

### **Intervención en fobia social: caso clínico.**

**M. A. Pérez Nieto, A. Cano Vindel\***

\* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

### **CASO CLÍNICO**

#### **RESUMEN**

[\[Artículo completo\]](#)

[\[Abstract\]](#)

### **Correspondencia:**

Dr. Antonio Cano Vindel

Facultad de Psicología

Universidad Complutense de Madrid

28223 Madrid (España)

Tel.: +34 91 394 31 11 - Fax: +34 91 394 31 89

E-mail: [canovindel@correo.cop.es](mailto:canovindel@correo.cop.es)

---

**Palabras clave:** Fobia social / Evaluación / Tratamiento.

La fobia social es un trastorno cuya prevalencia estimada oscila entre un 3 y un 13%, según los criterios que se utilicen (como por ejemplo los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico), alcanzando niveles de hasta un 20% dentro de los trastornos de ansiedad que aparecen en régimen ambulatorio (DSM-IV). Este trastorno supone una serie de repercusiones para la persona que lo sufre, que le impiden desarrollar satisfactoriamente tanto su vida profesional (o académica) como sus relaciones personales (amigos, compañeros), provocando un alto grado de malestar. Es característico de este trastorno un sesgo cognitivo sobre la evaluación de su conducta, que el paciente cree que es, y está vista, como negativa. Una intervención, en este tipo de casos, llevada a cabo desde un enfoque cognitivo-conductual parece mostrarse de nuevo como la más adecuada, lo que concuerda con resultados de recientes estudios y revisiones (Chambless, 1993, 1996; Hope, Heimberg y Bruch, 1995).

En el caso que se trata, el motivo de consulta que la paciente plantea cuando acude a tratamiento es su alto grado de ansiedad en determinadas situaciones (de tipo social todas ellas).

La intervención que se presenta muestra la evaluación psicológica que se realizó y como ésta nos permitió llegar a un diagnóstico de fobia social, según los criterios del DSM-IV. También se presenta detalladamente el tratamiento cognitivo-conductual que se utilizó y se adaptó a la realidad de la paciente, así como los resultados finales de la evaluación postratamiento. La efectividad de este tipo de intervenciones y de técnicas vuelve a quedar de manifiesto.

---

### **Referencia a este artículo según el estilo de la APA:**

Pérez Nieto, M. A., Cano Vindel, A. (1998). Intervención en fobia social: caso clínico. *Psicología.COM* [Online], 2 (2), 42 párrafos. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm) [1 Agosto 1998]

NOTA: la fecha indicada entre corchetes será la del día que se haya visualizado este artículo.



[info@psiquiatria.com](mailto:info@psiquiatria.com)



[Sumario](#)



[Artículo completo](#)



[Principio de página](#)



[Página principal](#)

© **INTERSALUD**, 1998. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito del titular del copyright.

**Social-phobia therapy: a case study.**

**M. A. Pérez Nieto, A. Cano Vindel\***

\* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

**CLINICAL NOTES**

**ABSTRACT**

[\[Complete paper \(Spanish\)\]](#)

[\[Resumen\]](#)

**Correspondence:**

Dr. Antonio Cano Vindel

Facultad de Psicología

Universidad Complutense de Madrid

28223 Madrid (España)

Tel.: +34 91 394 31 11 - Fax: +34 91 394 31 89

E-mail: [canovindel@correo.cop.es](mailto:canovindel@correo.cop.es)

---

**Key words:** Social phobia / Assessment / Treatment.

**S**ocial-phobia is a disease which estimated prevalence oscillates between 3 per cent and 13 per cent. This fluctuation varies depending on what criteria we chose to measure it (as, for instance, the defined thresholds to quantify clinic distress), reaching levels up to 20 per cent within anxiety disorder that appear in ambulatory regime (DSM-IV). People suffering from this kind of disorder have to deal with a series of consequences that difficult them not only the normal development of their professional (or academic) lives, but also the normal development of their personal relations (with friends or mates). These effects provoke high degrees of distress. Social-phobia is characterized by cognitive biases that provides patient's negative-perceptions about him or herself. In these type of cases, the cognitive-behavioral approach seems to be the most accurate when carrying out an intervention. According to with the results of recent psychological studies (Chambless, 1993, 1996; Hope, Heimberg y Bruch, 1995).

In our case, the patient asked for medical treatment because of her high levels of anxiety in particular social situations.

This intervention shows the psychological evaluation carried out and how it allowed us to conclude in a diagnosis of social-phobia, according to DSM-IV criteria. Furthermore, we also present the applied cognitive-behavioral treatment. This treatment was adapted to patient's reality. Finally, we discuss the obtained final results of post-treatment evaluation. The effectiveness of this kind of interventions and techniques is highlighted.

---

**Reference to this paper in accordance with the APA style:**

Pérez Nieto, M. A., Cano Vindel, A. (1998). Intervención en fobia social: caso clínico [Social-phobia therapy: a case study]. *Psicologia.COM* [Online], 2 (2), 42 paragraphs. Available: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm) [1998, August 1]

NOTE: the date indicated in square brackets will be that of day that may have been visualized this paper.



[info@psiquiatria.com](mailto:info@psiquiatria.com)



[Contents](#)



[Complete paper \(Spanish\)](#)



[Top of page](#)



[Home page](#)

© **INTERSALUD, 1998** Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito del titular del copyright.

## Intervención en fobia social: caso clínico.

*M. A. Pérez Nieto, A. Cano Vindel\**

\* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

### Correspondencia:

Dr. Antonio Cano Vindel

Facultad de Psicología

Universidad Complutense de Madrid

28223 Madrid (España)

Tel.: +34 91 394 31 11 - Fax: +34 91 394 31 89

E-mail: [canovindel@correo.cop.es](mailto:canovindel@correo.cop.es)

## CASO CLÍNICO

[\[Resumen\]](#) [\[Abstract\]](#)

- ▶ [Introducción.](#)
- ▶ [Datos personales y motivo de consulta.](#)
- ▶ [Breve historia personal.](#)
- ▶ [Evaluación.](#)
- ▶ [Diagnóstico.](#)
- ▶ [Conductas problema.](#)
- ▶ [Modelo explicativo.](#)
- ▶ [Objetivos terapéuticos.](#)
- ▶ [Tratamiento.](#)
- ▶ [Desarrollo.](#)
- ▶ [Resultados.](#)

---

## Introducción

La fobia social es un trastorno que se caracteriza fundamentalmente por el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas, exposición que tiende a producir invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad (puede ser generalizada o específica a ciertas situaciones). Hay, por tanto, un temor constante a la evaluación negativa de los demás hacia su conducta en público, aunque éste no ha de considerarse un criterio único para hablar de fobia social, sino que es preciso, entre otras cosas, que esa persona, al menos, el malestar que le provoque sea grande. Se trata de un trastorno cuya prevalencia global, según los estudios epidemiológicos, oscila entre un 3 y 13%, dependiendo de la rigurosidad de los criterios que se utilicen; dentro de los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, entre un 10 y un 20% presentan algún tipo de fobia social ([DSM-IV, 1995](#)).

Los aspectos esenciales de la fobia social son recogidos plenamente por el modelo cognitivo que aborda este trastorno, valorando como núcleo central el contenido de los pensamientos que las personas que padecen este trastorno tienen, es decir, el miedo a tener una exposición inadecuada ante los otros, a hacer el ridículo, lo que les lleva a mantener también un estado de alerta y vigilancia ante este tipo de peligros. En la fobia social es el contenido de los pensamientos el elemento que más interés ha suscitado, y los estudios sobre ese contenido muestran consistentemente la orientación cognitiva de los pensamientos y la distorsión de sus autopercepciones ([Chambless, y Hope, 1996](#)). [Stopa, y Clark \(1993\)](#) pidieron a doce fóbicos sociales que llevaron a cabo una interacción con un interlocutor y después imaginar la interacción severamente, y lo compararon con doce pacientes con otro trastorno de ansiedad y con doce no clínicos; los pensamientos de los fóbicos sociales se distinguían por su énfasis en la autoevaluación negativa, más incluso que en la evaluación negativa del interlocutor, aunque como dice [Chambless \(1996\)](#) también es posible que en general, la gente sea más crítica con su propia realización que los observadores. A pesar de todo, parece adecuado pensar que es el exceso de celo y crítica negativa que

los propios fóbicos sociales tienen hacia ellos mismos la idea que ha de ser tomada como punto de partida y asumida ya por las nuevas teorías cognitivas sobre la ansiedad, como la teoría de los cuatro factores, propuesta recientemente por [Eysenck, y Derakshan \(1997\)](#), en la que se asume la idea de que determinados trastornos de ansiedad estarían unidos a determinados sesgos cognitivos, siendo un sesgo interpretativo negativo sobre la propia conducta el sesgo en el que se apoya la fobia social.

Sobre la terapia cognitiva con los fóbicos sociales, ésta debe enfrentarse de forma primordial precisamente a este sesgo interpretativo que caracteriza a este trastorno. Un estudio de [Hope, Heimberg, y Bruch \(1995\)](#) encontró que la terapia cognitiva era más efectiva eliminando ese sesgo que la exposición a situaciones sociales; en este mismo sentido van los resultados encontrados en los estudios que sí utilizan medidas del cambio cognitivo en la valoración de la terapia. [Chambless, y Gillis \(1993\)](#) ven evidente que la terapia cognitivo conductual es más efectiva que otros tratamientos en la reducción de las distorsiones cognitivas, y en la reducción al miedo a la evaluación negativa; pero cuando lo que se mide no es sólo el cambio cognitivo, sino la efectividad del tratamiento sobre toda la amplitud y complejidad del trastorno, estos mismos autores, en la revisión que llevan a cabo con varios estudios en los que se utilizan diferentes técnicas (relajación, exposición, terapia cognitiva), encuentran que todas las técnicas tienen resultados equivalentes. En España, [Salaberría, y Echeburúa \(1995\)](#), en un estudio realizado con 75 fóbicos sociales divididos en un grupo de autoexposición en vivo, otro de autoexposición en vivo más terapia cognitiva y otro control, no encontraron un beneficio suplementario para la terapia en el grupo en el que se utilizó también la terapia cognitiva. Los resultados sobre este tipo de estudios son contradictorios ya que también se pueden encontrar estudios como los de Scholing, y Emmelkamp ([1993a, 1993b](#)), en los que la Terapia Racional Emotiva con instrucciones para casa de exposición era más efectiva que solo la exposición, y lo mismo ocurría con la terapia cognitivo conductual de Beck, a pesar de que en este caso se utilizó con fobia social generalizada.

En los metaanálisis de Chambless de [1993](#) y de [1996](#), se encuentra claramente que la terapia cognitiva resulta más efectiva (por lo menos más que un grupo control) en las medidas tomadas de fobia social, miedo a la evaluación negativa y distorsiones cognitivas (aunque hay que decir que no se especifica exactamente como se tomaron estas medidas, ni se precisa mucho el constructo, hechos que serían de desear), y puesto que el sesgo cognitivo puede ser un elemento central de este trastorno, cambiarlo desde su propio campo, desde el abordaje cognitivo, ha de ser decisivo.

Puesto que en las revisiones metaanalíticas y en los estudios con muestras de pacientes sobre la aplicación y eficacia de técnicas de intervención puede resultar difícil valorar o encontrar criterios e instrumentos de evaluación comunes, sistematicidad y rigurosidad en la aplicación de las técnicas terapéuticas empleadas en cada caso, idiosincrasia propia de cada paciente y terapeuta, etc.; el estudio de caso único puede resultar útil para acercarnos más detalladamente a la propia intervención terapéutica y no sólo al resultado de la misma y a las líneas generales que ésta siguió. Con esta intención presentamos el caso que a continuación sigue, como ejemplo de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en el trastorno de fobia social.

## **Datos personales y motivo de consulta**

Nombre y apellidos: M.B.F.

Edad: 19 años.

Residencia: Madrid

Estado civil: soltera

Estudios: realiza el primer curso de psicología.

Primera consulta: 9 de Enero de 1997

El motivo de consulta se debe a las altas puntuaciones obtenidas en el I.S.R.A. ([Miguel Tobal, y Cano Vindel, 1994](#)) cuando lo utilizó en las prácticas de la clase. Dice ser una persona nerviosa, especialmente ante las demás personas y cuando tiene que hacer algo en público o conocer gente nueva.

## Breve historia personal

En el momento de acudir a consulta M. es una chica de 19 años que está estudiando 1º de Psicología en la facultad, y que el año anterior había estado estudiando 1º de Geológicas, estudios que dejó porque "no estaba nada a gusto con la gente" que encontró en esa facultad, si bien es cierto que hizo algunas amigas; reconoce también que las materias a estudiar le resultaban un poco duras y no demasiado atractivas, después de los exámenes de junio sólo había conseguido aprobar cuatro asignaturas, ni siquiera la mitad, de las que tenía. En el verano decidió cambiar de carrera y empezar con Psicología, decisión que tomó a espaldas de su padre y por la que se enfrentó a él, quién no creía que Psicología fuese una carrera adecuada, especialmente para su hija, para la que desearía algo más relacionado con la economía, las ingenierías o materias consideradas clásicamente científicas. También realizaba estudios de piano, tenía hecho hasta 6º de piano en el Conservatorio pero al empezar la Universidad su padre no la dejó seguir con esos estudios por lo que M. se vio obligada a practicar por su cuenta, y pensaba en acudir a algunas clases particulares con o sin el consentimiento de su padre, aunque por otro lado reconocía estar perdiendo algo de interés por la música y mantenía dudas sobre este tema.

En Psicología se encontraba contenta, se encontraba a gusto con el cambio, le gustaban bastante las asignaturas que tenía y su interés aumentaba; respecto a los compañeros había encontrado un grupo agradable. Los fines de semana salía con amigos de su barrio aunque también mantenía relaciones con algunas ex-compañeras de geológicas, y con otras de psicología. En ese momento no salía con ningún chico. No se puede decir que M. fuera una persona solitaria mantenía un buen número de relaciones. Vive con su padre, su madre y su único hermano y en casa no tenía una buena relación, y aunque al principio lo negó, lo reconoció más tarde, relatando la mala relación con su padre en la cuarta sesión.

## Evaluación

### A. CUESTIONARIO BIOGRÁFICO ( Material de Prácticas Internas. Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés. UCM. 1997).

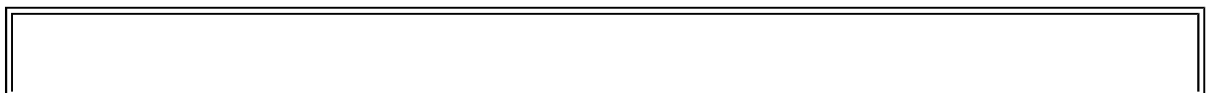
Datos a destacar:

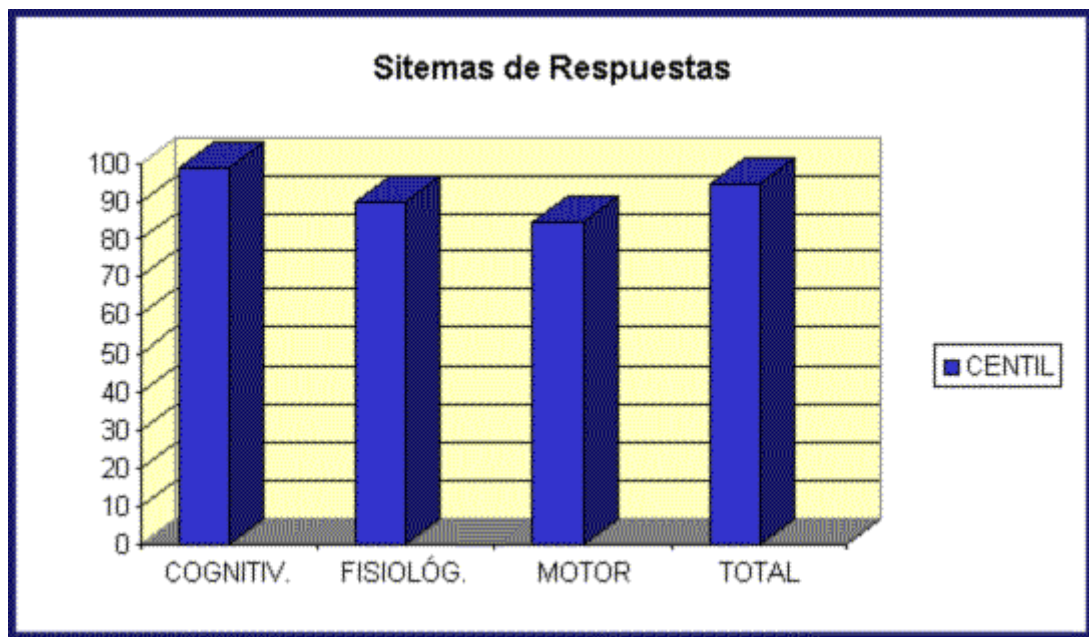
- el interés por seguir un tratamiento es moderado.
- describe su problema como un alto grado de nerviosismo y ansiedad, especialmente cuando tiene que realizar algo en público o cuando tiene que relacionarse con amigos o con gente nueva.
- su principal hobby es tocar el piano y la música, también le gusta ir a la montaña.
- no trabaja, sólo estudia.
- no tiene pareja y no informa de problemas sexuales.
- la familia la componen su padre, su madre, cercanos a los 50, y su hermano, un año mayor que ella. La relación no es muy buena, sobre todo con el padre.
- alguna vez ha tenido miedo por la noche, estando sola.
- tiene problemas para autodescribirse.

### B. INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD -I.S.R.A.- ([Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994](#))

El cuestionario se pasó el 16 de enero de 1997 y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Sistema de respuestas: (ver Figura 1)
  - Cognitivo: Puntuación directa=173; Centil = 99; Ansiedad extrema.
  - Fisiológico: Puntuación directa= 74'5; Centil= 90; Ansiedad severa.
  - Motor: Puntuación directa=75; Centil=85; Ansiedad severa.
  - Total: Puntuación directa=323'5; Centil=95; Ansiedad severa.

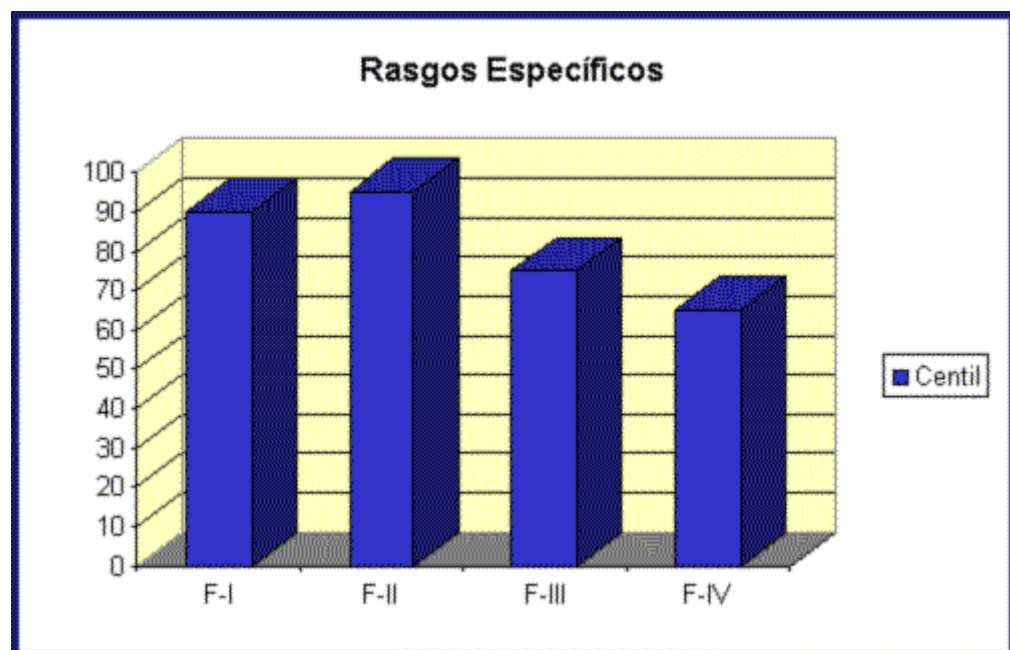




**Figura 1:** Puntuaciones en el ISRA: sistema de respuesta y nivel general de ansiedad.

○ Rasgos Específicos: (ver Figura 2)

- F I: Puntuación directa=118; Centil=90. Ansiedad severa.
- F II: Puntuación directa=53; Centil=95. Ansiedad severa.
- F III: Puntuación directa=49; Centil=75. Ansiedad severa.
- F IV: Puntuación directa=15; Centil=65. Ansiedad severa.



**Figura 2:** Puntuaciones en el ISRA: áreas situacionales o rasgos específicos.

C. ESCALA DE EVITACIÓN Y ANSIEDAD SOCIAL –SAD- (Watson, y Friend, 1969; versión española, Gil, 1981)

El SAD da una medida no baremada de la ansiedad interpersonal y resultado de la prueba muestra una puntuación de 21 sobre una puntuación posible total de 28, lo que es bastante coherente con el F-II de los Rasgos específicos del ISRA.

D. AUTOINFORME SOBRE LA SEGURIDAD DE HABLAR EN PÚBLICO –PRCS- (Paul, 1966; versión española, Gil, 1981)

El PRCS da una medida no baremada de la ansiedad de hablar en público y el resultado de la prueba muestra una puntuación de 24 sobre un total de 29 posible, también coherente con el F-I de los Rasgos específicos del ISRA que mide situaciones de evaluación pública.

*Nota:* los tres cuestionarios sirvieron también para seleccionar ítems con los que trabajar de forma más concreta, como por ejemplo los siguientes:

- ítem 18 del ISRA: cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.
- ítem 11 del ISRA: Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, sólo o rechazado.
- ítem 15 del SAD: generalmente estoy tranquilo cuando me veo con alguien por primera vez.
- ítem 9 del PRCS: no tengo miedo de enfrentarme a gente que me escuche.

E. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

La entrevista se utilizó como medio para conocer su historia, para ahondar en los primeros datos obtenidos a través del Cuestionario Biográfico, y para precisar en el relato de situaciones problemáticas concretas.

Con la entrevista se obtuvo el relato de aquellas situaciones que le habían resultado problemáticas en los últimos días, situaciones como por ejemplo, tener que hablar con alguien a quien acaba de conocer, presentar un trabajo en clase, tocar el piano en casa pudiéndola escuchar su padre o cualquier otra persona, aunque ésta no estuviese en la casa, etc. En el relato de estas situaciones el análisis que realizábamos pasaba por la clasificación en: (1) ideas o pensamientos que tenía, que eran del tipo de "voy a hacerlo muy mal", "seguro que piensa que soy tonta y no valgo para nada"; (2) las conductas que había hecho como no tocar el piano si su padre podía oírla, mantenerse al margen de la conversación cuando había alguien nuevo en el grupo de amigos; y (3), por último, las sensaciones fisiológicas que había notado en esas situaciones, como temblor de manos o músculos en tensión. También se analizaban los recursos de afrontamiento. Hay que decir que con la entrevista también se descubrió que a pesar de lo problemático que para ella eran situaciones que se realizaban en grupo, al llegar a consulta, algunas que podría haber evitado no las evitó, como por ejemplo, irse de excursión con gente que no conocía mucho, o presentarse como monitora para un grupo de prácticas de su clase; otras, como entrar sola en la cafetería o tocar ante gente, sí las evitaba.

Las áreas más problemáticas eran: actuaciones ante público numeroso, como hablar en clase o dar un concierto y relaciones personales con personas nuevas, con sus amigos y con su familia. En ninguna de estas situaciones se encontró un déficit en habilidades sociales, era asertiva y tenía un buen repertorio de habilidades.

F. AUTORREGISTROS DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

El objetivo fundamental de los autorregistros fue el de evaluar los pensamientos automáticos que acompañaban sus emociones negativas más intensas. El modelo básico que se siguió reflejaba el día y la hora, la situación, la emoción y los pensamientos automáticos que aparecían en ese momento. Además, los autorregistros incluían dos columnas en las que se valoraba el tanto por ciento de verdad que había en esos pensamientos automáticos en el momento de suceder la situación estresante y otra en la que valoraba ese % de verdad horas después; posteriormente esas

columnas se sustituyeron por otra donde se planteaban pensamientos más racionales o realistas, esto favoreció el tratamiento. Ver Tabla 1.

<b>Tabla 1</b> <b>Ejemplo de autorregistro.</b>			
<b>DÍA Y HORA</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>EMOCIÓN</b>	<b>PENSAMIENTOS</b>
11-2-97	En mi casa, le dije a mi padre que me quería apuntar a la Escuela Creativa de Música	Odio, nervios y tristeza	----- ---
14-2-97 22:00	Con unas amigas de geológicas que me habían llamado para verme.	Nerviosa	- Se sienten obligadas a estar aquí. - No sé que les digo, las estoy aburriendo.
16-4-97	En prácticas de aprendizaje, tengo que hacerla delante de mi grupo	Nerviosismo e insegura	- No voy a ser capaz de coger la rata, se me va a caer. - No me van a entender.

#### G. AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Otro tipo de autorregistro se utilizó en el entrenamiento en relajación, con él se pretendía ver el desarrollo del entrenamiento comprobando el número y la calidad de los entrenamientos. Se controlaba el momento de inicio y el momento final, el grado subjetivo de ansiedad antes de comenzar y el grado subjetivo de ansiedad al finalizar el ejercicio de relajación.

### Diagnóstico

Tras la evaluación, el diagnóstico se realiza a partir del Eje I (Trastornos clínicos) del DSM-IV (1995) comprobando que la información obtenida se ajusta a los criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia Social [300.23]:

- 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 (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.  
*Las altas puntuaciones en el ítem 18 del ISRA ("Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva")*
- B. La exposición a 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.  
*Alta respuesta de ansiedad con fuerte temblor de manos cuando descubre que alguien la está escuchando tocar el piano.*
- C. El individuo reconoce que ese temor es excesivo o irracional.  
*Reconoce, por ejemplo, que es excesivo no entrar en la cafetería si va ella sola.*
- D. Las situaciones o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

*No tiende a evitar muchas situaciones, pero experimenta con intensa ansiedad.*

- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales ( o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas o fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

En el **diagnóstico diferencial** se hallarían en el Eje II el Trastorno de Personalidad por evitación, el Trastorno Esquizoide de la Personalidad, así como del Eje I el Trastorno de angustia con agorafobia, la Ansiedad generalizada y la Fobia específica. Hay que decir también, que el punto en el que el DSM-IV hace referencia a la ansiedad a hablar en público, al terror a los escenarios y a la timidez como eventos en los que, si las personas que participan, no pertenecen al ámbito familiar no se ha de diagnosticar fobia social a no ser que el malestar o el deterioro en la vida del individuo sea grande, el caso de M cumple ambos puntos: reacciones de ansiedad también con familiares y gran malestar.

## Conductas problema

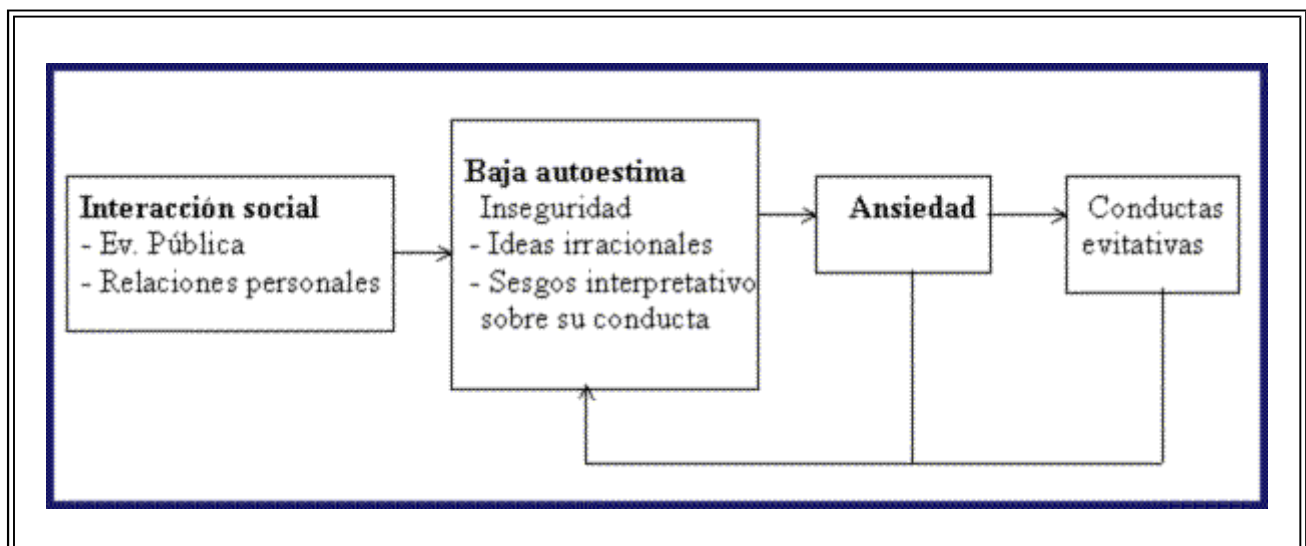
Las principales conductas problema se refieren a sus respuestas de ansiedad en las siguientes situaciones:

- relaciones con sus amigas.
- relaciones con gente a la que acaba de conocer.
- actuaciones ante la clase.
- tocar el piano con público, familiar o no.

La ansiedad en estas situaciones se caracterizan fundamentalmente por la respuesta a nivel cognitivo, con pensamientos deformados, destacando las distorsiones consistentes en "interpretación del pensamiento", así como ideas de inseguridad.

## Modelo explicativo

Hemos elaborado un modelo explicativo desde el que se aborda el desarrollo y mantenimiento del problema (ver Figura 3).



**Figura 3: Modelo explicativo.**

## Objetivos terapéuticos

- Mejorar la autoestima.
- Cambiar los pensamientos deformados sobre ella misma y las relaciones con los demás.
- Acabar con las conductas de evitación.
- Reducir la respuesta de ansiedad en los tres niveles de respuesta.

## Tratamiento

El tratamiento tuvo las siguientes fases:

- A. Entrega de **información** sobre el diagnóstico y el modelo explicativo, definiendo el problema y los objetivos.
- B. **Reestructuración cognitiva**, dirigida fundamentalmente hacia las ideas irracionales, y pensamientos automáticos, intentando cambiar sus sentimientos de inseguridad y buscando elevar, en definitiva, su autoestima.

Uno de los pensamientos deformados que M presentaba de forma más continua era su persistente interpretación del pensamiento, de las personas con las que estaba, ya fuesen amigas de siempre o alguien a quien acabase de conocer, y que eran del tipo: "no le caigo bien" o "debe pensar que soy tonta", nos obligaba a trabajar en continuas reinterpretaciones más realistas y racionales. Los autorregistros, especialmente en las primeras sesiones, fueron de gran utilidad para seleccionar la situación concreta y los pensamientos deformados; por ejemplo, ver una situación en la que estando con unas amigas en la cola del teatro, al comprar las entradas se le cae el dinero y los tickets y M dramatiza con pensamientos como "toda la cola y la taquillera piensan que soy subnormal, y a mis amigas las estoy dejando en ridículo". En la búsqueda y modificación de estos pensamientos deformados se utilizaron técnicas que consistían en cuestionar sus evidencias, o encontrar momentos donde la propia realidad cuestionó sus creencias, como por ejemplo, el día que estuvo pensando toda la mañana que su compañera no había ido a clase para evitar ir después con ella a un concierto para el que ya habían quedado; al final, su compañera llegó justo antes de la hora de ir al concierto. En otras ocasiones hubo que trabajar con reatribuciones, o examinando consecuencias, ventajas y desventajas y desarrollando alternativas a demandas concretas, desdramatizando, utilizando intención paradójica, etc. En otras ocasiones se practicó la distracción como forma de evitar esos pensamientos. Las técnicas fueron variadas y secuenciadas, los pensamientos deformados estaban tremendamente arraigados y generalizados por lo que se hizo imprescindible insistir mucho y desde aproximaciones cognitivas diversas.

También se utilizaron autoinstrucciones, así como la puesta en práctica de la solución de problemas, ante algunas situaciones muy concretas, como demandas a su padre y viajes.

A lo largo de todo el tratamiento hubo un continuo análisis de los éxitos o mejoras y de los fracasos, ya que los avances eran lentos, valorando el grado de motivación y empeño puesto por ella, así como la eficacia de las diferentes técnicas empleadas.

- C. Entrenamiento en **Relajación muscular**: se comenzó utilizando el "entrenamiento en relajación muscular progresiva" de Jacobson que se alargó y le resultó difícil y a la que se añadió posteriormente el "entrenamiento autógeno de Schultz" que fue el que mejor se adaptó a M. El entrenamiento se realizaba durante algunas sesiones en la consulta y ella debía practicarlo en casa durante todo el tratamiento; en la consulta le resultaba mucho más difícil relajarse, por no estar sola, y en su casa, durante el entrenamiento de Jacobson M no practicó lo suficiente, fue con la relajación de Schultz cuando comenzó a sentirse más a gusto con la práctica, tanto en la consulta como en su casa.

D. **Exposiciones.** Se aprovecharon algunas situaciones que iban a ocurrir, para la exposición, estas situaciones se escogían de mutuo acuerdo en la sesión, sólo aceptándolas cuando ella es veía capaz de realizarlas, entonces preparábamos la forma de afrontamiento, posibles consecuencias... Se trataba de conductas como presentar algo en clase, proponer un viaje a un grupo de amigos que acababan de conocer o, simplemente, entrar en la cafetería ella sola y tomarse algo allí. Después la ejecución de estas tareas era evaluada conjuntamente en la siguiente sesión.

## Desarrollo

El desarrollo de las sesiones, la evaluación y las técnicas terapéuticas utilizadas puede verse en la tabla siguiente (Tabla 2). La periodicidad de las sesiones fue de una semana.

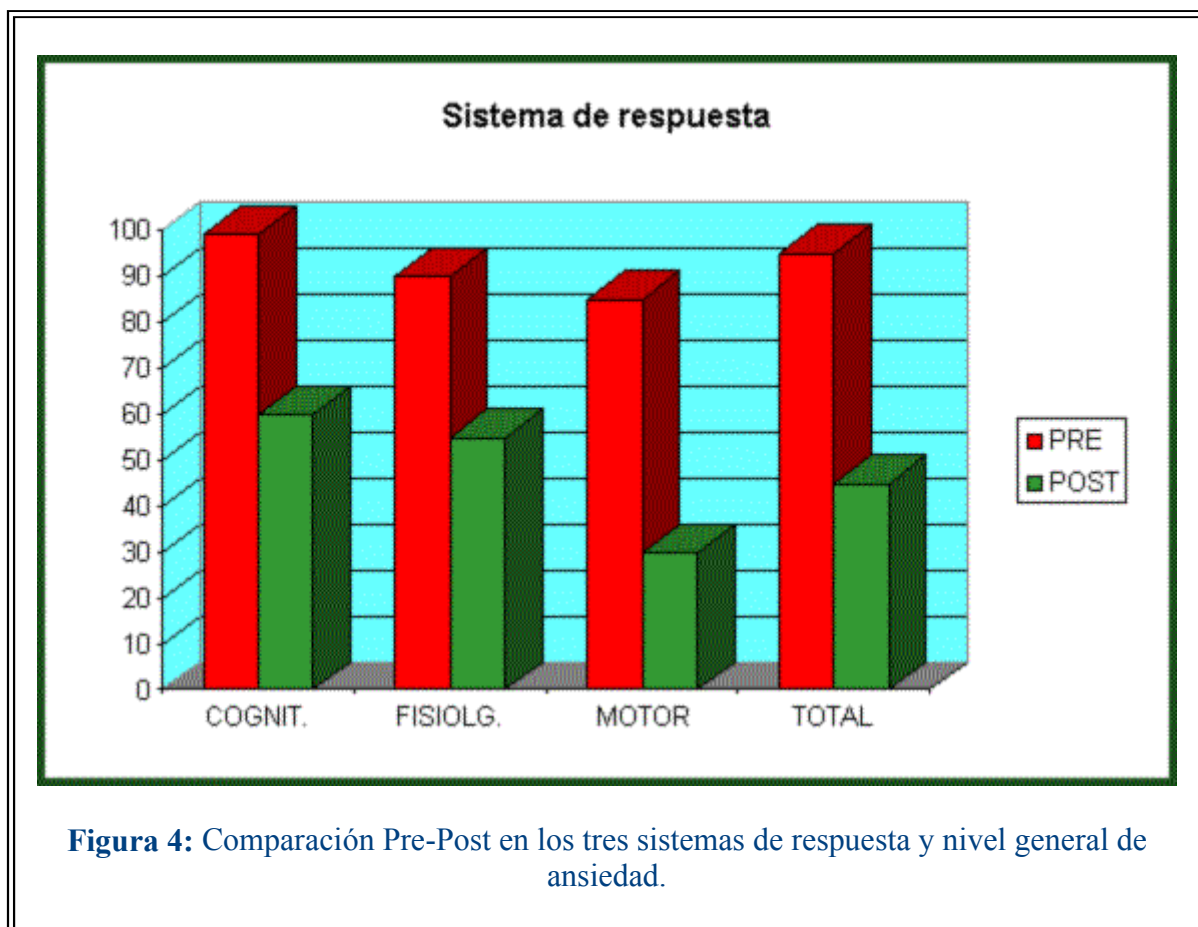
<b>Tabla 2</b> <b>Desarrollo de las sesiones.</b>	
SESIÓN Nº	PROCESO TERAPEÚTICO
1 (9-1-97)	Entrevista inicial, Cuestionario Biográfico
2	Entrevista semiestructurada, ISRA, SAD y PRCS
3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos
4	Relajación Jacobson y modelo explicativo y autorregistros pens.
5	Relajación J. y Reestructuración cognitiva, autorregistros
6	Relajación J. y Reestructuración cognitiva, autorregistros
7	Relajación J. y Reestructuración cognitiva, autorregistros
8	Relajación J. y Reestructuración cognitiva, autorregistros
9	Relajación J. y Reestructuración cognitiva, autorregistros
10	Relajación de Schultz y Reestructuración cog., autorregistros
11	Relajación de Schultz y Reestructuración cog., autorregistros, expos.
12	Reestructuración cog., autoinstrucciones, autorregistros, expos.
13	Reestructuración cog., autoinstrucciones, autorregistros, exposc.
14	Reestructuración cog, Solución de probl, exposición.
15	Reestructuración cog, Solución de probl, exposición.
16	Reestructuración cog. Solución de probl., exposición
17	Reestructuración cog., mantenimiento, generalización
18	Reestructuración cog., mantenimiento, generalización
19(19-6-97)	Evaluación Post*
20(13-1-98)	Seguimiento. Evaluación Post.*

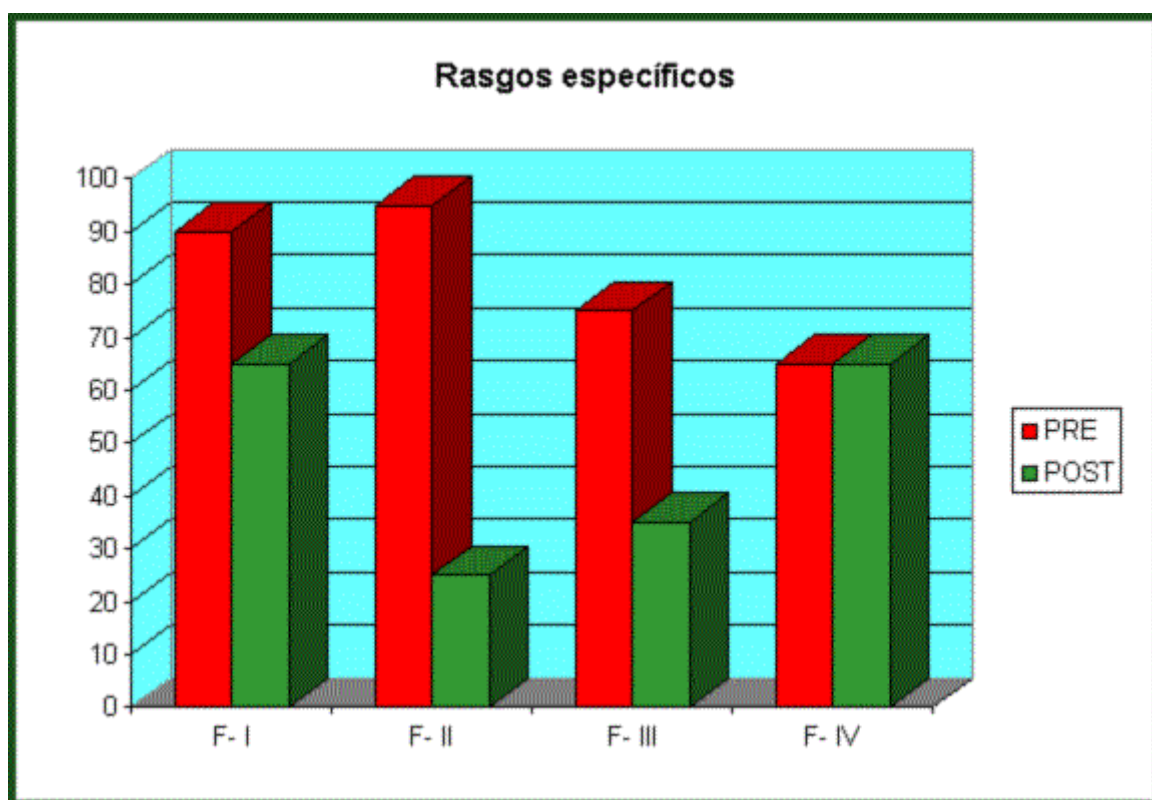
\*Ese día tuvo un problema que le impidió acudir a realizar la evaluación Post, con lo que la realizó durante el verano, sin embargo los datos utilizados como Post en la comparación Pre-Post son los tomados en la sesión de seguimiento que reflejan un mantenimiento de las ganancias terapéuticas.

## Resultados

La propia paciente informa de la mejoría que ha experimentado, sintiéndose satisfecha, opinión que coincide con nuestras observaciones. M consiguió cambiar sus pensamientos deformados y problemáticos de forma bastante generalizada, ignorándolos cuando en ocasiones reaparecían, consiguió también enfrentarse a muchas de las situaciones que hasta entonces evitaba, dejó de tratarse tan duramente y comenzó a quererse más. Sus respuestas de ansiedad descendieron a niveles más normales. En el ISRA descendió en los tres sistemas de respuesta y en F-I, F-II, F-III, en rasgos específicos (ver Figuras 4 y 5, y Tabla 3). En el SAD la puntuación, sobre 28 posible, descendió de 21 a 16, y en el PRCS, sobre un 30 posible, descendió de 28 a 20, descensos importantes al tratarse de pruebas que utilizan una escala de respuesta de verdadero-falso, mucho menos discriminante.

	COGNIT	FISIOLOG	MOTOR	TOTAL	F- I	F- II	F- III	F- IV
PRE	99	90	85	95	90	95	75	65
POST	60	55	30	45	65	25	35	65





**Figura 5:** Comparación Pre-Post en las cuatro áreas situacionales o rasgos específicos.

Podemos concluir que la intervención fue un éxito, ya que, además de la satisfacción que la propia paciente nos mostró, también se cumplieron los objetivos terapéuticos que ambas partes fijamos de común acuerdo: M se siente ahora más segura y se valora positivamente, no tiene sesgos negativos sobre su conducta y sus relaciones con los demás, finalizando con las evitaciones sociales que realizaba. Respecto a sus niveles de ansiedad, los datos Post de la evaluación realizada con el ISRA permiten ver claramente el descenso que ha habido en los tres sistemas de respuesta y en el nivel general de ansiedad. En las áreas situacionales o rasgos específicos también se aprecia un descenso, que es especialmente marcado en F-II, precisamente el área en el que más se trabajó y que evalúa aquellas situaciones de interrelación con los demás. En F-IV, que se refiere a las situaciones de la vida cotidiana, no se presentan variaciones en los niveles de ansiedad, si bien es cierto que, por un lado, los niveles que se encontraron en la evaluación Pre de este factor no fueron excesivamente altos. A la vez, la problemática familiar anteriormente mencionada se ha mantenido presente a lo largo de toda la intervención, influyendo esto claramente en la evaluación Post de este factor; de igual manera, esta problemática familiar no resulta especialmente relevante dentro del trastorno de fobia social que fue el verdadero eje de la intervención.

Este caso, y la intervención llevada a cabo, pueden ser un buen ejemplo de la eficacia que tiene la utilización y adaptación de técnicas cognitivas, y también de técnicas conductuales, al tratamiento del trastorno de fobia social. Podríamos finalizar destacando especialmente la importancia que tiene centrar la aplicación de las técnicas cognitivas en el elemento más característico y nuclear que se presente en el trastorno y en el paciente, como en este caso era ese sesgo interpretativo de carácter negativo de su conducta.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Chambless, D. L., y Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D. L., y Hope, D. A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. En P. Salkovskis (Ed.), *The frontiers of cognitive therapy* (pp.345-382). New York: The Guilford Press.
- Eysenck, M. W., y Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Gil, F. (1981). *Eficacia de los distintos métodos en el tratamiento de la habilidad social de hablar en público* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid).
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., y Bruch, M. A. (1995) Dismantling cognitive-behavioural group therapy for social phobia. *Behavioural Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA-* (3ª edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos). Madrid: TEA Ediciones.
- Paul, G. L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: an experiment in anxiety reduction*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Salaberría, K., y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-180
- Scholing, A., y Emmelkamp, P. M. G. (1993a). Cognitive and Behavioral treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 155-170.
- Scholing, A., y Emmelkamp, P. M. G. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
- Stopa, L., y Clark, D. M. (1993). Cognitive Process in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Watson, D., y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

---

### Referencia a este artículo según el estilo de la APA:

Pérez Nieto, M. A., Cano Vindel, A. (1998). Intervención en fobia social: caso clínico. *Psicología.COM* [Online], 2 (2), 42 párrafos. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm) [1 Agosto 1998]

NOTA: la fecha indicada entre corchetes será la del día que se haya visualizado este artículo.



[info@psiquiatria.com](mailto:info@psiquiatria.com)



[Sumario](#)



[Principio de página](#)



[Página principal](#)