

## Fobia social: Tratamiento en grupo del miedo a hablar en público de cuatro sujetos mediante un diseño n=1

Diego Maciá Antón(\*) y Luis Joaquín García-López

Universidad de Murcia

**Resumen:** La fobia social es un trastorno recientemente definido del que aún se sabe poco en relación con el origen y tratamiento, y del que el miedo a hablar en público es considerado como una fobia social específica.

La presentación de este trabajo tiene por objetivo exponer los resultados de un tratamiento cognitivo-conductual, utilizando técnicas de exposición, discusión de pensamientos, entrenamiento en respiración y en autoinstrucciones, y biblioterapia mediante cuatro diseños de un sólo sujeto (n=1) y un abordaje en grupo.

Los resultados son alentadores y proporcionan datos sobre la importancia de las técnicas cognitivas al menos en este trastorno (importancia del temor a la crítica negativa), llegando a modificar la estructura de las sesiones y mejorando otros trastornos (un caso del "calambre del escribiente").

**Palabras clave:** fobia social; miedo a hablar en público; temor a la crítica negativa; evitación; ansiedad social

**Title:** Social phobia: Treatment in group of the fear of speaking in public in four subjects through a design n=1

**Abstract:** Social phobia is a recently defined disorder of which, so far, little is known in relation its origin and treatment, and of which the fear of speaking in public is considered to be a specific form of social phobia.

The reason for the presentation of this work is to explain the results of a cognitive-conductual treatment, using techniques of exposition, discussion of thoughts, respiratory training in self-instruction and bibliotherapy through four designs of a simple subject (n=1) and in a group therapy.

The results are encouraging and provide data over the importance of the cognitive techniques, at least in this disorder (the importance of the fear of negative evaluation), leading to the modification the structure of the sessions and improving others disorders (a case of writer cramp).

**Keyword:** social phobia; fear of speaking in public; fear of evaluation negative; avoidance; social anxiety

### 1. Introducción

La fobia social figura descrita por primera vez en un trabajo de Marks (1970), pero no adquiere entidad diagnóstica hasta la publicación del DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980). A causa de la falta de reconocimiento oficial en la nomenclatura diagnóstica, este cuadro clínico ha recibido, pese a la gravedad del mismo, un tratamiento secundario entre los trastornos de ansiedad por parte de los investigadores (Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985). Sólo en estos últimos 8 años han comenzado a aparecer investigaciones controladas sobre los problemas clínicos y la eficacia comparativa de los diferentes tratamientos de la fobia social (Heimberg, 1989).

En realidad, la ansiedad social está presente en todos los trastornos de ansiedad, distinguiéndose de otros trastornos por el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales y por la mayor interferencia de los temores sociales en la vida cotidiana de los pacientes (Rapee, Sanderson y Barlow, 1988). La fobia social responde al triple sistema de respuesta: psicofisiológico, motor y cognitivo. Los síntomas psicofisiológicos más frecuentes experimentados por el fóbico ante una situación social son: sudoración, temblores, taquicardia y enrojecimiento facial. La respuesta motora más frecuente es la evitación de las situaciones temidas. Respecto a lo cognitivo, en las relaciones interpersonales estas personas tienen menos pensamientos positivos y muchos negativos, atribuyen las dificultades más a ellos mismos que a la situación, son menos hábiles y experimentan una elevada elevación de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea (Beidel, Turner y Dancu, 1985).

(\*) **Dirección para correspondencia:** Diego Maciá Antón. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Campus de Espinardo (Edificio "Luis Vives"), Universidad de Murcia. Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España).

© *Copyright* 1995: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. *Artículo recibido:* 20-6-95, *aceptado:* 7-12-95.

Según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), la fobia social puede definirse como un miedo duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por los demás (cuando se relaciona con un desconocido o cuando contesta a una persona, por ejemplo) y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle embarazosa o humillante.

El diagnóstico de fobia social con arreglo a los criterios del DSM-III-R posee un alto grado de fiabilidad, ya que se ha obtenido un coeficiente kappa de 0.91 con la utilización del *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised* (ADIS-R) (Barlow, 1988; Rapee *et al.*, 1988)

La tasa de prevalencia es de un 2% del total de la población general, no siendo la más alta entre los trastornos de ansiedad, sin embargo la fobia social es el segundo trastorno más visto en la clínica (un 25% del total de fobias consultadas), sólo superado por la agorafobia (Marks, 1987). Resulta preocupante que sólo una pequeña parte de los casos clínicos (no más allá del 25%) busquen ayuda terapéutica, que lo hagan tarde (entre 5 y 10 años después del comienzo del trastorno) y que acudan a la consulta atraídos a veces por los problemas colaterales (consumo abusivo de drogas, alcohol, episodios depresivos, etc)

Las fobias sociales pueden estar referidas a estímulos muy específicos (comer o beber en público, escribir o hablar ante los otros) o presentarse de una forma generalizada ante diversas situaciones sociales. Esta distinción, según el DSM-III-R (APA, 1987), parece significativa clínicamente.

En la fobia social de tipo generalizado los pacientes restringen su vida social por temor de que los demás les vean temblar, enrojecer, sudar o simplemente parecer ridículos, por lo que tienden a adoptar conductas evitativas. Este temor a la crítica negativa puede a su vez referirse a la aceptación social global, al establecimiento de relaciones íntimas, a la relación con personas de autoridad y/o a la ejecución de tareas en presencia de otras personas (Butler, 1989). De su importancia radica el hecho de que la reducción del temor a la evaluación negativa tras el tratamiento se considere el mejor predictor de la mejoría terapéutica a largo plazo (Mattlick y Peters, 1988).

Podemos afirmar que los factores cognitivos juegan entonces un papel muy importante en la fobia social (mayor que en el resto de los trastornos fóbicos) y explican porqué ciertas personas con habilidades sociales adecuadas no consiguen utilizarlas en ciertas ocasiones y/o experimentan una disminución de la ansiedad cuando lo hacen. Los déficits cognitivos más frecuentes son (Hope, Gansler y Heimberg, 1989; Lucock y Salkovskis, 1988): a) Centrar la atención del sujeto excesivamente en sí mismo y creer que los demás están pendientes exclusivamente de su conducta social; b) evaluar el "feedback" interpersonal con una atención selectiva a los aspectos negativos, que se atribuyen además, a fallos propios; c) recordar selectivamente las relaciones interpersonales negativas; d) subestimar las habilidades del sujeto frente a situaciones sociales; e) sobreestimar la probabilidad de sucesos sociales negativos por circunstancias ajenas al sujeto; f) generar una gran cantidad de pensamientos derrotistas, anticipar consecuencias negativas y/o experimentar un temor exagerado a que los demás le noten nervioso (y reaccionen negativamente ante ello) o le consideren de forma desfavorable.

Estas distorsiones negativas aumentan la ansiedad social e inhiben la respuesta socialmente adecuada, independientemente de las habilidades del sujeto. La interrelación entre los factores cognitivos, las respuestas psicofisiológicas y la evitación de las situaciones sociales explica la persistencia de la fobia social, pese a los inconvenientes que conlleva.

Actualmente hay tres estrategias a la hora de elaborar el tratamiento de las fobias en general: una que centra el énfasis en la exposición, que por lo que se refiere a la duración deben ser sesiones cortas y repetidas, justamente por la naturaleza de las situaciones evitadas en la fobia social, que tienden a ser de corta duración y pueden dificultar la habituación; una segunda se centra en la importancia de las técnicas cognitivas, que contribuirían a dotar al paciente de mayores recursos para hacer frente a las situaciones de estrés y reducir la probabilidad de recaídas; y una tercera estrategia, en el cual la importancia dependería de la fobia en cuestión. Sobre este tema, ha surgido una polémica acerca de la eficacia comparativa entre técnicas

conductual-cognitivas y técnicas estrictamente conductuales, fundamentalmente exposición. Los resultados varían según las investigaciones. Shapiro y Shapiro (1982), después de un metaanálisis de 143 estudios llegan a la conclusión de que las técnicas conductual-cognitivas son más eficaces que las técnicas conductuales, mientras que en la revisión de Rachman y Wilson (1980) concluyen que las técnicas cognitivas son tan eficaces como las técnicas conductuales. Marks (1989), sin embargo, llega a la conclusión de que las técnicas cognitivas prácticamente no potencian la acción terapéutica de la exposición. Conviene, no obstante, hacer referencia a las dificultades metodológicas de este tipo de estudios en los que es discutible la selección de los trabajos comparados, se utilizan diseños de grupo en los que no se puede utilizar el programa de tratamiento más adecuado para cada caso, cuando en realidad, lo más lógico a la vista de los resultados tan dispares que se obtienen, es que la adición de componentes cognitivos esté indicada en algunos casos, pero no en otros. En esta misma dirección se muestra Echeburúa (1990), Echeburúa y Corral (1991) en una revisión sobre la exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, y en la cual si bien las técnicas de exposición es el tratamiento de elección en las fobias específicas, en la fobia social lo es la exposición en combinación con la reestructuración cognitiva (el tratamiento dependería de la fobia en cuestión).

En este trabajo consideramos la fobia social como un trastorno en el que las técnicas cognitivas cobrarían una importancia fundamental por tener como punto central el temor a la crítica o evaluación negativa. Así, la terapia de exposición no reduce por sí sola el temor a la crítica negativa (Mattlick, Peters y Clarke, 1989). Es más, la exposición repetida a las situaciones temidas no necesariamente conduce a la habituación si los pacientes cuentan con sesgos cognitivos graves y llevan a cabo evaluaciones incorrectas sobre la situación (Rachman y Levitt, 1988). Por todo ello, la exposición es una condición necesaria, pero puede ser por sí sola insuficiente, en el tratamiento de la fobia social (Butler, 1985, 1989). En resumen, las técnicas cognitivas pueden no sólo potenciar las técnicas de exposición sino ser absolu-

tamente necesarias. Contribuyen, en primer lugar, a interrumpir los pensamientos negativistas previos de fracaso o de humillación y a aumentar, por tanto, la probabilidad de experiencias satisfactorias con la exposición. Y en segundo lugar, tienden a reducir la tendencia a establecer metas perfeccionistas y a minusvalorar, por tanto, los logros conseguidos por las experiencias de exposición habidas. En último término, el sujeto se siente capaz de afrontar adecuadamente las situaciones sociales y que se de cuenta de forma automática de que no es probable que ocurran las consecuencias anteriormente temidas y de que, en caso que ocurran, la situación no es catastrófica (Butler, 1989; Heimberg y Barlow, 1988).

## 2. Método

### 2.1. Sujetos

Fueron cuatro sujetos, todas mujeres, con una media de 20 años de edad, estudiantes de Psicología en la Universidad de Murcia que presentaban miedo a hablar en público. De la historia clínica y personal se desprende que todas ellas presentaban un patrón de conducta no asertivo, con una baja autoestima que consideran parte del problema, y reconociendo ésta como una característica propia, interna de ellas mismas. Reseñar que la historia de aprendizaje había sido negativa, rememorando todas ellas situaciones de hablar en público, bien en el colegio, bien en el instituto, recordándolas como eventos estresantes y/o amenazadores. No obstante, no hubo que remontarse a un pasado lejano, pues el año anterior hubieron de exponer un trabajo para una asignatura, y aluden a esta situación como altamente ansiosa en los tres niveles: fisiológico (sudoración de manos y taquicardia), motor (una de ellas, María, consiguió no hacer la exposición: evitación física) y cognitivo (las otras tres que hicieron la exposición no se implicaron en la situación, es decir, evitación cognitiva, además de rumiar pensamientos tales como "todo el mundo me está mirando", "voy a hacer el ridículo", etc.)

## 2.2. Procedimiento

Se empleó un diseño intraserie de un sólo sujeto ( $n = 1$ ) del tipo A-B para cada sujeto, realizando cuatro diseños de un sólo sujeto, siendo el modo de tratamiento mediante un abordaje en grupo.

### 2.2.1. Evaluación

La recogida de información se realizó mediante entrevistas y diversos cuestionarios que se detallan a continuación: Inventario general de síntomas (McKay, Davis, y Fanning, 1985); Cuestionario de temores (Wolpe, 1964); Cuestionario de confianza para hablar en público (modificado a partir del de Paul, 1966); Entrevista Diagnóstica Estructuradas (DIS). ; Escala de motivación para el cambio (Fdez Ballesteros, 1993); Escala de dimensionalización de las causas (Fdez Ballesteros, 1993); Cuestionario autobiográfico de Cautela (En Fdez Ballesteros, 1983); Escala de temor a la crítica negativa (FNE)(Watson y Friend, 1969); Escala de evitación y de angustia social (SAD)(Watson y Friend, 1969).

Estos dos últimos cuestionarios (FNE y SAD) han sido los utilizados como instrumentos de medida para evaluar en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

### 2.2.2. Tratamiento

La intervención terapéutica en grupo se realizó durante seis sesiones y una duración total de 16 horas, con una periodicidad de una vez por semana, si bien se programó una sesión individual más a uno de los sujetos. El tratamiento se estructuró en dos grandes fases:

#### 2.2.2.1. Fase educativa (2 horas)

Inicialmente, en esta fase se les proporcionó información sobre la naturaleza del problema que presentaban, el procedimiento terapéutico a seguir y su fundamento teórico.

En esta fase introductoria se resalta el papel central de la ansiedad, subrayando la importancia de los factores cognitivos en la activación emo-

cional, informándoles de la posibilidad de reconocer ciertos pensamientos que anteceden, acompañan y siguen a la conducta problema y de la posibilidad de reconocer, analizar y controlar dichas cogniciones para poder ayudar a controlar la conducta a modificar. De igual forma se hace hincapié en la comprensión del papel de la conducta de evitación, y que sólo aprendiendo ciertas habilidades para poder hacerle frente al miedo, lo que permitirá exposiciones cada vez más prolongadas, éste irá desapareciendo gradualmente.

Una función importante en esta fase es la de alcanzar un nivel elevado de motivación en los pacientes, ya que el paso a la exposición supone que el propio paciente ha de enfrentarse él mismo a la situación temida aunque sea de forma gradual.

Asimismo se les enseñó a aprender a reconocer ciertas situaciones como inicio de una cadena de pensamientos y cómo éstos contribuyen a aumentar la ansiedad. Los sujetos aprendieron entonces que el miedo no se experimenta sólo al enfrentarse a la situación temida, sino desde el mismo momento en que la situación es anticipada, por lo que es muy importante conocer esta cadena de pensamientos. Se les instruyó en el modelo A-B-C de Ellis, de forma que comprendieran que las consecuencias (C) como la ansiedad no vienen inexcusablemente de la situación, sino de los propios pensamientos negativos, que son los que nos hacen sentirnos preparados negativamente ante la situación. En conclusión, se instruyó a los pacientes para que, en el contexto de la autoobservación, primero reconozcan la situación problema; segundo reconozcan sus pensamientos; tercero, modifiquen sus autoverbalizaciones; cuarto, se relajen y quinto, se autorrefuercen. De estos puntos, en la fase educativa se trataron los dos primeros, los tres restantes se trataron a lo largo del tratamiento.

Al término de la sesión se les entregó un autorregistro de situaciones diarias donde se les pidió que observasen y anotasen durante una semana todas aquellas situaciones en las que sintieran ansiedad o interfiriera en su vida. En el autorregistro debían especificar la situación, pensamientos acaecidos en la situación, número de personas, día, hora, la importancia subjetiva (0-10), si lo hizo o no (evitación física), si se implicó o no (evitación cognitiva) y la intensidad del miedo (0-10).

### 2.2.2.2. Fase de aplicación

La estructura de las sesiones era la siguiente: primero, recogida del autorregistro y discusión en público de las ideas o pensamientos negativos que aparecen en las situaciones problema mediante el método socrático. A continuación, en segundo lugar, los sujetos se exponían a las situaciones temidas al tener que realizar ejercicios de hablar en público, si bien dependiendo de la sesión, varía en tiempo y en la posibilidad de utilizar resúmenes o notas; y terminando ésta, valoración de la prueba mediante el autorregistro de hablar en público. Tercero, concertar las tareas para casa. La estructura de la sesión en algunas ocasiones se modificó por los datos que aparecieron en la sesión o por las demandas específicas de algún miembro del grupo.

Las técnicas utilizadas fueron por tanto: exposición gradual, discusión de pensamientos, entrenamiento en respiración (ER), -entrenamiento autoinstruccional (EA) y biblioterapia.

#### Sesión primera (2horas y media)

- a) Se revisan en grupo los autorregistros, poniéndose en común los pensamientos registrados, esto permite a los sujetos comprobar que muchas de sus cogniciones eran compartidas. Se aprende a evaluar la validez, utilidad de los pensamientos y el grado de creencia en ellos, discutiéndolos según el método socrático, con el objetivo de sustituir el pensamiento original por otro más adaptativo.
- b) Después de reafirmar la importancia de los propios pensamientos se les proporcionó una lista de autoinstrucciones que debían poner en práctica en 4 fases: (1) preparándose para la situación, (2) haciéndole frente, (3) haciendo frente a momentos críticos de intenso miedo o bloqueo, y (4) reflexión de cómo se ha resuelto la situación.
- c) Tras unos minutos de afianzamiento de las autoinstrucciones se procedió a la realización de una prueba conductual con el objetivo de conocer la habilidad de los sujetos a la hora de enfrentarse a las situaciones problema y determinar de una forma más directa si poseían en su

repertorio las habilidades necesarias para hacer frente a los problemas específicos. Se les presentó uno de los ítems recogidos del DIS: el miedo a escribir en público o "calambre del escribiente". La prueba consistió en que cada sujeto debía escribir ante los demás miembros del grupo mientras éstos estaban observándole y utilizar el EA como herramienta en el caso de que la ansiedad se incrementase de forma importante. Ante esta prueba conductual tres de los casos no manifestaron incrementos considerables de ansiedad, excepto M<sup>a</sup>Dolores que, medido mediante un termómetro de miedo, aumentó de una ansiedad de 6 en el momento de prepararse a la situación a una ansiedad de 9 mientras está haciéndola frente, no siendo capaz de seguir escribiendo o poder leer las autoinstrucciones. Comprobada su alta activación fisiológica, se decidió a realizar un ER mediante una respiración lenta, diafragmática y con retención inicial del aire durante 5-7 segundos, repitiéndose la palabra "relax" o "calma" mientras se efectuaba la expiración. Tras el entrenamiento su ansiedad medida por el termómetro de miedo disminuye a 5. Se vuelve a intentar la prueba conductual, ayudándose de las autoinstrucciones, y en el momento de hacer frente a la situación su ansiedad aumenta a 7. Como el ítem no consigue estar totalmente superado, y preveiendo una posible baja, se programó una sesión individual para entender de forma específica este problema.

- d) Por último se pide a los sujetos que realicen unas tareas para casa consistentes en: -ejercicios de respiración: mínimo de 15 minutos diarios; -reparar las autoinstrucciones entregadas, con el fin de que los pensamientos allí presentados se conviertan en habituales; -completar el autorregistro de situaciones diarias.

Con M<sup>a</sup> Dolores, en sesión de trabajo individual (1h y media) se varió la estructura de la sesión al estar dedicada enteramente al tratamiento individual del "calambre del escribiente".

- a) Se practica de nuevo la respiración, observando si el paciente lo ha aprendido adecuadamente. Como esto no es así, se realizó en la primera media hora un entrenamiento en respiración.

- b) Repaso de las autoinstrucciones antes del comienzo de la exposición.
- c) Exposición en vivo y en imaginación, utilizando como habilidades aprendidas la respiración y las autoinstrucciones en sus cuatro fases. La ansiedad inicial, medida mediante un termómetro de miedo, es de 6. La exposición en vivo consistió en la observación directa por el terapeuta mientras escribía sobre un texto previamente pactado, aumentando de esta forma la ansiedad en dos puntos. Posteriormente en vez de observarla directamente, el terapeuta la miraba sobre el hombro mientras daba vueltas en la sala, aumentando la ansiedad en medio punto más. Se procedió entonces a la presentación del ítem que ella más temía, pero esta vez en imaginación, ante la imposibilidad de la realización en vivo. La exposición imaginal consistió en la narración de una historia en la cual se encontraba realizando un examen, un final de una asignatura, pero en vez de hacerlo en su pupitre habitual, por falta de espacio tenía que hacerlo en la mesa del profesor, donde todo el mundo la tenía a la vista, y donde podía sentirse observada. Tras tres cuartos de hora se produce la habituación y empieza a disminuir la ansiedad hasta 6.5. Su valoración fue altamente positiva, pues según sus palabras, nunca hubiera podido pensar que alguien podía estar observándola y poder seguir escribiendo.
- d) Las tareas para casa fueron las mismas que la anterior sesión.

#### **Sesión segunda (2 horas)**

- a) Se revisan los autorregistros, y al estar evaluando los pensamientos acaecidos durante las situaciones estresantes o ansiógenas, se comprueba cómo todas las pacientes coincidían en su baja autoestima, demandando ayuda. Comprobada la importancia de sus pensamientos y distorsiones, esta sesión se dedicó enteramente a abordar este tipo de pensamientos.
- b) Sobre los ejercicios de respiración, todos lo hicieron, excepto dos que lo olvidaron un sólo día.
- c) Tareas para casa: -continuar practicando los ejercicios respiratorios; -preparar dos temas a

exponer: uno de 30 y el otro de 60 segundos, permitiéndoseles tener un esquema a mano.

#### **Sesión tercera (2h y media)**

- a) La primera media hora se dedicó a los autorregistros y a detectar los pensamientos acaecidos en cada situación, para posteriormente trabajarlos en grupo.
- b) A fin de que las autoinstrucciones fueran lo mas personales posibles, hicieron una lista de pensamientos negativos, y al lado de cada uno de ellos, esos pensamientos transformados en positivos. Estos pensamientos fueron entonces añadidos en cada una de las etapas de las autoinstrucciones con el fin de confeccionar sus propias listas de pensamientos que les resulten creíbles y les sean útiles para afrontar las situaciones de hablar en público (señalar que a la hora de recordar, las frases añadidas por ellas eran sistemáticamente las mas recordadas).
- c) Se les dejó diez minutos para afianzar las frases y después se procedió a la exposición. La estructura de la exposición era la siguiente:
  - Exposición sujeto por sujeto del tema previamente pactado, con la posibilidad de tener un esquema a mano. La distancia entre el ponente y los oyentes (los otros tres pacientes y el terapeuta) era de aproximadamente un metro.
  - Antes de la exposición, el ponente debía anotar el nivel inicial de ansiedad (0-10) en el autorregistro de hablar en público. Al terminar la exposición había de rellenar los siguientes puntos: calificaciones de los aspectos conductuales y mejoras subjetivas a lograr; técnicas de relajación y en qué medida se aplicaron adecuadamente (0-10); pensamientos internos y grado de creencia en ellos (0-10) y nivel posterior de ansiedad (0-10).
  - Los oyentes sólo puntuábamos los aspectos conductuales: miradas, gestos, volumen, etc, y posteriormente se comparaban las puntuaciones obtenidas del ponente con las de los oyentes. Se observó que estas puntuaciones eran sistemáticamente superiores a las que daba el ponente, dando entonces "feedback" positivo de forma que éste viera cómo siempre los demás te ven mejor de lo que él mismo piensa,

rompiendo así las expectativas por ellos mismos creados.

- d) Biblioterapia: al final de la sesión se recomendó la lectura de un capítulo del libro "Tus zonas erróneas" (Dyer, 1978) para mejorar la autoestima.
- e) Tareas para casa:
  - entrenamiento en respiración: quince minutos diarios;
  - revisar las autoinstrucciones y las frases o pensamientos insertados en ellos con el fin de su asimilación.;
  - preparar para la siguiente sesión un tema de 3 minutos, esta vez con sólo dos notas;
  - se les reafirmó en la importancia de completar el autorregistro de situaciones diarias.

#### Sesión cuarta (2h. y media)

- a) Revisión de los autorregistros y discusión de los pensamientos registrados.
- b) Tras la lectura del libro recomendado en la sesión anterior, hubo una puesta en común. Como resultado, hubo un consenso a la hora de verse reflejadas todas ellas en el texto, estando de acuerdo con lo planteado en él, así como la fácil lectura de éste, y demandaron mas ayuda en este sentido. De hecho su motivación aumentó en gran medida a raíz de la lectura de dicho libro.
- c) Realización de ejercicios de respiración y comprobación de que las autoinstrucciones se encontraban asentadas.
- d) Exposición, siendo esta práctica igual a la de la sesión anterior, con la excepción de que el auditorio se encontraba a mayor distancia, aproximadamente 5 metros. Como resultado de la exposición, y en el marco del *feedback* comentaron que ellas se veían dispuestas y preparadas para hablar ante un público desconocido, cosa que como dijeron, si se hubiera planteado al comenzar el tratamiento, no hubieran vuelto a venir.
- e) Tareas para casa: preparar un tema de 5 minutos para exponer sin notas y continuar los ejercicios de respiración

#### Sesión quinta (3 horas)

- a) La primera hora se dedicó a un entrenamiento en respiración y autoinstrucciones, así como discutir un pensamiento que había quedado apuntado en la pasada sesión.
- b) La exposición se realizó de igual forma que en sesiones anteriores, con dos diferencias. 1>la diferencia de capacidad, siendo un aula con un aforo de unas 150 personas y con distribución semicircular, donde quien exponía se colocaba en la mesa del profesor y los demás repartidos en el aula. 2>Aparte de la diferencia de aula, esta vez habían dos personas desconocidas, las cuales además iban a rellenar el autorregistro de hablar en público, o sea, iban a evaluarlas (recordar que el temor a la crítica negativa era básico para ellas, siendo las puntuaciones en esa escala mucho mayores a las de evitación). Mencionar que tan sólo una persona, María, se obstruyó, pero porque el tema a exponer (las bicicletas) lo había buscado en la enciclopedia, aprendiéndolo de memoria, y al no poder disponer de notas lo olvidó, aumentando en ese momento la ansiedad en tres puntos (de 6 a 9, medido por un termómetro de miedo), pero utilizando el entrenamiento en respiración y autoinstrucciones la ansiedad se redujo, alcanzando los niveles iniciales de ansiedad y pudiendo terminar de forma satisfactoria, máxime aún al haber podido afrontar una situación de intenso miedo y bloqueo.
- c) Para concluir, como biblioterapia adicional, se les entregó un texto del libro "Tus zonas erróneas" (Dyer, 1978).

### 3. Resultados

Para evaluar los resultados utilizamos los cuestionarios FNE y SAD que se administraron antes del tratamiento, una vez terminado y cinco meses después (seguimiento). Los puntos de corte en FNE son 22-24 y en el SAD son 18-20.

Los resultados han sido muy alentadores, tal y como se puede apreciar en la Tabla 1. De las cuatro pacientes, sólo una no mostró signos de mejora, e incluso un ligero retroceso, mientras las otras

de ella, obteniendo mayor seguridad en si misma y en su estima.

Respecto a María, ha mejorado en sus relaciones interpersonales y considera que ahora se

**Tabla 1:** Resultados del tratamiento

		PRE	POST	SEGUIM.	DIFERENCs
M <sup>a</sup> DOLORES	FNE	21	17	11	-10
	SAD	18	14	8	-10
GEMA	FNE	28	26	28	0
	SAD	15	13	18	3
MARIA	FNE	26	19	13	-13
	SAD	10	5	3	-7
ANTONIA	FNE	30	9	9	-21
	SAD	12	2	2	-10

tres generalizaron sus resultados, bajando aún más sus puntuaciones, tanto en crítica negativa como en evitación, llegando a ser esta mejoría de 6 puntos con respecto al tratamiento.

También se advierte una mayor bajada en la escala de temor a la crítica negativa que en la escala de evitación, probablemente por las características del tratamiento. En este sentido, el uso de la biblioterapia y la discusión de pensamientos tomaron un mayor relieve a lo largo de las sesiones, por las numerosas creencias irracionales que se manifestaron y que observamos que dificultaba la parte activa del tratamiento, o sea, la exposición. Otro punto a destacar fue el uso de autorregistros de hablar en público, de forma que la paciente puntuaba su clasificación en miradas, gestos, volumen, etc., y ésta era después comparada por las puntuaciones recibidas por las compañeras y de mí mismo. Estas puntuaciones eran siempre superiores a lo que ellas mismas creían percibir, notando que sus fallos no eran ya tan evidentes, y que ellas mismas creían verse peor de lo que realmente eran vistas, así, por ejemplo, una creía que sudaba tanto que todo el mundo lo advertía y cuando descubrió que no era así, la ansiedad disminuyó al romperse las creencias creadas, tanto la fisiológica como la cognitiva. De hecho, Antonia, que fue la que progresó más en discusión de pensamientos y biblioterapia, ha sido la que más ha bajado en sus puntuaciones hasta mínimos, permitiéndole ahora preguntar en clase, relacionarse más y no temer tanto de lo que los demás piensen

siente menos ansiosa ante la evaluación de los demás. Un rasgo importante es que ahora mira a la gente a los ojos sin dificultades, lo que antes le era francamente difícil, y que ya durante el tratamiento fue superando.

Gema ha sido al única que no ha mejorado, habiendo vuelto a sus puntuaciones iniciales e incluso aumentando su evitación. De hecho fue quien más le costó aplicar el conjunto de técnicas utilizadas. Probablemente la causa hay que buscarla en su diferencia con las otras, en el sentido de que su problema era más de baja autoestima corporal y unas cogniciones que la hacen sentir culpable si piensa algo positivo de ella, como "¿qué pensarán de mí si digo algo positivo de mí misma?". En este sentido, hubiera sido conveniente un entrenamiento en habilidades sociales, en el sentido de aprender a aceptar cumplidos, defender sus propios intereses, etc, aspectos individuales éstos que no eran necesarios en la mayoría de miembros del grupo. Uno de los inconvenientes de el tratamiento en grupo es precisamente la dificultad de adaptar el entrenamiento a las necesidades específicas de cada sujeto, diseñando el programa a la medida de sus necesidades. Sin embargo, optamos por un tratamiento en el contexto grupal, porque facilita (Vallejo, M. A., y Ruiz, M. A., 1993): a) el empleo de varios modelos, con estilos diferentes, y que poseen características similares al propio sujeto; b) la realización de distintos ensayos, con interlocutores diferentes, dando lugar a interacciones variadas, complejas y en



cierto modo impredecibles, similares a las que puedan acontecer en la vida real; c) el empleo de una retroalimentación más amplia, más heterogénea, completa y desarrollada a partir del marco de referencia de los iguales; d) la aplicación de refuerzos sistemáticos, reiterados y dispensados por los propios compañeros; e) los grupos proporcionan a los sujetos un inestimable marco de referencia y de comparación social, que es constantemente empleado por los sujetos como criterio para valorar distintos aspectos; f) el contexto grupal presenta una condiciones de aprendizaje idóneas, contribuyendo de forma especial a la generalización de las conductas.

Por último, María Dolores ha sido quien más ha generalizado los resultados del tratamiento, adquiriendo una mayor facilidad para interrelacionarse con los demás. También remitió el "calambre del escribiente" que padecía, y ahora puede escribir aunque la miren mientras lo hace, si bien todavía presenta ligeros niveles de ansiedad, pero se siente muy satisfecha de haberlo empezado a superar. Probablemente otros factores ambientales hayan contribuido a la desaparición de este trastorno, si bien hemos de tener en cuenta que al haber modificado sus pensamientos, sus cogniciones, ésto hace que pueda afrontar de forma mas positiva otros acontecimientos estresantes.

Comentar sobre los instrumentos de evaluación (FNE y SAD) que los pacientes han manifestado en repetidas ocasiones su excesiva ambigüedad en algunos ítems, lo cual podría hacer fluctuar varios puntos los resultados, dependiendo de como los pacientes hayan entendido los elementos. De todas formas, diferencias de 7, 10 o 21 puntos, no pueden atribuirse a este problema, lo que asegura en este caso nuestros resultados.

En resumen, y coincidiendo con Echeburúa (1991), las técnicas cognitivas a largo plazo (y creemos que también a corto plazo) evitan recaídas y favorecen la generalización a otras áreas, minimizando la ansiedad a situaciones no sociales y disminuyendo las creencias irracionales (cosa que no sucede con sólo la exposición) y que en la fobia social tienen como máximo exponente su temor a la crítica negativa.

#### 4. Discusión

Si bien en la polémica sobre técnicas cognitivas no está demostrado que puedan ser útiles añadidas a las técnicas de exposición (Marks, 1981; Mathews, Gelder y Johnston, 1981), no obstante parece claro, al menos, que las técnicas cognitivas actúan como incentivo, motivando a los pacientes a afrontar las situaciones temidas.

Así, trastornos comórbidos, como el presentado en una paciente ("calambre del escribiente") desaparecieron con sólo una sesión específica, lo cual inicialmente parecería insuficiente. Esto lleva a plantear si no es realmente la reestructuración de sus pensamientos, el cambio de pensamientos negativos a positivos, y el cambio de actitud ante la valoración de los demás, lo que ciertamente permite que los resultados se generalicen a otros problemas, y que en el seguimiento los resultados muestren una clara mejoría.

Destacar que el resultado del tratamiento concuerda con una de las hipótesis realizada por Bados (Bados, 1990). Este autor comparó la eficacia de distintos tratamientos y observó cómo el tratamiento que combinaba reestructuración cognitiva (RC), entrenamiento en hablar en público (EHP) y relajación aplicada (RA) obtenía peores resultados que otros tratamientos con menor complejidad. Hipotetiza entonces que estos peores resultados resultarían de un tiempo insuficiente para una intervención tan compleja, ya que en el seguimiento desaparecen los efectos desfavorables al no disponer de tiempo suficiente para asimilar mejor las habilidades enseñadas.

En la intervención aquí presentada, que constaría básicamente de discusión de pensamientos y autoinstrucciones, exposición gradual y entrenamiento en respiración guarda semejanzas con lo por él planteado con la diferencia de respiración vs relajación, que por ser de un nivel menos complejo y con un menor tiempo para su aprendizaje, permitió entonces poner el énfasis en las estrategias cognitivas. Asimismo el tiempo dedicado a la intervención fue superior y junto con lo anterior contribuyó a una pronta generalización y unos alentadores resultados.

## 5. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* (3ª ed. ), Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* (3ª ed rev. ), Washington: APA.
- Bados, A. (1987). Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público-1. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 165-189.
- Bados, A. (1987). Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público-2. *Revista Española de Terapia del comportamiento*, 3, 197-232
- Bados, A. (1987). Tratamiento cognitivo-conductual del miedo a hablar en público. *Análisis y modificación de conducta*, 13 (38), 657-684.
- Bados, A. (1990). Tratamiento conductual del miedo a hablar en público: 13 meses después. *Análisis y modificación de conducta*, 16 (41), 441-464.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its Disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beidel, D. C. , Turner, S. M. y Dancu, C. V (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 109-117.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia. Some instructive difficulties. *Behavioral Research and Therapy*, 23, 651-659.
- Dyer, W. W. (1978). *Tus zonas erróneas* (38ª edición). Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Echeburúa, E. (1990). La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del DSM-III-R y del ICD-10. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 1-15.
- Echeburúa, E. (1991). Fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 3 (1), 10-23.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1991). Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. En G. Buena-Casal y V. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 285-384). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández Balleteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico: cuaderno de prácticas*. Madrid: U. N. E. D.
- Heimberg, R. G. (1989). Social phobia: no longer neglected. *Clinical Psychology Review*, 9, 1-2
- Heimberg, R. G y Barlow, D. H. (1988). Psychosocial Treatments for Social Phobia, *Psychosomatics*, 29, 27-37
- Hope, D. A., Rapee, R. M. , Heimber, R. G. y Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189
- Liebowitz, M. R., Gorman, J., Fyer, A. y Klein, D. (1985). Social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Lucock, M. y Salkovskis, P. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 16, 377-386.
- Marks, I. M. (1981). *Cure and Care Of Neurosis*. Nueva York: Wiley.
- Marks, I. M. (1989). *Fears, Phobias and Rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marks, I. M. (1991). Phobias and related anxiety disorders. *British Medical Journal*, 302, 1037- 1038.
- Mathews, A. M. ; Gelder, M. G. , y Johnston, D. W. (1981). *Agoraphobia: Nature and Treatment*. Nueva York: The Guilford Press.
- Mattlick, R. P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattlick, R. P. , Petres, L. , y Clarke, J. (1989). Exposure and Cognitive Reestructuring for Social Phobia. A Controlled Study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Paul, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Rachman, S. y Wilson, G. (1980). *The effects of Psychological therapy*, (2ªed. ), Oxford: Pergamon Press.
- Rachman, S. y Levitt, K. (1988). Panic, fear and habituation. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 199-206.
- Rapee, R. M. , Sanderson, W. C y Barlow, D. H. (1988). Social Phobia Features Across the DSM-III-R Anxiety Disorders, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 287-299.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcomes studies: A replication and refinement, *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Vallejo, M. A. y Ruiz, M. A. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta (vol 1)*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluate anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wolpe, J. y Lang, P. J. (1964). A fear survey for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.

