Bodes, 1998; Li, Chokka & Tibbo, 2001; Stein, Torgrud & Walker, 2000). Sus síntomas se expresan en las tres modalidades de respuesta (conductual, fisiológica y cognoscitiva), manifestándose a nivel cognoscitivo, según Allen & Page (2005), en pensamientos referentes a la posibilidad de ser juzgado o criticado negativamente por decir algo que resulte tonto o aburrido, por ser poco asertivo o por no saber qué decir o hacer frente a otras personas. A nivel fisiológico, son comunes

los síntomas típicos de un episodio de excitación autónoma, que pueden tomar la forma de un ataque de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación (Vg., taquicardia, temblores, enrojecimiento facial, sensación de ahogo, sudoración excesiva, hiperventilación, etc.), mientras que a nivel motriz es frecuente la evitación de dichas situaciones sociales (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Aunque en algunas personas estas dificultades pueden limitarse a situaciones sociales específicas (Vg., fobia social circunscrita), en otras pueden ser más difusas e involucrar prácticamente todos los contactos sociales (Vg., fobia social generalizada, Buela-Casal & Sierra 2001; Cía, 2004). Las situaciones sociales fóbicas más comunes son hablar en público, mantener conversaciones, estar en un lugar donde la persona pueda estar siendo observada por otras, ir a una fiesta y comer o beber en lugares públicos (Nordernberg, 1999). Otras situaciones consideradas socialmente fóbicas

¹ Correspondencia a: Cesar Rey a Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología, Cra.13 N° 47-49, Bogotá, D. C., Colombia. E-mail: crey@ucatolica.edu.co

son presentar un examen y expresar desacuerdo a gente que no se conoce muy bien (Cía, 2004).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Versión, Texto Revisado ([DSM-IV-TR], Asociación Psiquiátrica Americana [APA] (2002), se habla de fobia social cuando:

1. Existe un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público (en el caso de los niños entre los dos y los cinco años de edad es necesario que esta ansiedad se manifieste en reuniones con individuos de su misma edad).
2. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca una respuesta inmediata de ansiedad (que puede traducirse en los niños en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar).
3. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional (en los niños no es necesario este reconocimiento).
4. Las situaciones sociales o actuaciones en público se evitan o se afrontan a costa de una gran ansiedad.
5. La situación social interfiere acusadamente con la rutina normal del individuo.
6. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
7. Los síntomas de ansiedad no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, sean fármacos o drogas, o a una enfermedad psiquiátrica. Si existe alguna enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor social fóbico no se relaciona con estos procesos.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) también permite determinar si la fobia social es generalizada, es decir, si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales.

Por otro lado los criterios que presenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión ([CIE 10], Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), establecen que la fobia social es una entidad nosológica concreta que se caracteriza por: a) Inicio en la adolescencia, b) temor a ser enjuiciado por otras personas, c) la evitación de las situaciones sociales temidas, las cuales pueden ser restringidas o difusas, d) baja autoestima y e) temor a las críticas. Los síntomas fisiológicos más comunes son ruborización, temblor de manos, náuseas y necesidad imperiosa de micción. La OMS (1992) también estipula lo siguiente en relación con este diagnóstico: a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas; b) esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales

concretas y determinadas y c) la situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Actualmente se estima que el grado de incapacidad de la fobia social y su prevalencia son más altos de lo que se consideraba anteriormente (Curtis, Kimball & Stroup, 2004). Stein & Kean (2000) encontraron que dicho trastorno afectaba diferentes áreas de la vida e impactaba negativamente la calidad de vida de las personas que lo presentaban, seleccionadas entre 8000 personas residentes de Ontario, Canadá. Stein, Torgrud & Walker (2000) señalan, en ese sentido, que entre más situaciones sociales fóbicas se padece, mayor el grado de deterioro de la persona. En cuanto a su prevalencia, la APA (2002) informa que los estudios epidemiológicos muestran que este trastorno afecta entre un 3% y un 13% de la población. En el Estudio Nacional sobre Salud Mental realizado en Colombia en el año 2003 (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2004), se encontró que la prevalencia vida de la fobia social alcanzaba el 5.1% tanto en los varones como en las mujeres, entre la muestra poblacional entrevistada constituida por 4544 adultos mayores de 18 años de edad.

Es posible que esta alta prevalencia se deba a la conjugación de factores biológicos (por ejemplo, genéticos), ambientales (por ejemplo, la exposición a experiencias sociales aversivas) y psicológicos (por ejemplo, el aislamiento social), que la evidencia muestra que intervienen en su desarrollo (Cervera, Roca & Bodes, 1998; Walsh, 2002).

Comorbilidad y rasgos asociados

El conocimiento de la comorbilidad de un trastorno es importante para poder realizar un diagnóstico diferencial y prescribir un tratamiento de una manera racional y efectiva. En el caso de la fobia social, se ha señalado que ésta comúnmente se presenta junto con el trastorno de pánico, el abuso de sustancias psicoactivas y la depresión mayor (Rapee, 2000; Swinson, 2005). Debido a que estos trastornos suelen presentarse posteriormente al desarrollo de la fobia social (APA, 2002), es muy probable que su desarrollo se deba en buena parte a la afectación que este trastorno de ansiedad genera en las personas que lo presentan.

Camacho (2005) describió la relación existente entre el consumo de bebidas alcohólicas y un conjunto de factores sociodemográficos, la ansiedad social y las expectativas positivas hacia el alcohol, en un grupo de 618 estudiantes universitarios de ingeniería, con edades que oscilaban entre los 16 y los 35 años de edad y que se encontraban vinculados a dos instituciones privadas de Bogotá. Encontró que la intensidad del consumo de bebidas alcohólicas (“Moderada”, “Alta” y “Abusiva”), correlacionaba positivamente con el nivel de ansiedad social (“Bajo”, “Medio” y “Alto”). También encontró que las expectativas de consumo más arraigadas dentro de la muestra total eran la “Facilitación de la interacción”, la “Expresividad verbal”, la “Desin-

hibición” y los “Cambios fisiológicos”. Estos resultados sugieren que el riesgo de consumir abusivamente bebidas alcohólicas aumenta conforme aumenta el nivel de ansiedad social, debido a la creencia de que el alcohol ayuda a contrarrestar los efectos sociales negativos de dicha ansiedad (Himle et al., 1999).

Las características más comunes de las personas con fobia social, por otra parte, incluyen un déficit en habilidades sociales, una escasa red de apoyo social, un limitado número de contactos sociales, dificultades en el ámbito escolar y/o laboral relacionadas con los temores fóbicos, hipersensibilidad a la crítica, temor en situaciones sociales que implican algún tipo de evaluación, baja autoestima y sentimientos de inferioridad (APA, 2002). Es posible que el limitado número de contactos sociales se deba a ideas negativas sobre el trato en las situaciones sociales, encontradas en personas con un elevado grado de ansiedad social (Rapee, 2000). De hecho, según el autor citado, se han obtenido puntuaciones más altas en la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Watson & Friend, 1969) en fóbicos sociales que en personas no fóbicas.

Craske & Pontillo (2001) han revisado los estudios sobre los sesgos cognoscitivos propios de personas con trastornos de ansiedad y han concluido que dichas personas pueden presentar los siguientes sesgos: a) Una atención selectiva a los estímulos relacionados con los objetos o situaciones que les producen ansiedad, b) una tendencia a tener recuerdos negativos relacionados con la amenaza, cuando afrontan el objeto o situación temida y c) una sobreestimación de la probabilidad de ser víctima de un suceso aversivo, cuando se enfrenta el objeto o situación amenazante. Existe evidencia de la presencia de estos tres sesgos en personas con fobia social, así como de una tendencia a evaluar negativamente su propio desempeño durante las situaciones sociales, en comparación con personas no fóbicas (Rapee, 2000).

La evidencia también señala que se incrementan los síntomas de ansiedad en las personas con fobia social, cuando éstas llevan a cabo tareas que implican un aumento en la atención hacia ellas mismas. Woody (1996) encontró que la ansiedad anticipatoria era mayor en un grupo de personas con fobia social generalizada que tenían que realizar un discurso, comparados con otras que solo debían permanecer parados frente al público. Kashdan & Roberts (2004), así mismo, compararon un grupo de estudiantes universitarios con un alto nivel de ansiedad social con otro con un bajo nivel, hallando que los primeros habían experimentado un más intenso afecto negativo, un menor afecto positivo y un más bajo sentido de autoeficacia, al llevar a cabo una tarea en la que debían charlar con otra persona en una conversación en la que progresivamente debían hablar más de sí mismas. Woody & Rodríguez (2000), en la misma línea, compararon los niveles de ansiedad y desempeño de personas con fobia social y personas normales, resultantes de la realización de una tarea que implicaba enfocar la atención en sí mismas,

hallando que dicha auto-atención elevaba los niveles de ansiedad en ambos grupos, pero no afectaba su desempeño social. La relación entre la atención centrada en sí mismo y la ansiedad, encontrada por estos dos autores, era, de hecho, independiente del grado de temor a la evaluación negativa. Todos estos resultados señalan que si bien las personas con fobia social son más propensas a sentirse ansiosas cuando deben llevar a cabo tareas que implican centrar la atención en sí mismas, ello también ocurre en las personas sin fobia social. También muestran que las personas con fobia social tienen una visión negativa de sí mismas y que, por ello, su ansiedad aumenta si tienen que llevar a cabo tareas que implican ser el foco de atención de otras personas, pues temen realizar acciones que sean objeto de críticas u otra forma de escrutinio social. Tal vez por ello uno de los efectos positivos del tratamiento psicológico efectivo para la fobia social, es la disminución de los pensamientos negativos sobre sí mismo (Hofmann, 2000).

De acuerdo con Allen & Page (2005) y Overholser (2002), la tendencia a predecir resultados negativos durante las situaciones sociales fóbicas, no solo se ocasionaría por una visión negativa de sí mismo, sino por altos estándares de desempeño social. El resultado sería la activación del temor a la evaluación negativa propio de dicho tipo de fobia y a la concomitante ansiedad anticipatoria que degenera en un aumento de la excitación autónoma (Rappe, 2000). La tendencia a predecir resultados negativos durante las situaciones sociales fóbicas, a su vez, conllevaría a tener expectativas negativas sobre el propio desempeño y sobre las reacciones de los demás (Beazley, Glass, Chambless & Arnkoff, 2001; Wilson & Rapee, 2005).

Tratamiento

Los tratamientos más utilizados para el trastorno de ansiedad social son los farmacológicos, las terapias conductuales y cognoscitivas y los tratamientos cognoscitivo-conductuales (Cottraux, 2005; Overholser, 2002; Rowa & Antony, 2005; Scott & Heimberg, 2000).

Tratamientos farmacológicos

La eficacia de este tipo de tratamientos para la fobia social ha recibido una gran atención en los últimos años (Botella, Baños & Perpiñá, 2003). Los objetivos del tratamiento psicofarmacológico para este trastorno incluyen: a) Reducir los síntomas de activación autónoma, b) disminuir la ansiedad anticipatoria y las conductas evitativas, c) bloquear las crisis de pánico situacionales y d) tratar las condiciones comórbidas (Cía, 2004). Los medicamentos más utilizados son los beta-bloqueantes adrenérgicos, las benzodiazepinas y algunos antidepresivos (Barlow, 2002; Book & Randall, 2002).

Los beta-bloqueantes adrenérgicos (atenolol, propano-

lol), utilizados también como antihipertensivos, se recomiendan principalmente para el tratamiento de las fobias sociales específicas, debido a que suprimen los síntomas periféricos de activación autónoma, como la aceleración cardíaca, la sudoración y la hiperventilación, aumentando la confianza del paciente para afrontar las situaciones sociales fóbicas (Cía, 2004; Echeburúa, 1996). Sin embargo, estos psicofármacos no parecen ser efectivos para disminuir la ansiedad anticipatoria (Scott & Heimberg, 2000).

Las benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam, bromacepan), utilizados con otros trastornos de ansiedad, tienen un efecto similar al de los beta-bloqueantes adrenérgicos, pero sus efectos no se mantienen después de que se ha interrumpido el tratamiento, por lo que se teme que puedan generar dependencia (Scott & Heimberg, 2000). Además, según los autores citados, pueden generar varios efectos secundarios, incluyendo sedación excesiva, dificultades de concentración, problemas sexuales (disminución de la libido y anorgasmia), problemas de coordinación y problemas de memoria.

Los antidepresivos que se han utilizado para la fobia social son los inhibidores de la monoaminoxidasa (tranilcipromina, fenelzina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram) (Echeburúa, 1996; Scott & Heimberg, 2000). El uso de los inhibidores de la monoaminoxidasa es limitado debido a que supone restricciones en la dieta de alimentos ricos en tiroxina y pueden conllevar a crisis de hipertensión (Cía, 2004). Además, pueden tener varios efectos secundarios, incluyendo aumento de peso, vértigos e interferencias en el sueño y la función sexual (Scott & Heimberg, 2000). Los datos ofrecidos por Liebowitz et al. (1992) señalan, por otra parte, que la fenelzina podría ser más efectiva para las personas con fobia social que el atenolol. En un estudio doble ciego (en donde ni el paciente ni el médico saben qué droga está recibiendo el primero), en el que asignaron al azar un grupo de 74 pacientes con fobia social (76% con fobia social generalizada), a un tratamiento de ocho semanas con dicho psicofármaco, con atenolol o con placebo, encontraron un mayor porcentaje de pacientes recuperados en el primer grupo (64%), que en el segundo (30%) y el tercero (23%). Adicionalmente, hallaron efectos superiores de dicho psicofármaco sobre el atenolol, 16 semanas después de iniciado el tratamiento.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, por su parte, han recibido una gran atención en los últimos años ya que sus efectos secundarios son escasos (Barlow, 2002) y han sido considerados, según Scott & Heimberg (2000), como agentes de primera línea para el tratamiento de la fobia social por su eficacia demostrada y tolerancia relativa.

Stein, Fyer, Davidson, Pollack & Wiita (1999) trataron con fluvoxamina a un grupo de 48 pacientes varones y mujeres con fobia social, con dosis flexibles que fluc-

tuaban entre los 50 miligramos hasta un máximo de 300 miligramos al día, incrementados en 50 miligramos cada semana, y los compararon con un grupo placebo (44 pacientes), en un estudio doble ciego de asignación aleatoria realizado durante 12 semanas (la mayoría de los pacientes -91.3%- presentaba fobia social generalizada). Hallaron un porcentaje mayor de recuperación entre los pacientes tratados con fluvoxamina (42.9%), que en el grupo placebo (22.7%), así como puntuaciones significativamente menores en dos mediciones de fobia social, que este último, a partir de la sexta y octava semana de tratamiento. Las mediciones de discapacidad también fueron favorables para el grupo medicado con fluvoxamina.

Stein et al. (1996) trataron durante 11 semanas a 36 pacientes con fobia social generalizada, con una dosis promedio de paroxetina de 47.9 miligramos. De estos 36 pacientes, 30 completaron el tratamiento. Encontraron que el 77% respondió al tratamiento, mostrando disminuciones importantes en las puntuaciones obtenidas en una medición de fobia social y en otra de ansiedad social. Adicionalmente, asignaron aleatoriamente a 16 de los pacientes que respondieron al tratamiento, a un grupo que recibió la misma dosis del psicofármaco en cuestión (ocho pacientes) o a un grupo placebo (ocho pacientes), en un estudio doble ciego en el que se encontró que solo uno de los pacientes del primer grupo tuvo recaídas, en comparación con cinco del segundo. Estos últimos datos sugieren, según señalan los mismos autores, que la discontinuación de este psicofármaco puede generar recaídas.

Van Ameringen et al. (2001) asignaron aleatoriamente a 204 pacientes externos adultos que presentaban fobia social generalizada (114 varones y 90 mujeres), a un tratamiento con sertralina o a un placebo, en un estudio doble ciego de veinte semanas. La dosis inicial fue de 50 miligramos por día, con un aumento de 50 miligramos adicionales al día cada tres semanas, después de la cuarta semana de tratamiento, hasta un máximo de 200 miligramos al día (dosis flexible). Un 53% de los participantes del primer grupo, en comparación con un 29% del segundo, mostraron mejorías de acuerdo con una medición de impresión clínica global, así como mejores resultados en dos mediciones de fobia social que dicho grupo. Además, un porcentaje importante de dichos pacientes (76%) mostraron tolerancia al psicofármaco, ya que terminaron el tratamiento.

Blomhoff et al. (2001) asignaron aleatoriamente un grupo de 387 pacientes con fobia social generalizada (234 mujeres y 153 varones), a un tratamiento inicial de 50 y hasta 150 miligramos al día de sertralina (194 pacientes) o a un placebo (193 pacientes), durante un estudio doble ciego de 24 semanas. En cada grupo, adicionalmente, un subgrupo recibió una terapia de exposición (un tratamiento psicosocial que se reseña más adelante). Se encontró una tasa de mejoría significativamente mayor entre los pacientes tratados con sertralina más exposición (45.5%) y con

sertralina solamente (40.2%), que los tratados con placebo solamente (23.9%). No hubo diferencias significativas entre la tasa de mejoría exhibida por los pacientes que recibieron sertralina más exposición y sertralina solamente. Los investigadores advierten, no obstante, que no se llevó a cabo un control de calidad de la terapia con exposición, por lo que los resultados obtenidos en relación con dicho tratamiento deben ser tomados con precaución.

A pesar de estos datos a favor de su efectividad, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina también generan algunos efectos secundarios indeseados, como aumento de peso, somnolencia e interferencias en el sueño y la función sexual (Scott & Heimberg, 2000).

Otros psicofármacos. El gabapentín, un anticonvulsivante, también ha sido probado para el tratamiento de la fobia social. Pande et al. (1999) asignaron aleatoriamente un grupo de 69 pacientes con dicho trastorno a un tratamiento de 14 semanas con dicho psicofármaco (dosis flexibles diarias de entre 900 y 360 miligramos) o a un placebo, encontrando reducciones significativas de los síntomas en el primer grupo, comparado con el segundo. Sin embargo, según estos autores, los participantes exhibieron los efectos colaterales conocidos de dicho psicofármaco: Boca seca, somnolencia, náuseas, flatulencia y disminución de la libido.

Tratamientos conductuales

Los tratamientos conductuales que se han utilizado para la fobia social son las técnicas de contra condicionamiento, las técnicas de confrontación con el estímulo fóbico, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en habilidades de exposición. Las *técnicas de contra condicionamiento* se basan en el supuesto de que se puede inhibir la respuesta de activación autónoma, induciéndose una respuesta incompatible -comúnmente la relajación- (Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz 1989). En el caso de la fobia social, comúnmente se utiliza el entrenamiento en relajación, prefiriéndose en ese sentido la relajación muscular progresiva publicada por Jacobson en 1934, en la cual se enseña la relajación de grupos musculares mediante la discriminación entre tensión y relajación de los mismos, permitiéndole al individuo identificar cuándo se siente tensionado (Vg., en las situaciones ansiógenas y en otras situaciones cotidianas), con el fin de implementar la técnica para disminuir los niveles de activación fisiológica (Botella, Baños & Perpiña, 2003).

Las *técnicas de confrontación con el estímulo fóbico*, por su parte, parten de la base de que la fobia social es adquirida por condicionamiento clásico y buscan la extinción de la respuesta condicionada de temor, a través de la exposición directa o gradual a la situación fóbica por medio de la imaginación o en la realidad. Entre dichas técnicas se incluyen la inundación, la implosión y la exposición in

sensu (imaginada) y en vivo (Fliegel et al., 1989), utilizándose estas dos últimas para la fobia social, especialmente la exposición in vivo (Fresco & Heimberg, 2001; Haug et al., 2002). La exposición ha mostrado ser tan efectiva como la terapia cognoscitivo conductual para el tratamiento de la fobia social. Feske & Chambless (1995) compararon ambos tratamientos con una muestra de nueve participantes para el primer tratamiento y de doce para el segundo, hallando resultados similares tanto a nivel postratamiento como a nivel de seguimiento, en medidas de autoinforme de ansiedad social y en otras variables.

El *entrenamiento en habilidades sociales* se realiza con el objetivo de suplir ciertas habilidades que le faltan a las personas con fobia social y cuyo déficit les resta confianza para afrontar las situaciones sociales fóbicas (Botella, Baños & Perpiña, 2003; Overholser, 2002). También se realiza bajo el supuesto de que los déficits en habilidades sociales mantienen la fobia al predisponer al individuo a desempeñarse negativamente durante la situación social fóbica (Fresco & Heimberg, 2001). Echeburúa (1996) considera conveniente realizar un entrenamiento en los componentes fundamentales de las habilidades sociales con las personas con fobia social, debido a que éstas por lo común evitan un buen número de situaciones sociales, lo cual puede conllevar a un aislamiento social que favorece el mantenimiento de dicho trastorno. Sin embargo, los datos empíricos no son conclusivos en relación con que las personas con fobia social tengan un déficit generalizado de habilidades sociales o si, más bien, inhiben su conducta social en las situaciones sociales fóbicas por lo que se muestran socialmente inhábiles ante los demás (Rapee, 2000).

El entrenamiento en habilidades sociales puede variar en cuanto al número, especificidad y tipo de habilidades a entrenar, dependiendo de la situación social fóbica (Botella, Baños & Perpiña, 2003; Overholser, 2002) y comúnmente implica la utilización de una metodología de aprendizaje estructurado que incluye modelado por parte del terapeuta, ensayos de conducta, información para corregir las deficiencias, refuerzo social y práctica entre sesiones (Botella, Baños & Perpiña, 2003).

El entrenamiento en habilidades sociales parece incrementar la eficacia del tratamiento cognoscitivo conductual grupal para la fobia social. Herbert, Gaudiano, Rheingold & Myers (2005) compararon un programa cognoscitivo conductual de tipo grupal para esta problemática, con otro que incorporaba dicho entrenamiento, implementados en personas con fobia social generalizada. Encontraron resultados superiores en los participantes del segundo grupo.

Overholser (2002) recomienda combinar el entrenamiento en habilidades sociales con un entrenamiento en relajación y un cambio en el estilo cognoscitivo del cliente efectuado a través de reestructuración cognoscitiva implementada en ejercicios de exposición. El "Entrenamiento en Efectividad Social" (Effectiveness Social Training)

o “Terapia para la Eficacia Social” (Olivares & García, 2002), combina este entrenamiento con educación sobre la fobia social y exposición y cuenta con datos a favor de su efectividad a nivel de postratamiento (Fresco & Heimberg, 2001). Olivares & García (2002) encontraron reducciones significativas en la ansiedad social a nivel postratamiento y en una medición de seguimiento realizada a los doce meses, en un adolescente con fobia social generalizada tratado con este programa.

El *entrenamiento en habilidades de exposición* se ha utilizado para el temor a hablar en público, bajo el supuesto de que dicho temor es favorecido por un déficit en habilidades de exposición y manejo del auditorio, que redundan en un desempeño inadecuado durante la intervención grupal (Cardona & Heredia, 1991). Tal entrenamiento se puede enfocar, según los mencionados autores, en los siguientes puntos:

1. Habilidades de expresión: Exposición de las ideas en forma clara y ordenada, manejo de volumen, velocidad de la voz, disminución del uso de muletillas, exposición de forma fluida.
2. Comportamientos no verbales: Disminución de movimientos corporales exagerados, estereotipados o rígidos, manejo de la posición corporal hacia el auditorio y del contacto visual con el mismo.
3. Habilidades de exposición y manejo del auditorio: Estrategias de organización de las temáticas presentadas y estrategias para manejar las intervenciones o preguntas del auditorio.
4. Saludo inicial y final, solicitud de preguntas, apariencia, sonoridad, saber introducir y finalizar.

Según los autores mencionados, es importante que la persona haya aprendido a manejar adecuadamente la respuesta fisiológica (por ejemplo, por medio de relajación), antes de recibir este entrenamiento.

Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso, desarrollada por Hayes y sus colegas (Hayes & Wilson, 1994; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes & Strosahl, 2004), es un tratamiento cuyos autores consideran de base conductista radical, que también ha sido utilizado para la fobia social. Consta de cinco etapas sucesivas que ayudan al cliente a comprometerse con sus valores, ayudándolo a aceptar y vivenciar sus dificultades psicológicas y actuar pese a ellas. Por lo común se lleva cabo en 16 sesiones y ha sido implementada tanto de forma individual como grupal, siendo considerada ideal para los problemas psicológicos que entrañan evitación emocional, involucrando la realización de tareas de exposición a los síntomas de dichos problemas.

Esta terapia fue implementada en su totalidad con 17 varones y mujeres con un promedio de edad de 31 años, que habían sido diagnosticados con fobia social y que temían a por lo menos tres situaciones sociales (Dalrymple, 2005). El tratamiento fue implementado de manera individual por medio de 12 sesiones semanales de una hora y sus efectos fueron medidos a nivel pre-tratamiento, en la mitad de la terapia y a nivel postratamiento. Los resultados mostraron un mejoramiento postratamiento en síntomas de ansiedad social autoinformados y evaluados por un clínico, en habilidades sociales, en calidad de vida y en un conjunto de mediciones específicas de esta terapia (voluntad, evitación experiencial y valoración de la acción). Estos resultados señalan que este programa terapéutico podría ser exitoso para el tratamiento de la fobia social, aunque no se cuenta con estudios que valoren su efectividad frente a tratamientos bien establecidos para este trastorno, como los cognoscitivo-conductuales.

Terapias cognoscitivas

El uso de la terapia cognoscitiva para la fobia social ha mostrado una gran acogida en los últimos años, debido a los resultados de los estudios sobre los sesgos cognoscitivos propios de las personas con dicho trastorno. Las dos terapias cognoscitivas utilizadas para la fobia social son la reestructuración cognoscitiva y el entrenamiento en focos atencionales.

Reestructuración cognoscitiva. De acuerdo con Fresco & Heimberg (2001), en la reestructuración cognoscitiva que se implementa con las personas con fobia social se busca que el usuario: a) Identifique los pensamientos negativos que vienen a su mente antes o durante las situaciones sociales fóbicas; b) evalúe la exactitud de dichos pensamientos sometiéndolos a verificación por medio de la información objetiva de la que dispone o la resultante de “experimentos” planeados previamente por el terapeuta y c) derive pensamientos alternativos racionales que le ayuden a neutralizar los efectos de los pensamientos mencionados.

Adicionalmente, en la reestructuración cognoscitiva se ayuda al usuario a que comprenda el impacto de sus pensamientos sobre sus reacciones emocionales y conductuales y a que considere dichos pensamientos como hipótesis que se pueden discutir y someter a prueba. Para ello, además de los experimentos mencionados previamente, el terapeuta cuestiona verbalmente las cogniciones inadecuadas del usuario mediante preguntas e información correctiva y lo ayuda a definir sus pensamientos en términos específicos y concretos (Cía, 2004). Según Fresco & Heimberg (2001) y Overholser (2002), la utilización efectiva de esta técnica requiere la realización de ejercicios de exposición en vivo ante la situación social fóbica. De hecho, un meta-análisis realizado por Sánchez, Rosa & Olivares (2004) con 35 estudios europeos sobre el tratamiento psicológico de la

fobia social, mostró que la reestructuración cognoscitiva por sí sola no era recomendada para el tratamiento de este trastorno. En cambio, hallaron que los tratamientos psicológicos más efectivos eran la exposición, la exposición con reestructuración cognoscitiva, la exposición con reestructuración cognoscitiva y entrenamiento en relajación y el entrenamiento en habilidades sociales con reestructuración cognoscitiva.

Entrenamiento en focos atencionales o de concentración en la tarea. Este tratamiento se basa en la evidencia que indica que las personas con fobia social tienden a enfocar la atención en sí mismas cuando afrontan las situaciones sociales fóbicas, lo cual se ha interpretado como una forma de evitación activa de los estímulos sociales amenazantes (Wells & Papageorgiou, 1998; Woody & Rodríguez, 2000). En este tratamiento, se empieza por enseñarle al usuario que se fije en un estímulo neutral para que, progresivamente, vaya atendiendo a los estímulos que causan la ansiedad. Específicamente se le pide que se dé cuenta de cómo centra su atención en sí mismo; luego, que preste atención a estímulos externos no amenazantes y, por último, que atienda a los estímulos amenazantes y generadores de ansiedad. El tratamiento comienza realizándose en el consultorio del terapeuta para que después el cliente aplique las habilidades enseñadas en el ambiente real (Mulken, Bögels & de Jong, 1999, citados por Rowa & Antony, 2005). Según Rowa & Antony (2005), esta alternativa de tratamiento se ha llevado a cabo con personas con fobia social que temen ruborizarse, con resultados similares al tratamiento con exposición.

Tratamientos cognoscitivo-conductuales

Si muchos de los diferentes tratamientos conductuales y cognoscitivos reseñados previamente, han exhibido efectos positivos contra la fobia social, es de esperar que su combinación conduzca a efectos aun mayores. La evidencia empírica ha respaldado, en general, ese supuesto. Allen, Hunter & Donohue (1989), por ejemplo, realizaron un meta-análisis de las técnicas de tratamiento utilizadas para el temor a hablar en público, encontrando que la combinación de reestructuración cognoscitiva, desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades, es más efectiva para la reducción de dicho temor, que su uso separado. No obstante, como ya se señaló, se ha encontrado que la exposición puede ser igual de efectiva que el tratamiento cognoscitivo conductual de la fobia social (Feske & Chambless, 1995; Sánchez et al., 2004).

La combinación de técnicas terapéuticas en los tratamientos cognoscitivo-conductuales para la fobia social, parece obedecer, en general, a la necesidad de atacar cada una de las tres modalidades de respuesta, tendiendo a la implementación de técnicas conductuales para los canales conductual y fisiológico y a la utilización de la reestructuración cognoscitiva para abordar el canal cognoscitivo

(Fresco & Heimberg, 2001; Rowa & Antony, 2005; Overholser, 2002), compartiendo las características generales de los tratamientos cognoscitivo-conductuales expuestas por McGinn & Sanderson (2001), a saber: a) Su caracterización como terapia breve, b) el uso de un manual de tratamiento que permite el seguimiento de un protocolo de tratamiento relativamente flexible, c) la utilización de estrategias de tratamiento fundamentadas en las teorías del aprendizaje y la teoría cognoscitiva, probadas empíricamente, d) la definición de metas de tratamiento específicas, realistas y cuantificables, e) la revisión periódica de los avances del proceso de tratamiento, f) el uso de estrategias para optimizar la generalización de los efectos positivos del tratamiento y la prevención de recaídas y h) el empoderamiento del cliente enseñándole habilidades que puede utilizar fuera de las sesiones.

De acuerdo con Overholser (2002), la evidencia empírica señala que el tratamiento efectivo de la fobia social, implica el uso combinado de cuatro técnicas terapéuticas: El entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognoscitiva y la exposición en vivo. Con base en ello plantea un programa de tratamiento de cuatro etapas sucesivas: a) El establecimiento de una profunda alianza terapéutica, que involucre la evaluación, la entrevista diagnóstica y la educación al usuario sobre los síntomas de ansiedad y su intervención; b) la realización del entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en relajación y la reestructuración cognoscitiva; c) la implementación de la exposición en vivo, con ejercicios en los cuales el usuario utilice cada una de las técnicas trabajadas previamente, y d) la enseñanza de estrategias para la prevención de recaídas, que le permitan al usuario tolerar los sentimientos negativos y las interacciones sociales desafiantes. No obstante, todavía no es muy claro cuál es el peso relativo de cada uno de estos posibles componentes de la terapia cognoscitivo-conductual de la fobia social (Rowa & Antony, 2005), si bien se cuenta con datos que indican que el entrenamiento en habilidades sociales optimiza los resultados de este tratamiento (Herbert et al., 2005).

Los estudios de evaluación del programa desarrollado por Heimberg y sus colegas (Heimberg et al, 1990; Heimberg, Salzman, Hope & Blendell, 1993), señalan, en ese sentido, que el tratamiento efectivo de corte cognoscitivo conductual para la fobia social requiere simplemente la combinación de dos técnicas terapéuticas: La reestructuración cognoscitiva y la exposición. Este programa, que se lleva a cabo de manera grupal por medio de dos terapeutas, en doce sesiones semanales de dos horas y media y en el que participan entre cinco y siete usuarios, contempla cinco fases sucesivas, a saber (Scott & Heimberg, 2000): a) Fase educativa: en la que se enseña a los clientes la naturaleza de la ansiedad y sus manifestaciones en los tres canales de respuesta, b) fase de auto-monitoreo: en la cual se les enseña a rastrear dichas manifestaciones ante las situaciones

ansiosas, c) fase de reestructuración cognoscitiva: en la que se enseña esta técnica tal como se señaló previamente, d) fase de exposición durante las sesiones: en la que se comienza con una exposición a las situaciones sociales fóbicas a través de juegos de roles realizados en las sesiones, con el apoyo de los terapeutas y los otros miembros del grupo de terapia, y e) fase de exposición fuera de las sesiones: en la cual, con base en las habilidades que los clientes han aprendido previamente, comienzan a afrontar las situaciones sociales fóbicas en la vida real. El programa también procura la implementación de estrategias para que los clientes prevengan recaídas.

El programa de Heimberg mostró mejores resultados que un programa educativo y una píldora placebo y resultados similares que la fenelzina, seis semanas después de haberse implementado el tratamiento, aunque mejores resultados que este psicofármaco en términos de recaídas, doce semanas después de dicha implementación (Heimberg et al., 1998). También cuenta con datos positivos de mantenimiento, cinco años posteriores al tratamiento (Heimberg et al., 1993).

Meta-análisis comparativos de tratamientos farmacológicos versus cognoscitivo-conductuales

Se han publicado dos meta-análisis donde se ha comparado la eficacia de los tratamientos psicológicos y los tratamientos farmacológicos de la fobia social. En el de Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Massachusetts (1997) se analizaron 24 estudios que abarcaban 1079 participantes y se comparó el tamaño del efecto de los estudios que implementaron terapias conductuales y cognoscitivo-conductuales con aquellos en donde se evaluaron tratamientos farmacológicos. Encontraron que los dos tipos de tratamientos eran eficaces para la fobia social, a la luz del índice del tamaño del efecto utilizado y que la media del tamaño del efecto de los primeros fue mayor al de los segundos (.74 versus .62), si bien esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Entre los tratamientos conductuales y cognoscitivo-conductuales, los más efectivos fueron la exposición y la exposición combinada con reestructuración cognoscitiva, mientras que los farmacológicos de mayor tamaño del efecto fueron los recaptadores selectivos de la serotonina y las benzodiazepinas.

Fedoroff & Taylor (2001), con base en 104 estudios clínicos, compararon la efectividad de once modalidades de tratamiento para la fobia social, incluyendo tres farmacoterapias (benzodiazepinas, recaptadores selectivos de la serotonina e inhibidores de la monoaminoxidasa), cinco psicoterapias (exposición, reestructuración cognoscitiva, exposición más reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación) y tres modalidades de control experimental (lista de espera, píldora de placebo y atención de placebo). Encontraron que los más consisten-

temente eficaces eran las farmacoterapias, especialmente las benzodiazepinas y los recaptadores selectivos de la serotonina, aunque no se contaba con suficientes estudios para determinar su eficacia a largo plazo. Por el contrario, los tratamientos psicológicos, con efectos más moderados, evidenciaron mantenimientos de las ganancias terapéuticas en las medidas de seguimiento realizadas.

Conclusiones

Es evidente que el tratamiento de la fobia social ha despertado un considerable esfuerzo investigativo, que ha conllevado al análisis de la efectividad de diferentes alternativas de tratamiento conductuales, cognoscitivas y cognoscitivo-conductuales, así como a la implementación de una relativamente amplia variedad de tratamientos farmacológicos y la realización de meta-análisis de la eficacia de los diversos tratamientos utilizados (Vg., Fedoroff & Taylor, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Massachusetts, 1997; Méndez, Sánchez & Moreno, 2001; Sánchez, Rosa & Olivares, 2004). Es probable que esta gran atención se deba no solo a la alta prevalencia de este trastorno dentro de la población general, sino a los efectos indeseables que éste acarrea en importantes áreas de la vida.

La evidencia empírica proveniente de ensayos clínicos y de meta-análisis señala que los tratamientos psicológicos más eficaces para la fobia social son la exposición y la combinación de exposición y reestructuración cognoscitiva. Sin embargo, los resultados del estudio realizado por Feske & Chambless (1995) indican que la exposición por sí sola podría ser igualmente efectiva para este trastorno que la terapia cognoscitiva conductual, tanto en el corto como en el mediano plazo. Por consiguiente, en términos de costo efectividad, sería más apropiado implementar la terapia de exposición que un tratamiento cognoscitivo conductual para la fobia social, si bien habría que realizar más ensayos clínicos comparativos entre estos dos tratamientos, especialmente entre la exposición y la exposición combinada con reestructuración cognoscitiva.

Si bien los psicofármacos, como los recaptadores selectivos de la serotonina, se han mostrado efectivos a corto plazo para reducir la sintomatología propia de la fobia social, los datos disponibles muestran que su retiro podría conllevar a recaídas (Vg., Stein et al., 1996) y que se requieren más estudios para determinar su efectividad a largo plazo (Fedoroff & Taylor, 2001). Los estudios reseñados en este artículo (Vg., Blomhoff et al., 2001; Liebowitz et al., 1992; Pande et al., 1999; Stein et al., 1996; Stein et al., 1999; Van Ameringen et al., 2001), en efecto, no realizaron mediciones de seguimiento.

En cambio, se cuenta con datos que indican que la combinación de exposición con reestructuración cognoscitiva podría conllevar a mejores efectos a largo plazo que la farmacoterapia (Vg., fenelzina), en términos de recaí-

das (Heimberg et al., 1998). Ello reafirma la necesidad de examinar la eficacia de combinar la medicación para contrarrestar los síntomas de la fobia social para el corto plazo y la terapia cognoscitivo-conductual para anular dichos síntomas a largo plazo (Fresco & Heimberg, 2001). Sin embargo, debido a los efectos iatrogénicos propios de los psicofármacos y la posibilidad de recaídas tras su discontinuación, las psicoterapias empíricamente sustentadas podrían constituir una mejor alternativa para el tratamiento de la fobia social que éstos, lo cual no descarta el uso remedial de un psicofármaco con pocos efectos colaterales, para contrarrestar síntomas indeseables en casos muy serios.

Para finalizar, es importante señalar que la mayoría de los ensayos clínicos sobre la efectividad de tratamientos farmacológicos y cognoscitivo-conductuales reseñados en este artículo, reclutaron mayoritariamente personas con fobia social generalizada, sin realizar comparaciones de los resultados obtenidos con los dos subtipos de fobia social, lo que indica que harían falta estudios enfocados exclusivamente en personas con fobias sociales circunscritas.

Referencias

- Allen, M., Hunter, J.E. & Donohue, W.A. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 54-76.
- Allen, K.L. & Page, A.C. (2005). Performance-related beliefs in social phobia: why social phobics perceive performance requirements as exceeding their abilities. *Behaviour Change*, 22(1), 1-12.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta versión, texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Beazley, M.B., Glass, C.R., Chambless, D.L. & Arnkoff, D.B. (2001). Cognitive self-statements in social phobia: A comparison across three types of social situations. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 781-799.
- Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H.P. & Wold, J. E. (2001). Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 179, 23-30.
- Book, S.W. & Randall, C.L. (2002). Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 130-135.
- Botella, C., Baños, R.M. & Perpiñá, C. (2003). *Fobia social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicopatológico del trastorno de ansiedad social*. Buenos Aires: Paidós.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.
- Cardona, A. & Heredia, O. (1991). *Estudio epidemiológico sobre la ansiedad al hablar en público*. Tesis de grado no publicada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Cervera, S.E., Roca, M.B. & Bobes, J.G. (1998). *Fobia Social*. Barcelona: Masson.
- Cía, A. H. (2004). *Trastorno de ansiedad social: Manual diagnóstico, terapéutico y de ayuda*. Buenos Aires: Polemos.
- Cottraux, J. (2005). Recent developments in research and treatment for social phobia (social anxiety disorder). *Current Opinion in Psychiatry*, 18 (1), 51-54.
- Craske, M.G. & Pontillo, D.C. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(1), 58-78.
- Curtis, R.C., Kimball, A. & Stroup, E.L. (2004). Understanding and treating social phobia. *Journal of Counseling and Development*, 82(1), 3-7.
- Dalrymple, K.L. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study*. Tesis doctoral, Drexel University.
- Echeburúa, E. (1996). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fedoroff, I. C. & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 311-324.
- Feske, U. & Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavior versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695-720.
- Fliegel, S., Groeger, W., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1989). *Métodos estándar de la terapia del comportamiento*. Bogotá: Unión Gráfica.
- Fresco, D. & Heimberg, R. (2001). Empirically supported psychological treatments for social phobia. *Psychiatric Annals*, 31, 489-497.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W. & Massachusetts, L.Y. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 291-306.
- Haug, T.T, Hellstrom, K., Blomhoff, S., Humble, M., Madsbu, H.O. & Wold, J.E. (2002). The treatment of social phobia in general practice: Is exposure therapy feasible? *Family Practice*, 17(2), 114-118.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal Support for Experimental Avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L.J. & Becker, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1-23.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A. et al. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- 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(4), 325-339.
- Herbert J.D., Gaudiano B.A., Rheingold A.A. & Myers V.H. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36(2), 125-138.
- Himle J. A., Abelson J. L., Haightgou, H., Hill, E. M., Nesse, R. M. & Curtis, G. C. (1999). Effect of alcohol on social phobic anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (8), 1237-1243.
- Hofmann, S.G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(7), 717-725.
- Kashdan, T.B. & Roberts, J.E. (2004). Social anxiety's impact on affect, curiosity, and social self-efficacy during a high self-focus social threat situation. *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 119-141.
- Li, D., Chokka, P. & Tibbo, P. (2001). Toward an integrative understanding of social phobia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 26(3), 190-203.

- Liebowitz, M.R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A. et al. (1992). Phenelzine vs. atenolol in social phobia: A placebo controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300.
- McGinn, L.K. & Sanderson, W.C. (2001). What allows cognitive behavioral therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 23-37.
- Méndez, F.J., Sánchez; J. & Moreno, P.J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio metaanalítico. *Psicología Conductual*, 9(1), 39-59.
- Ministerio de Protección Social de Colombia (2004). *Estudio nacional sobre salud mental: Resultados preliminares*. Recuperado el 16 de febrero de 2005 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co>
- Nordernberg T., (1999). Social phobia's traumas and treatments. *Food and Drug Administration ConsumerMagazin*, 33(6), 27-33.
- Olivares, J. & García, 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.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión*. Ginebra: Autor.
- Overholser, J.C. (2002). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2-3), 125-144.
- Pande, A.C., Davidson, J.R.T., Jefferson, J.W., Janney, C.A., Katzelnick, D.J., Weisler, R.H., Greist, J.H. & Sutherland, S.M. (1999). Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(4), 341-348.
- Rappe, R. M. (2000). Psicopatología descriptiva de la fobia social. En: Heimberg, R., (Ed.), *Fobia social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 50-73). Barcelona: Martínez Roca.
- Rowa, K. & Antony, M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 308-317.
- Sánchez, J., Rosa, A. I. & Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55-68.
- Scott, E. & Heimberg, R. (2000). Social phobia: An update of treatment. *Psychiatric Annals*, 30(11), 678-686.
- Stein, M.B., Chartier, M.J., Hazen, A.L., Kroft, C.D, Chale, R.A., Cote, D. & Walker, J.R. (1996). Paroxetine in the treatment of generalized social phobia: Open-label treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(3), 218-222.
- Stein, M.B., Fyer, A.J., Davidson, J.R., Pollack, M.H. & Wiita, B. (1999). Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 756-60.
- Stein, M.B. & Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606-1613.
- Stein, M.B., Torgrud, L.J. & Walker, J.R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1046-1053.
- Swinson R. P. (2005). Social anxiety disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 305-307.
- Van Ameringen, M.A., Lane, R.M., Walker, J.R., Bowen, R.C., Chokka, P.R., Goldner, E.M., Johnston, D.G. et al. (2001). Sertraline treatment of generalized social phobia: A 20-week, double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 275-281.
- Walsh, J. (2002). Shyness and social phobia: A social work perspective. *Social Work*, 27 (2), 137-144.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29 (3), 357-370.
- Wilson, J.K. & Rapee, R.M. (2005). Interpretative biases in social phobia: Content specificity and the effects of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29(3), 315-331.
- Woody, S. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 61-69.
- Woody, S. & Rodríguez, B.F. (2000). Self-focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 473-488.