

Fobia Social: Un modelo práctico de intervención.

Juan Sevilla y Carmen Pastor

Psicólogos Clínicos. Centro de Terapia de Conducta

Avd. Jacinto Benavente 12, 7º A - Valencia

RESUMEN

En este trabajo se define, formal y clínicamente, la fobia social. Se revisan los modelos etiológicos más plausibles y los tratamientos que, experimentalmente, más se han aplicado. Así mismo, se propone una matriz de decisiones y un modelo de intervención basado en la terapia cognitiva, el entrenamiento de habilidades sociales y la terapia de exposición, que resulta en consonancia con los datos experimentales y las impresiones clínicas.

PALABRAS CLAVE

Fobia social, Análisis Funcional, Terapia Cognitiva, Habilidades Sociales, Exposición, Sobrepredizaje.

DEFINICION

Según el DSM-III-R (APA, 1987), la fobia social se define como un miedo persistente a una o más situaciones sociales en las que el individuo se expone a ser observado por los demás y temer que pueda hacer alguna cosa o actuar de tal manera que pueda resultar embarazoso o humillante para él. Se diferencia entre fobia social específica, cuando se centra en situaciones muy concretas como comer, escribir o tocar un instrumento musical en público, y fobia social generalizada, cuando el temor aparece ante la mayor parte de las situaciones sociales.

Desde una perspectiva clínica, y siguiendo el esquema de Análisis Funcional (Pastor y Sevilla, 1990; Sevilla y Pastor, 1991) encontraríamos los siguientes elementos:

- **Estímulo.** Básicamente externos, incluirían todo tipo de situaciones que impliquen contacto con otras personas, como preguntar en clase, asistir a una fiesta, dar una opinión personal sobre un tema, hablar, bailar, comer o escribir en público, ligar, o incluso situaciones tan cotidianas como pasear por sitios concurridos, preguntar por una calle o pedir un café en un bar. En muchos casos, el mero hecho de pensar en la probabilidad de afrontar una de estas situaciones produciría la respuesta problema.

- **Respuesta.** De las tres respuestas, la más característica es la Respuesta Cognitiva, estando bien documentada su

relevancia en diversos estudios. Los pensamientos más genuinos pueden sintetizarse en un terrible miedo al juicio social: que los demás perciban su nerviosismo, actuar torpe, ridícula o ineficazmente y ser catalogados como estúpidos, perturbados o inmaduros. Junto a estos contenidos aparecen déficits cognitivos tan claros como: recordar selectivamente las malas actuaciones; estar excesivamente pendientes del feedback interpersonal de los demás, malinterpretándolo; subestimar sus habilidades y conocimientos; o sobreestimar las probabilidades de un desenlace negativo en una interacción social.

La Respuesta fisiológica es común al resto de los trastornos de ansiedad, pero, en muchos casos, es característico que se convierta en estímulo temido dentro o antes de una secuencia funcional, a medida que el sujeto va notando las sensaciones; sobre todo aquellas sensaciones visibles por los demás como sonrojarse, sudar, temblar o tartamudear.

La Respuesta motora también es común al resto de los problemas de ansiedad, incluyendo respuestas de evitación como no acudir a las situaciones sociales temidas, no hablar, no hacer preguntas, y respuestas de escape como abandonar situaciones desagradables, responder con monosílabos o hablar rápido. De especial importancia es el uso de alcohol como respuesta de evitación (tomarlo antes de afrontar la situación) o de escape (durante),

que según los datos disponibles (Agras, 1990) afecta a entre el 40-50% de los fóbicos sociales.

• **Consecuencia.** La consecuencia mantenedora es, evidentemente, el alivio (refuerzo negativo) que producen las conductas de escape y de evitación.

Dentro de la literatura científica, se manejan dos conceptos: fobia social y déficit de habilidades sociales que consideramos no se han distinguido suficientemente.

Una persona con déficit de habilidades sociales es una persona que por su historia de aprendizaje no posee un repertorio conductual suficiente para afrontar las situaciones sociales que su medio le impone. Es decir, motóricamente no sabe emitir los comportamientos competentes, sean los que sean: presentarse, pedir un favor, expresar sentimientos positivos o decir no.

Un fóbico social puro, desde nuestro punto de vista, es alguien que, teniendo las habilidades sociales necesarias para ser competente en determinadas situaciones, no las ejerce porque su ansiedad es tan elevada que le bloquea o dificulta la ejecución.

Sin embargo, en la práctica clínica es casi imposible encontrar un genuino inhábil social o un genuino fóbico social, ya que los que partieron de una inhabilidad original, al no saberse desenvolver eficazmente acaban condicionando, clásica u operantemente, respuestas de ansiedad. Y, por el contrario, los que, en principio, sí que poseían habilidades, pero que dejaron de usar por la evitación fóbica, acaban debilitando o incluso perdiendo sus habilidades sociales. Todo esto nos lleva a que la mayoría de los clientes que acuden a consulta poseen una combinación de ambos problemas, lo que habrá que evaluar con detalle para orientar el tratamiento prioritario.

Otro concepto teórico que frecuentemente aparecen en el área de los

problemas sociales es el llamado, según el DSM-III-R (APA, 1987), «Trastorno de personalidad por evitación». Estamos totalmente de acuerdo con Heinberg y Barlow (1988), en que este constructo se solapa al de fobia social generalizada y, es más, en nuestra opinión estamos hablando de diferencias cuantitativas y no cualitativas. Una persona diagnosticada de trastorno de personalidad por evitación sería un fóbico social muy severo, con un gran déficit de habilidades sociales. Por tanto, no encontramos justificación teórica para el uso de este término.

Por último, y dentro de este apartado de definición, nos gustaría resaltar la relación entre fobia social y otros problemas emocionales, que incluso pueden ser por los que primariamente las personas buscan ayuda. El primero de ellos sería depresión. Es muy corriente que este tipo de clientes posean grados significativos de conductas depresivas. Y esto es comprensible puesto que su acceso a una gama importante de reforzadores, los sociales, está enormemente restringida. Además, desde un enfoque más cognitivo es fácil autoevaluarse negativamente cuando el grado de eficacia social es muy escaso. El segundo a destacar es el abuso de alcohol (u otras drogas). Como hemos comentado, es significativamente más elevado que en cualquier otro problema de ansiedad. A nivel clínico es crucial determinar la relación causal entre estos problemas para decidir el orden y las prioridades de intervención.

EPIDEMIOLOGIA

La fobia social es el segundo trastorno de ansiedad más frecuente después de la agorafobia, afectando aproximadamente al 2% de la población general.

Es más frecuente en hombres que en mujeres (60/40).

La edad de aparición suele ser entre la adolescencia y el inicio de la edad adulta, entre 15 y 21 años ($X=19$).

Los sujetos buscan ayuda muy tarde, entre los 6 y los 20 años después del inicio del problema, llegando a consulta en el rango de entre los 27 y los 34 años de edad como media.

La clase social es superior a la media y se casan o conviven en pareja, entre un 38 y un 50% menos que la población general.

MODELOS

Existen, fundamentalmente, tres modelos explicativos de la fobia social. Los centrados en ansiedad condicionada, los que aluden a los déficits en habilidades sociales y los que se centran en errores y distorsiones cognitivas.

Modelo de inhibición de respuesta por ansiedad condicionada

Es uno de los modelos más antiguos, popularizado por Wolpe (1958). La fobia social sería una respuesta condicionada de ansiedad fruto de un condicionamiento clásico.

Probablemente la persona habría sufrido uno o varios ensayos de condicionamiento clásico aversivo asociando situaciones sociales con posibles consecuencias catastróficas, y emitiendo respuestas de ansiedad. Aunque la persona poseyera habilidades sociales, no las podría usar porque la ansiedad bloquearía su conducta hábil.

Modelo de déficit de habilidades sociales.

La ansiedad social sería el resultado de una carencia de comportamientos habilidosos en el repertorio conductual, es decir, poseería un claro déficit de habilidades sociales (Kanfer y Phillips, 1970; Trower y cols. 1978). La inhabilidad social y la ineficacia interpersonal harían que la persona fuera desarrollando un sólido patrón de respuestas de ansiedad.

Modelo de errores o distorsiones cognitivas

Los sujetos poseerían las habilidades sociales necesarias pero no las ejercerían, y/o se pondrían ansiosos por problemas cognitivos. Podrían ser errores formales como déficits de discriminación de percepción o de traducción de las respuestas (Argyle y Kendon, 1967), por ejemplo, errores a la hora de discriminar ante qué señales emitir qué respuestas, interpretar conductas del emisor como amenazantes o usar estereotipos sociales excesivamente rígidos. Y también podríamos encontrar distorsiones cognitivas que provocarían la ansiedad social (Smith y Saranson, 1975; Eisler, 1978) como no conocer los derechos personales, creer que los otros siempre son más importantes que uno mismo o tener el objetivo de gustar a los demás pase lo pase.

En nuestra práctica clínica encontramos como historia de aprendizaje de nuestros clientes con problemas de interacción social: fobia social y déficit de habilidades sociales, los siguientes factores:

- malos modelos de habilidad social, padres, familiares, amigos o sistemas educativos donde no se ofrecían modelos claros y robustos de relacionarse con los demás;

- situaciones traumáticas o desagradables en contacto con otras personas, como por ejemplo, exponer un trabajo en clase de E.G.B. y que el profesor o los alumnos ridiculizaran o se rieran de la persona;

- sistemas educativos donde se premiasen conductas de inhabilidad social como no expresar lo que se piensa o siente, y se castigaran duramente las conductas hábiles como expresar lo que se piensa o defender derechos personales;

- cambio contextual en el ambiente social. Que una persona tenga que cambiar bruscamente de medio social en-

contrándose con que su sistema de habilidades sociales es insuficiente o inadecuado para afrontar las demandas de las nuevas circunstancias sociales;

- y, finalmente, aprendizaje de ideas filosóficas como pilares directrices de la vida, sobrevalorando la importancia de quedar bien o ser admitido por los demás.

Solemos encontrar en la historia de aprendizaje de cada sujeto con fobia social una combinación de alguna de estas variables.

TERAPIA

Es sorprendente que, siendo la fobia social el segundo trastorno de ansiedad más numeroso, se le haya dedicado tan poco tiempo y esfuerzo. En la literatura científica empiezan a aparecer publicaciones sobre el tema en los últimos años de la década de los 80, habiéndose realizado una insignificante cantidad de estudios experimentales de tratamiento, no más de 30 según nuestra propia revisión.

Se han utilizado, siguiendo los modelos citados, tres tipos de aproximaciones terapéuticas: el entrenamiento de habilidades sociales, la terapia de exposición y los enfoques cognitivos o cognitivo-conductuales.

La primera, el **entrenamiento de habilidades sociales**, (Caballo, 1993) de la que no se han realizado más de 10 estudios, parte de la base de que la fobia social es el resultado directo de un repertorio conductual insuficiente, y trata de dotar al sujeto de habilidades sociales. La mayoría de los estudios habla de un nivel razonablemente eficaz de éxito, sin embargo, aparecen multitud de problemas metodológicos, como no utilizar grupo control o mezclar distintos tratamientos, lo que dificulta la interpretación de los resultados. Por otra parte, como a Heimberg y cols. (1987) se nos ocurre otra interpretación alternativa, ¿qué proporción

de la eficacia del entrenamiento de habilidades sociales se debe al elemento de exposición que la terapia implica? Recordemos que el entrenamiento de habilidades sociales se realizan en formato de pequeño grupo, donde se escenifican las situaciones problemáticas, una y otra vez, hasta conseguir un nivel razonable de ejecución.

La **terapia de exposición** (Echeburúa, 1993) de la que el número total de estudios en fobia social tampoco llega a 10, es el tratamiento de elección para todos los trastornos de ansiedad. Sin embargo, su aplicación a la fobia social presenta serias limitaciones prácticas y metodológicas (Butler, 1985; 1989) con lo que su uso es muy reciente. Por las características de los ítems reales resulta imposible reconstruir las situaciones sociales en la realidad y sobre todo, alargarlas tanto tiempo como se necesita para que la ansiedad del sujeto desaparezca. Las situaciones sociales, además, son muy cambiantes e influyen variables muy sutiles que pueden alterar el nivel de ansiedad que teóricamente producía el ítem. Muchas veces, la situación en sí es muy corta, como, por ejemplo, presentarse, lo que impide la posibilidad de prorrogar la situación hasta que se produzca el descondicionamiento, tal y como se exige la exposición. Finalmente, en muchas ocasiones, el sujeto no puede percibir un feedback social positivo de la conducta de los interlocutores, que ayudaría a que se redujera la ansiedad, bien porque la situación no lo implica, o bien porque el sujeto falle en discriminarlo. El resumen de los estudios experimentales sugiere que la terapia de exposición es eficaz para la fobia social, pero quizá insuficiente aplicada por sí sola, debido a la enorme cantidad de factores cognitivos involucrados que no aparece en otros trastornos de ansiedad.

Por último, la **terapia cognitiva** (Beck y Emery, 1985), de la que aplicada a la

fobia social no se han realizado tampoco más de 10 estudios, demuestra niveles aceptables de eficacia, pero existen, como en el área de las habilidades sociales, dificultades para aislar relaciones de causa y efecto, puesto que, en realidad, la mayoría de los estudios tenían un enfoque cognitivo-conductual e implicaban un importante elemento de exposición, con lo que sería difícil decidir qué proporción de la mejoría era atribuible al elemento cognitivo y qué parte lo era al elemento de exposición.

Más específicamente, transcribimos las conclusiones de la excelente revisión de Emmelkamp (1992) sobre el tratamiento de la fobia social:

1. La desensibilización Sistemática es una técnica poco eficaz para el tratamiento de este problema.
2. La Inundación (exposición imaginada poco jerarquizada) se ha aplicado poco en fobia social. Sin embargo, en el único estudio en el que se comparaba con la D.S. y el Entrenamiento de Habilidades Sociales, los resultados fueron buenos.
3. La Relajación Autoaplicada puede ser una alternativa eficaz.
4. El Entrenamiento de Habilidades Sociales parece una buena alternativa, aunque hay resultados contradictorios.
5. La Exposición in vivo parece ser un tratamiento eficaz para la fobia social.
6. La Terapia Cognitiva se ha demostrado tan eficaz como la Exposición in vivo.
7. Hay poca evidencia de que combinar distintos tratamientos sea mucho mejor que usar sólo uno.
8. Si se usan distintas técnicas, es mejor usarlas secuencialmente que todas al mismo tiempo.

9. Los tratamientos tienen que diseñarse a la medida del cliente. No existe una técnica mejor para todos los casos, como ocurre en otros trastornos de ansiedad. Necesidad de evaluar estrictamente.

10. No está tan claro que el tratamiento de la fobia social en formato de grupo sea más eficaz que el tratamiento en formato individual.

UN MODELO DE TRATAMIENTO

Proponemos a continuación un modelo de abordaje terapéutico de la fobia social. Si bien, este protocolo es el que tendemos a aplicar en la mayoría de los clientes con este tipo de problemas, no debe entenderse como un tratamiento rígidamente estructurado y cerrado a modificaciones. En realidad, cada caso requerirá un tratamiento genuinamente diferenciado.

Nuestra impresión clínica, que coincide con los escasos datos experimentales, es que el tratamiento de exposición no es suficiente, por sí solo, y se necesita la adición de técnicas cognitivas para maximizar su eficacia. Además, en los casos en que el sujeto sea inhábil socialmente, será obligatorio el entrenamiento de habilidades sociales.

El protocolo de tratamiento propuesto aparece representado gráficamente en la tabla 1.

Primera fase: evaluación

La evaluación irá destinada a construir el Análisis Funcional de las conductas-problema, averiguando con exactitud las situaciones estimulares, las respuestas respondentes y operantes y las consecuencias mantenedoras. Aunque todos los datos son necesarios, la fase de evaluación debería respondernos a las siguientes preguntas: ¿se trata de una fobia social específica o generalizada?, ¿tiene habilidades sociales?, ¿los niveles de ansiedad fisiológica son muy elevados?, ¿por las características de los estímulos, se podría hacer exposición in vivo?

Si se trata de una fobia social específica, como fobia a escribir en público, en principio sería innecesario seguir este protocolo de aproximación cognitivo-conductual de cierta complejidad. En la mayoría de los casos, el tratamiento de elección va a ser exposición en alguna de sus modalidades.

Segunda fase: terapia cognitiva.

Tras la evaluación y la explicación de la hipótesis al cliente en la que le mostraríamos con detalle las razones por las que empezó a desarrollar el problema (origen) y, sobre todo, las variables que, actualmente, hacen que el problema continúe (mantenimiento), así como el plan terapéutico, iniciáramos el entrenamiento en Terapia Cognitiva.

Creemos firmemente que la respuesta cognitiva tiene una relevancia especial en los problemas de ansiedad social. Nuestra impresión va en la línea de que, en muchos casos, no se produce una buena habituación a los estímulos fóbicos sociales si no se le enseña previamente al cliente a reevaluar de forma adecuada lo que está sucediendo. Parece como si las respuestas cognitivas de este tipo de problemas fueran especialmente numerosas, intensas, rebuscadas y, sobre todo, resistentes a la extinción. Quizá porque la desconfirmación, durante la exposición, de las catástrofes temidas no es tan clara o evidente como en el resto de los problemas de ansiedad, puesto que el feedback social, muchas veces, no existe, otras es ambiguo y, sobre todo, es mal interpretado por los fóbicos sociales.

Así pues, la terapia cognitiva irá encaminada a identificar y cambiar los pensamientos negativos automáticos. Nuestro enfoque de la terapia cognitiva incluye los siguientes pasos: explicación del ABC, explicación de los crite-

rios de racionalidad y entrenamiento en discusión de pensamientos catastróficos y búsqueda de alternativas. Para una descripción minuciosa, consultar Sevilla y Pastor (1991) y Pastor y Sevilla (1995).

Incluimos, en la tabla 2, algunas de las preguntas en Discusión Cognitiva que más utilizamos, siguiendo un estilo longitudinal. Como puede observarse en dicha tabla, se discuten pensamientos no sólo de forma empírica, sino con un estilo filosófico.

La terapia cognitiva la usamos para, directamente reducir el nivel de ansiedad y para facilitar la exposición y la reevaluación cognitiva que pretendemos que se produzca afrontando el ítem en cuestión.

Otra razón de suma importancia para incluir terapia cognitiva en el tratamiento es la frecuente aparición de pensamientos autodespreciativos en este tipo de clientes. Como resultado de su ineficacia social y de su aislamiento suelen autoevaluarse en términos peyorativos, apareciendo sermoneos, si no de depresión, sí de profunda tristeza.

En algunos casos en que la ansiedad fisiológica que el cliente siente es muy elevada, hasta el punto de que se siente incapaz de gobernarla o incluso tolerarla, a la terapia cognitiva le añadimos otra técnica de control: la Relajación Autoaplicada (Öst, 1981), siempre con el mismo objetivo: facilitar la exposición. No serviría de nada practicar Relajación en una situación segura.

Tercera fase: habilidades sociales

Si el cliente tuviera en su repertorio las habilidades sociales suficientes para funcionar adecuadamente en su medio social, después del entrenamiento en terapia cognitiva pasaría directamente a la exposición (ver el apartado siguiente). En caso de que no fuese así, sería necesario entrenarle en dichas habilidades, ya que, aún en el hipotético caso de que con la terapia cognitiva y la terapia de exposición consiguiéramos

reducir la ansiedad completamente, su inoperancia social probablemente volvería a provocar la ansiedad incluso muy a corto plazo, o aparecer un fenómeno de sensibilización.

Habitualmente realizamos el Entrenamiento de Habilidades Sociales en formato de pequeño grupo (entre 6 y 8 personas) y organizamos las sesiones siguiendo este esquema: pequeña explicación teórica de la habilidad a aprender, práctica descontextualizada de la habilidad, y práctica específica e individualizada de situaciones problemáticas reales de cada cliente. En la tabla 3 exponemos los pasos de la práctica específica.

Cuarta fase: terapia de exposición.

Directamente después de la Terapia Cognitiva o a través de la fase de entrenamiento en Habilidades Sociales, llegamos a la fase principal del tratamiento, la terapia de Exposición.

Debido a las dificultades prácticas de la aplicación de la exposición in vivo en fobia social, optamos, en cada caso, por elegir una de las siguientes modalidades de exposición: autoexposición o exposición controlada por el terapeuta, exposición imaginada, exposición in vitro y uso del entrenamiento de habilidades sociales como ítem de exposición.

Autoexposición o exposición controlada por el terapeuta

Cuando se puede tener cierto control sobre el acceso a las situaciones sociales temidas, la mejor opción terapéutica es la autoexposición o la exposición in vivo controlada por el terapeuta. Si el cliente posee suficiente autocontrol para afrontar solo el ítem designado, usaríamos la modalidad de autoexposición. Si así no fuese, el terapeuta le acompañaría en los primeros ensayos (exposición in vivo controlada por terapeuta) y luego se pasaría a la autoexposición.

Los ítems que se pueden abordar con esta aproximación suelen ser situacio-

nes sociales impersonales como: andar por una calle concurrida, preguntar a transeúntes por direcciones, pedir información en comercios y oficinas, tomar algo en una cafetería etc. En algunos casos, más que una exposición larga y prolongada, como estrictamente debería hacerse, la opción práctica es concatenar un número largo de pequeñas exposiciones, considerándolo todo como un único ensayo. Por ejemplo, preguntar sucesivamente a mucha gente por una calle.

Exposición imaginada

Cuando no se puede acceder a los ítems reales, no los podemos reproducir en consulta y no tenemos un grupo de habilidades sociales disponible, la única opción de exposición disponible, es la exposición imaginada. Creemos que es aconsejable jerarquizar bien las situaciones, haciendo una aproximación gradual. Al cliente se le pediría que imaginase vívidamente estar sumergido en una determinada escena de una situación social y que la repitiese en su mente, una y otra vez, hasta que la ansiedad desapareciera o se redujera significativamente.

Exposición in vitro

Esta modalidad consistiría en reproducir artificialmente, en consulta, las situaciones estimulares. Lógicamente, para poderlo hacer se necesita una infraestructura humana importante; personas que representen papeles de personajes de la vida real del sujeto. Es muy importante distinguir la exposición in vitro del entrenamiento de habilidades sociales. En la primera, al sujeto se le pide que interactúe con los actores ininterrumpidamente hasta que la ansiedad se reduce. No se le da ni feedback de su actuación, ni refuerzo positivo de los aspectos adecuados, ni instrucciones correctivas de los aspectos a mejorar; ni por supuesto, se le ofrecen modelos. Todo esto es lo que se haría en un entrenamiento de habilidades sociales, donde además se harían múltiples ensayos de la misma representación, buscando la eficacia conductual

más que la reducción del nivel subjetivo de ansiedad.

Entrenamiento de habilidades sociales a modo de exposición.

Cuando no se dispone de actores-coterapeutas para reproducir escenificadamente las situaciones sociales ansiógenas, pero sí que se dispone de un grupo de habilidades sociales, ésta puede ser una forma válida de exposición.

El cliente estaría en el grupo no tanto para aprender nuevas conductas sociales, como para exponerse a situaciones sociales. Evidentemente, el entrenamiento de habilidades sociales no tiene un formato estricto de exposición, pero, sin duda alguna, posee un trasfondo expositivo importante. En la tabla 4 aparecen resumidas las diferentes alternativas que proponemos a la exposición in vivo.

Utilizando cualquiera de las diferentes alternativas a la exposición in vivo, le pedimos al cliente que use sus habilidades de discusión cognitiva para facilitar el afrontamiento, para reevaluar adecuadamente la interacción, discriminar el feedback social (si lo hay), y autoreforzarse.

Quinta fase: sobreaprendizaje

Cuando la fase de exposición ha finalizado, y eso significa que el cliente ya no es un fóbico social, iniciaríamos la fase de sobreaprendizaje y prevención de recaídas.

Utilizamos para ello dos líneas de trabajo, simultáneas y paralelas, siguiendo el estilo de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1985).

Por una parte, localizar, acceder y cambiar, o al menos elasticar, las ideas irracionales básicas que subyacen a los temores («Necesito ser aprobado a amado por los demás», «Tengo que hacerlo todo a la perfección»). Por otro lado, técnicas conductuales de sobreexposición, al estilo de los pintorescos «ejercicios de ataque a la vergüenza», en los que se le pide a la persona que realiza voluntariamente comportamien-

tos ridículos socialmente para comprobar que, incluso ocurriendo lo que más se teme, las consecuencias tienden a ser intrascendentes.

A MODO DE CONCLUSIÓN

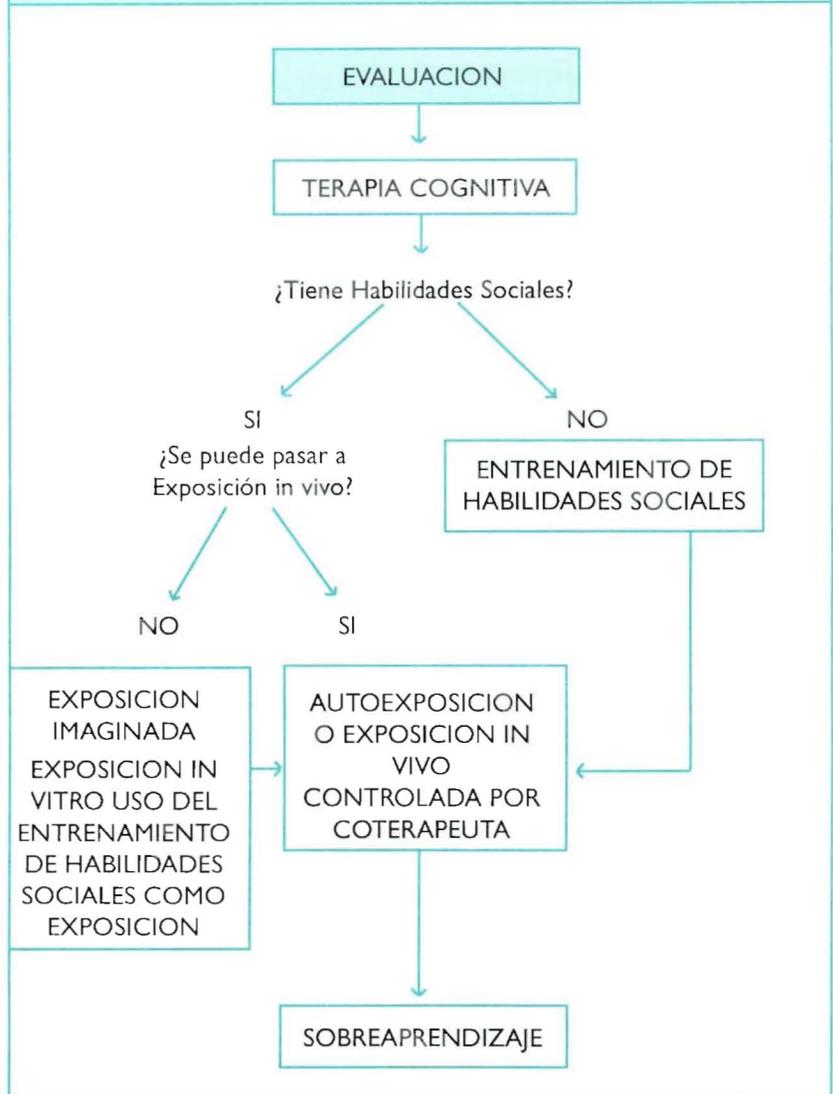
El nivel de conocimiento científico de la fobia social es insuficiente e incluso ridículo, si comparamos el número de estudios experimentales realizados en este área con el número de los realizados en otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, en muchos artículos y manuales aparece una gran cantidad de técnicas propuestas para el abordaje

terapéutico.

Tenemos datos de que el entrenamiento de habilidades sociales, la terapia cognitiva y la terapia de exposición son eficaces, pero todavía queda mucho por investigar.

A nivel clínico el estado de las cosas es diferente; la evaluación individualizada permite elegir con detalle el tratamiento más eficaz para cada cliente, lo que, sin duda alguna, aumenta enormemente la eficacia de la intervención. En esa línea, creemos que el modelo propuesto puede ser de gran utilidad para el clínico.

TABLA I. MODELO DE INTERVENCIÓN DEL CENTRO DE TERAPIA DE CONDUCTA PARA LA FOBIA SOCIAL



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. APA, 1987.

Argyle, M y Kendom A.: The experimental of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1967.

Beck A.T. y Emery G.: Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. Basic Books, 1985.

Butler G.: Exposure as treatment for social phobia. Some instructive difficulties. *Behavior Research and therapy*, 1985.

Butler G.: Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology*, 1989.

Caballo V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI, 1993.

Echeburúa E.: Fobia Social. Martínez Roca, 1993.

Ellis A.: *Overcoming Resistance*. Springer, 1985.

Emmelkamp P. y cols.: *Anxiety Disorders*. J. Wiley, 1992.

Heimberg R y cols.: Social phobia. En Michelson L. y Ascher M. *Anxiety and stress disorders. Cognitive behavioral assessment and treatment*. Guilford Press, 1987.

Heimberg R. G.: Cognitive therapy for social phobia. En A.S. Bellack y M. Hersen *Comparative handbook of treatments for adult disorders*, 1990.

Heimberg R. G. y Barlow, d.h.: *Psychosocial treatments for social phobia*. Psychosomatics, 1988.

Öst L. y cols.: Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in treatment social phobia. *Behavior Research and Therapy* 1981.

Pastor C. y Sevilla J.: Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia. Un manual de autoayuda paso a paso. Ediciones del Centro de Terapia de Conducta, 1995.

TABLA 2. LINEA LONGITUDINAL DE DISCUSION COGNITIVA EN PROBLEMAS DE FOBIA SOCIAL Y DEFICIT DE HABILIDADES SOCIALES.

- 1º ¿Qué pruebas tengo de que SEGURO que me voy a poner tan nervioso como para actuar de forma perceptivamente ineficaz?
- 2º Si así es, ¿qué pruebas tengo de que SEGURO que mi interlocutor se dará cuenta?
- 3º Si así es, ¿qué pruebas tengo de que SEGURO que va a pensar algo negativo de mí?
- 4º Si así es, ¿qué pruebas tengo de que eso sea horroroso, terrible, catastrófico o insoponible? ¿Por qué debería opinar bien de mí? ¿Realmente necesito caerle bien? ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿En qué sentido yo soy menos valioso?

TABLA 3. PASOS DEL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES

- 1º El cliente explica con detalle la situación conflictiva.
- 2º El terapeuta designa a los interlocutores y describe su actuación.
- 3º El terapeuta clarifica con el cliente el objetivo de la interacción.
- 4º Se representa sin interrupciones.
- 5º El terapeuta para la representación y pregunta por el nivel de ansiedad, y si la situación se parece a la realidad. En caso negativo, se dan las instrucciones necesarias y se vuelve a representar.
- 6º El terapeuta (y el grupo) dan feedback de la interacción:
 - primero, de las conductas positivas, añadiendo refuerzo positivo,
 - segundo, de las conductas a mejorar, añadiendo instrucciones correctivas de cómo mejorar una o dos.
- 7º Si se considera oportuno, se ofrece un modelo que interpreta la situación problemática. A ser posible, debe ser otro miembro del grupo. Se centra la atención del cliente en los aspectos a mejorar en la ejecución del modelo.
- 8º El cliente, siguiendo las instrucciones correctivas y el efecto de modelado, vuelve a representar la situación.
- 9º Se repiten todos los pasos anteriores hasta que el nivel de ansiedad esté bajo control, la ejecución sea topográficamente adecuada y se haya cumplido el objetivo establecido.
- 10º Se planifica la generalización a la vida real.

TABLA 4. ALTERNATIVAS A LA EXPOSICION IN VIVO EN FOBIA SOCIAL

- 1º Autoexposición o Exposición in vivo controlada por coterapeuta. Ensayos cortos y repetitivos
- 2º Exposición Imaginada.
- 3º Exposición In Vivo
- 4º Uso del Entrenamiento de Habilidades Sociales a modo de Exposición.

Pastor C. y Sevilla J.: Análisis Funcional de la conducta. Un modelo práctico de Intervención. *Informació Psicológica*, nº 42, 1990.

Sevilla J. y Pastor C.: Clasificación funcional de los problemas de ansiedad. *Informació Psicológica* nº 46, 1991.

Sevilla J. y Pastor C.: Técnicas Racional-Emotivas: descripción y estatus científico. *Informació Psicológica* nº 45, 1991.

Smith R. y Sarason I.: Social anxiety and the evaluation of negative interpersonal feedback *Journal of consulting and clinical Psychology*, 1975.

Trower P.: Radical approaches to social skills training. Croom Helm, 1984.

Wolpe J.: *Psicoterapia por Inhibición recíproca*. Stanford University Press, 1958. (traducido al castellano en D.D.B., 1975).