

Ronald Alberto Toro Tobar ¹

Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck

Cognitive therapy for social phobia: issues from the Beck's model

RESUMEM

La ansiedad social se constituye como el resultado emocional de complejas respuestas biopsicosociales de importantes componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos, enfocados hacia amenazas de posible crítica, evaluación negativa de las demás personas y falta de control, lo que conlleva a un deterioro personal y social clínicamente significativo. Los modelos explicativos desarrollados al respecto, han sido extensos cuerpos de investigación, muchos basados en procesos psicológicos subyacentes (atencionales, motivacionales, perceptuales), que ha llevado a intervenciones válidas y empíricamente demostradas, como lo por ejemplo la Terapia Cognitiva de A. T. Beck y colaboradores (Clark & Beck, 2010). El presente trabajo de revisión presenta un panorama del modelo cognitivo de la fobia social desde el procesamiento de información, que involucra desde del modelo teórico, la evaluación y el plan de psicoterapia sugerido. Se cierra con un apartado de evidencia investigativa en torno al modelo descrito y los alcances reconocidos por la comunidad científica de la terapia cognitiva frente a otros modelos de psicoterapia, en cuanto a comparaciones con grupos control, metodologías de investigación y limitaciones por superar a manera de conclusión final.

Palabras-clave: ansiedad; terapia cognitiva; trastornos fóbicos (fobia social).

ABSTRACT

Social anxiety has been defined as the result of complex bio-psycho-social responses with evolutive, biological, affective and cognitive components. These responses are evidenced when the individual faces threat of criticism and negative evaluation by others as well as control loss, leading to social and personal clinically significant impairment. There are abundant social phobia explanatory models, from which many are based on underlying psychological processes (attentional, motivational, perceptual), which has demonstrated empirically valid interventions, such as Cognitive Therapy of A. T. Beck and colleagues (Clark & Beck, 2010). This paper aims to provide a brief overview of a current cognitive model of social phobia based on information processing model that involves the theoretical model, the evaluation and psychotherapy suggested plan. Finally, this review examines available empirical evidence about of cognitive therapy and its advantages recognized by the scientific community compared to other psychotherapies regarding control groups, research methodologies and limitations.

Keywords: anxiety; cognitive therapy; phobic disorders (social phobia).

¹ Especialista en Psicología Clínica.

Universidad Manuela Beltrán.

Correspondência:

Ronald Alberto Toro Tobar.
Av. Circunvalar, #60-00, Bogotá. Colombia.
E-mail: tororonald@gmail.com
Apoio financeiro Universidad Manuela Beltrán.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 28 de maio de 2013. cod. 190.
Artigo aceito em 05 de outubro de 2013.

DOI: 10.5935/1808-5687.20120017

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por comportamientos anticipatorios hacia un daño posterior real o imaginario (aprehensión), que están acompañados por respuestas fisiológicas y cognoscitivas de malestar ante una situación o estímulos indicadores de peligro (afecto negativo), derivados de una percepción de falta de control sobre sucesos futuros, con un evidente desajuste personal y psicosocial (Barlow, 2002; Asociación Psiquiátrica Americana APA, 2002; Barlow & Durand, 2001).

En el caso de miedos anticipados hacia la desaprobación social, el desempeño ante personas críticas, figuras públicas y de autoridad que impliquen evaluación social, se trata de una ansiedad social, cuya naturaleza anticipatoria permite servir como base motivacional en la exigente sociedad actual, siendo un estado normal ante los eventos que lo exigen, al seguir estándares de calidad, perfeccionismo y adecuado desempeño (Barlow & Durand, 2001).

Sin embargo, cuando se traspasan los límites y se hace acusado y persistente y en últimas se altera el funcionamiento normal o adaptativo de la persona y además se reconoce como exagerado, de una elevada evitación social y aislamiento, posiblemente se cumple con los criterios diagnósticos de la fobia social (FS). Entre un 3% y un 13% del total de la población se presenta con cifras que varían dependiendo del malestar clínico y las situaciones (APA, 2002), en especial en sociedades occidentales (Bados, 2009); según la APA (2002) un 20% de los casos presenta un miedo excesivo al hablar o actuar en público, y tan sólo un 2% el verdadero malestar clínico, sin tener en cuenta los subtipos de fobia social (generalizada y circunscrita) ni la comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación (Barlow, 2002).

Por otra parte, este trastorno de ansiedad ha sido tratado con efectividad y eficacia desde hace varias décadas con terapias de corte cognitivo-conductual (TCC), un término genérico para aquellas psicoterapias que incorporan técnicas cognitivas las cuales buscan reducir emociones y conductas, modificando procesos y productos cognitivos disfuncionales, y técnicas conductuales con las que se busca reducir emociones y conductas desadaptativas, estableciendo nuevos comportamientos adaptativos alternativos (Brewin, 1996), de las cuales hace parte la Terapia Cognitiva de Beck (Clark & Beck, 2010), de ahora en adelante nombrada como TC.

Al respecto, diversos estudios controlados han demostrado que los programas de intervención del tipo cognitivo conductuales, tienen una eficacia similar e inclusive superior a otros tratamientos como los farmacológicos, las psicoterapias humanistas, placebos y la mismas lista de espera y remisión espontánea (Aspecto que se analizará más adelante, v.g. Momeni, Moshtagh & Purshahbaz, 2010; Vidal, Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008; Barlow, 1997, Magraf, Barlow, Clark & Telch, 1993; Clark & Salkovskis, 1989).

Es de resaltar que los estudios sobre la eficacia de las psicoterapias reconocidas por el Task Force (APA, 1993, 1995), aquellas que cumplen los requerimientos metodológicos de los modelos en psicología basados en la evidencia (v.g. Toro & Ochoa, 2011; Ochoa & Toro, 2010), demuestran que las terapias de corte cognitivo como la TC, desarrollada ampliamente por A. T. Beck en la década de los sesentas (1963, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Clark, Beck & Alford, 1999), han venido consolidando un amplio soporte empírico, basado en la permanente comprobación de hipótesis (Clark & Beck, 2010; Clark & Beck, 1997) las cuales le han dado un considerable campo de investigación sobre los trastornos emocionales y afectivos, en cuanto a causas y formas de tratamiento efectivo.

El objetivo de esta revisión fue resaltar los conceptos claves de la TC en cuanto a la presentación del modelo, evaluación de caso, plan de intervención y la evidencia empírica, basado en los conceptos descritos por Clark y Beck (2010), trabajo en el cual detallaron las principales hipótesis tanto descriptivas como explicativas del modelo cognitivo y los procedimientos de la TC para la FS. Para llevar a cabo esta revisión se usó como método la consulta de investigaciones relevantes sobre tratamientos con TC en FS (con énfasis en aquellas que identificaban los componentes claves de las psicoterapias cognitivo conductuales) y disponibles en bases de datos como Health's PubMed, EBSCO, SciELO y Redalyc; los principales resultados fueron registrados en una hoja de Excel para su posterior análisis. A continuación, se detalla el modelo teórico de la FS.

MODELO COGNITIVO DE LA FOBIA SOCIAL

A.T. Beck y colaboradores (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Beck & Clark, 1988 y Clark & Beck, 2010) postularon desde el procesamiento de la información, que la *ansiedad* es un resultado emocional de complejas respuestas biopsicosociales de importantes componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos, que parte de la percepción y reconocimiento de una señal aversiva, procesada de manera selectiva y sesgada en cuanto a la evocación de la información contenida en memoria y la interpretación ya sea polarizada, personalizada, catastrófica y selectiva (para ampliar al respecto ver Sacco & Beck, 1995; Clark, Beck & Alford, 1999), como parte del ambiente amenazante y que a su vez, va acompañada de una percepción de unas limitadas capacidades personales de afrontamiento, cuyo resultado es una reacción disfuncional del sistema de respuesta emocional (fisiológico, motor, cognitivo, motivacional) (Barlow, 2002).

Dicho procesamiento se da en un nivel estructural superficial y otro a nivel profundo (Clark & Beck, 1997), distribuidos respectivamente en los productos cognitivos ("pensamientos automáticos"), y las reglas de estructuración del significado o supuestos subyacentes (creencias intermedias y centrales y los esquemas) (Beck, J. S. 2000). Es así que el

concepto central del modelo es el *esquema*, la unidad básica del sistema de procesamiento de información que guía los procesos cognitivos como atención, memoria y percepción entre otros (Beck, 1963, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Clark, Beck & Alford, 1999), en una estructura, teóricamente derivada de los trabajos propios de la metáfora computacional y la revolución cognitiva, un paradigma que ha investigado sobre memoria, atención, percepción, conocimiento, lenguaje, resolución de problemas y razonamiento, entre otros, principalmente en el cuerpo de conocimientos de la psicología cognitiva racionalista (v.g. Mahoney, 1995; Caro, 1997). Igualmente, este modelo presenta interesantes evidencias sobre la emoción negativa y los incrementos de la activación de regiones frontales encargadas del control emocional y asociadas a la actividad de regiones subcorticales a nivel amigdalino hipocampal, además con evidentes cambios estructurales luego de la TC (Clark & Beck, 2010 b).

El modelo para la FS, inicia entonces con una explicación sobre el funcionamiento del aparato cognitivo, en el cual las emociones negativas y una marcada sensación de inadecuación y avergonzamiento se enfoca hacia las situaciones sociales (Hofmann & Barlow, 2002), asociadas a conductas automáticas que buscan permanentemente ser minimizadas, y evitar ser percibidas por una audiencia real o imaginaria, generalmente sobreestimada (Turk, Heimberg & Magee, 2008), que incluye perfeccionismo, retroalimentación social negativa y rumiación de cogniciones interpersonales (Nepon, Flett, Hewitt & Molnar, 2011), evidente en tres diferentes fases: anticipatoria, exposición y postevento (Clark & Beck, 2010).

En la fase anticipatoria, se presentan respuestas de ansiedad ante situaciones de amenaza social, que pueden ir desde minutos previos hasta varias semanas, lo que generalmente representa un patrón de evitación de los sitios donde tendrá lugar la situación social (v.g. el auditorio donde se tendrá la presentación o permanecer en casa para evitar ser invitado a una fiesta en último momento), que lleva al permanente aislamiento en los casos graves de fobia social. Por lo general, el contenido esquemático disfuncional se caracteriza por pensamientos automáticos negativos y creencias disfuncionales orientadas a imágenes del momento en crisis, ideas de fracaso, juicio negativo de los demás, y la anticipación del incumplimiento de los estándares de desempeño social adecuado (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark & Beck, 2010).

Durante la fase de exposición, la persona con FS activa una serie de creencias centrales acerca de sí mismo (activación del autoesquema) como por ejemplo “soy mediocre” o “soy una persona incompetente”, cuyo repertorio de significados van a guiar a continuación, los procesos de construcción de nuevos significados durante la situación, además aparecen sesgos de interpretación y la atención se focaliza en las respuestas fisiológicas y motoras de ansiedad y el mismo desempeño (Beck las denomina distorsiones cognitivas; v.g. Beck, 1963, 1967),

y se retroalimenta finalmente el funcionamiento esquemático (la evidencia empírica de este proceso se ha obtenido a través de la hipótesis de procesamiento congruente (v.g. Mathews & McLeod, 2005), afrontamiento diferencial, entre otros (v.g. Clark, Beck & Alford, 1999)), a manera de una segunda ansiedad, es decir una espiral patológica de la ansiedad por estar evidenciando ansiedad (v.g. Ellis & Grieger, 1981), lo que puede repercutir en respuestas defectuosas y caer en profecías autorrealizadas (v.g. Clark, Beck & Alford, 1999; para una mayor discusión sobre el tema).

El funcionamiento esquemático, guiado por los contenidos centrales, se pueden apreciar en creencias relacionadas con debilidad, rechazo, yo inferior, los demás críticos y evaluadores, y altos estándares de desempeño social (Clark & Beck, 2010; Clark & Wells, 1995). Por ejemplo, los procesos atencionales en esta fase, se caracterizan por una permanente búsqueda de claves de evaluación social negativa, una hipervigilancia de las respuestas fisiológicas de ansiedad (atención autofocalizada) y la construcción de audiencias falsas (como el caso de cometer un error mientras se come en público y creer que todas las personas le están mirando y se burlan), un gasto de recursos (según los principios de economía cognitiva) adicional a la tarea, que se hace evidente en el aumento de errores y la retroalimentación negativa del autoesquema de mediocridad e inferioridad, además del escaso interés en las claves de aceptación y elogio también presentes en el momento de la exposición (Clark & Wells, 1995).

La fase postevento se inicia una vez se ha terminado la exposición, y se caracteriza por una serie de sesgos en los procesos de memoria, tanto en almacenamiento como en recuperación, donde la persona recuerda con mayor facilidad sus errores, los almacena junto a otros similares justificándolos como parte de su experiencia, y omitiendo los aciertos y la información que no está a favor de su autoesquema de incompetencia, lo que termina en un círculo de evidencias sobre la naturaleza amenazante de los demás, la incapacidad personal y los niveles de ansiedad exagerados en las situaciones sociales (Clark & Beck, 2010; Clark & Wells, 1995; Laposa & Rector, 2011; Gaydukevych & Kocovski, 2012). Tales procesos deben ser tenidos en cuenta al momento de iniciar el abordaje del paciente con FS, buscando la permanente integración entre los modelos teóricos y las características personales únicas, de acuerdo con los procesos de evaluación y formulación de caso clínico de la TC.

EVALUACIÓN DEL CASO CLÍNICO CON FOBIA SOCIAL

El proceso de evaluación clínica cognitiva en los casos de FS se inicia con una entrevista clínica, la aplicación de las pruebas psicométricas reconocidas por su consistencia interna y validez. Se recomienda usar el ADIS-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*; Brown, DiNardo & Barlow,

1994), como una entrevista semiestructurada heteroaplicada para cada trastorno de ansiedad según DSM-IV, contiene ítems dicotómicos (sí-no), escalas de 0-8 puntos y espacios para preguntas abiertas de interés clínico que sirve también para evaluar efectividad de tratamientos, basado en los indicadores cualitativos del trastorno, además de comorbilidades comunes como trastornos del estado de ánimo, abuso y dependencia de sustancias y trastornos somatomorfos. También se recomienda usar el BFNE (*Brief Fear of Negative Evaluation Scale*; Weeks et al 2005; Collins, Westra, Dozois & Stewart, 2004), como una escala diseñada para evaluar la ansiedad ante situaciones sociales por Watson y Friend (1969), identifica el grado de preocupación por las evaluaciones negativas de los demás hacia ellos, además de expectativas, aprehensión, malestar y evitación de situaciones sociales, con ítems tipo falso y verdadero (algunos negativos) (Toro, Nieto, Mayorga & Montaña, 2013). Se sugiere incluir también los reportes verbales, remisiones, historias clínicas, antecedentes médicos y psiquiátricos, que pueden ser de utilidad en el diagnóstico y el establecimiento de hipótesis acerca del caso en particular.

Una vez recolectados estos datos, se debe elaborar una Formulación Cognitiva de Caso (FCC) la cual permite establecer unas hipótesis de causa y mantenimiento de la problemática y servir de base para la propuesta de tratamiento ajustado a las características del paciente en una integración entre la teoría cognitiva y la persona que padece el trastorno (Persons & Davidson, 2001; Beck, 2000), es decir la integración nomotética e idiográfica en el caso clínico, teniendo en cuenta los elementos claves que de acuerdo con Clark y Beck (2010), son un A) rango específico de situaciones sociales amenazantes, B) distribución del contenido en los tres componentes del modelo -anticipación, exposición y postevento-, C) evaluación de los temores explícitos sesgados (pensamientos e imágenes ansiosas) en el momento de la interpretación de amenaza, D) evaluación de la atención autofocalizada, la intolerancia a la ansiedad, y las conductas inhibitorias, E) estrategias de seguridad y formas de supresión de ansiedad, F) evaluación de la memoria autobiográfica y G) formulación los autoesquemas sociales centrales que constituyen la vulnerabilidad hacia la fobia social. Se sugiere cerrar con un plan de tratamiento TC en el cual se estipulen las metas y las actividades a llevar a cabo en las sesiones siguientes.

TERAPIA COGNITIVA PARA LA FOBIA SOCIAL (CLARK & BECK, 2010)

La TC para la FS se enfoca hacia los procesos cognitivos disfuncionales subyacentes del trastorno, en cada fase del modelo. Inicialmente, se elabora un plan de psicoeducación en la TC y cómo funciona el modelo cognitivo de la FS, con el fin de establecer en conjunto con el paciente, las metas terapéuticas y las amenazas sociales en un listado organizado jerárquicamente.

A continuación, se deben identificar los patrones cognitivos disfuncionales de la FS e iniciar la fase de reestructuración cognitiva, la cual consiste en la modificación de los contenidos esquemáticos asociados a la amenaza de naturaleza social y la falta de control personal. Se establece que patrones selectivos a nivel atencional deben ser re-enfocados en las situaciones sociales (modificar esencialmente la catastrofización y el razonamiento emocional), tanto en el momento anticipatorio lejano como cercano, a través de juegos de roles y algunas técnicas cognitivas basadas en la búsqueda de evidencias a favor de la creencia adaptativa, incluyendo el fortalecimiento de las estrategias funcionales de seguridad.

Una vez instaurados estos cambios preliminares en el aparato cognitivo del paciente, la visión de túnel y las otras dos distorsiones modificadas (catastrofización y razonamiento emocional), se deben seguir reestructurando, centrándose además en el desempeño, la evaluación negativa de los demás y las creencias centrales disfuncionales, por medio de juegos de roles y técnicas cognitivas como el análisis de ventajas-desventajas o el continuo cognitivo.

La siguiente fase está enfocada hacia un aumento en la tolerancia de las respuestas fisiológicas de la ansiedad, a través de la promoción de alternativas funcionales de afrontamiento mucho más eficaces. Se inicia con la exposición en vivo, como parte introductoria del tratamiento de la FS en la fase de la exposición. Primero en el consultorio usando medios audiovisuales para que el paciente observe los puntos a mejorar durante los juegos de roles y encuentre evidencia de sus propios procesos cognitivos sesgados, en especial los atencionales de túnel, usando un formato de comprobación empírica de hipótesis, según el modelo del pensamiento hipotético deductivo.

La última fase del proceso de intervención con TC, se enfoca hacia el rompimiento del círculo patológico presente en los procesos de recuperación y almacenamiento de información confirmatoria del esquema subyacente (reestructuración de procesos postevento), para ello se deben plantear registros y tareas para la casa en donde se hagan evidentes los sesgos, y a su vez incluir un procedimiento de relaboración de experiencias pasadas para modificar cogniciones profundas actuales. Estos procedimientos de reestructuración postevento hacen parte de las actividades de cierre del proceso psicoterapéutico, en aproximadamente ocho sesiones de intervención.

EVIDENCIA EMPÍRICA DE LA TERAPIA COGNITIVA PARA LA FOBIA SOCIAL

Uno de los aspectos claves en la intervención de la FS con TC, es la combinación de procedimientos de reestructuración cognitiva con la exposición ante los estímulos fóbicos (Ougrin, 2011; Ebrahim & Bance, 2012), inicialmente con técnicas de imaginación y luego con exposición en vivo.

Trabajos que detallan la utilidad de estos procedimientos se encuentran en Stravynski, Bond y Amado (2004), en el cual concluyeron que en la FS priman variables causales cognitivas y los mejores tratamientos se potencian por los efectos de estrategias terapéuticas orientadas a cambios en los procesos cognitivos que mantienen la FS. Agregaron que las variables cognitivas causales son un objetivo clave de intervención en este trastorno. Igualmente, factores como la interpretación del evento y la valoración de las capacidades de afrontamiento, Wilson y Rapee (2005) demostraron que la TC está asociada a la disminución significativa de las interpretaciones negativas desadaptativas de los eventos sociales, además de una interesante asociación entre el grado de interpretación de desfavorabilidad de los eventos sociales negativos y para sí mismos, y pueden servir de predictores de la aparición de síntomas de FS pasados tres meses de finalizado el tratamiento.

En cuanto al procesamiento postevento, Price y Anderson (2011) evaluaron con un diseño multinivel, a 91 participantes con FS quienes fueron sometidos a terapia cognitivo conductual y a exposición virtual, cuyos resultados indicaron que este proceso cognitivo disminuye significativamente a diferencia de la exposición única como psicoterapia. En estudios comparativos acerca de las percepciones de ganancia a lo largo de la psicoterapia, pueden ser considerados indicadores de éxito del proceso terapéutico y estabilidad de resultados, siendo superior la terapia cognitivo conductual frente a la terapia interpersonal, tal como lo indicaron Bohn, Aderka, Schreiber, Stangier y Hofmann (2013), al comparar 16 participantes con FS que tras recibir 16 sesiones de tratamiento con ambas psicoterapias, un 22.6% reportó un procesamiento postevento en términos de ganancia en habilidades (un indicador de cambio en los procesos cognitivos), incluso en las sesiones de seguimiento tras finalizar el tratamiento.

Es importante resaltar que esta reestructuración cognitiva, puede ser llevada a cabo en escenarios artificiales. Por ejemplo, en el trabajo de Anderson, Zimand Hodges Rothbaum (2005), usaron escenarios artificiales para la exposición en pacientes que cumplían criterios diagnósticos de FS y trastorno de pánico con agorafobia, y que además cumplían el criterio de un temor elevado de hablar en público. El tratamiento además de la estructura básica de la TC para ansiedad, incluía cuatro sesiones de exposición ante escenarios virtuales con público. Los resultados obtenidos mostraron variaciones positivas en las medidas pre y post tratamiento. También, Wallach, Safir y Bar-Zvi (2009), indicaron mayor efectividad en cuatro de las cinco medidas de ansiedad ($n = 30$) usando exposición de hablar en público con realidad virtual y TC. Tras un seguimiento de más de un año, evidenciaron estabilidad de cambios y resaltaron su brevedad y utilidad recomendada (Safir, Wallach & Bar-Zvi, 2012).

La TC debe ser preferiblemente corta y haber demostrado su efectividad usando protocolos de escasas sesiones (entre 6 y 10) (Stangier, Schramm, Heidenreich, Berger &

Clark, 2011; Clark, 2013). En investigaciones controladas al respecto, Wells y Papageorgiou (2001), probaron una Terapia Cognitiva Breve (TCB) para la fobia social en seis pacientes diagnosticados con FS, siguiendo una metodología de medidas repetidas cuyos resultados indicaron que la TCB fue efectiva en todos los pacientes que demostraron mejoras clínicamente significativas en todas las medidas, que incluyeron exposición y reestructuración cognitiva, concluyendo que son los procedimientos más eficaces para estos trastornos. De esta forma, la duración de los resultados alcanzados deben cumplir criterios óptimos de costo-efectividad, es decir mantenimiento a largo plazo y bajo costo (algunos estudios reportan un estándar de diez sesiones en seis meses con reportes favorables de dos a cinco años de seguimiento; v.g. Durham, Chambers, Power, Sharp, Macdonald, Major et al., 2005).

Por otra parte, en cuanto a la demostración de la efectividad de la TC, estudios como el elaborado por Vidal, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel (2008), indicaron que la TC para la FS es igual o superior a otras TCC, psicofarmacoterapias, lista de espera y TC de tipo grupal, con base en diferentes estudios controlados al ser comparada la TC con la exposición y técnicas de relajación (ETR) y la lista de espera, se encontró que la TC y la ETR, fueron más potentes que la lista de espera, aunque la TC produjo una mayor mejoría que la ETR y el porcentaje de pacientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos para este trastorno fueron de un 84% para la TC y un 42% para la ETR, ante un 0% para lista de espera. Tras un año de seguimiento, los alcances se mantuvieron, y se evidenció una mayor probabilidad de nueva búsqueda de ayuda por parte de los pacientes tratados con ETR (Clark, 2006, citado por Vidal, Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008).

En estudios recientes se ha demostrado que la terapia cognitivo conductual es efectivamente superior con respecto a la terapia psicodinámica. Leichsenring et al. (2013), tomaron 495 pacientes con FS y los dividieron en tres grupos: Terapia Cognitivo Conductual ($N = 207$), Terapia Psicodinámica ($N = 209$) - ambas basadas en protocolos escritos - y la Lista de Espera ($N = 79$). Los resultados arrojaron porcentajes de remisión del 36%, 26%, y 9%, y tasas de respuesta al tratamiento de 60%, 52% y un 15% respectivamente, indicadores de efectividad a favor del primer grupo frente a la Terapia Psicodinámica, aunque menor en tasas de respuesta, ambas superiores frente a la Lista de Espera. Los resultados encontrados fueron similares en poblaciones alemana y suiza.

Es importante mencionar que algunos estudios, aunque no evidenciaron superioridad a otros tratamientos sí comprueban igualmente su eficacia, como el caso de Stravynski, Bond y Amado (2004), en el cual destacaron que las variables cognitivas hacen parte de las causas de la FS, y en su comparación de resultados obtenidos con la TC no se presentaron indicadores de mayor efectividad en comparación con otras terapias. Resultados comparativos similares los hallaron Mörtberg, Clark, Sundin y Aberg (2007), usando

metodologías multifactoriales y de regresión múltiple (ANOVA y ANCOVA), incluyendo el seguimiento hasta 12 meses.

Uno de los aspectos a resaltar es que la TC grupal no es superior a la individual debido al ajuste de los procedimientos de reestructuración esquemática los cuales deben hacerse de forma individual para garantizar su modificación idiosincrásica, aspecto que ha generado controversias con respecto a la utilidad de la TC grupal y otras psicoterapias basadas en entrenamiento de habilidades. Por ejemplo, en estudios como el llevado a cabo por Rosa-Alcázar, Olivares-Rodríguez y Olivares-Olivares (2007), se concluyó que los tratamientos basados en protocolos específicos, como la TC, tienen una efectividad superior frente a los que están adaptados a necesidades especiales de la población (como entrenamiento en hábitos de estudio y habilidades sociales), incluidos aquellos que requirieron de estudios pilotos para demostrar su validez transcultural (v.g. Antona, Delgado, García & Estrada, 2012).

Igualmente, en el estudio de Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach y Clark (2003) compararon la efectividad de la TC con una asignación aleatoria de pacientes con FS en los grupos de lista de espera, TC individual (TCI) y TC grupal (TCG), cuyos resultados demostraron que la TCI es más efectiva que la TCG, puesto que la TCI permite intervenir de forma directa los esquemas y creencias particulares de los pacientes. Además, la TCI ayudó también a mejorar síntomas del estado de ánimo, aunque el objetivo del tratamiento estuviese enfocado hacia la FS. Diversos estudios de meta-análisis indican igualmente la efectividad superior de la TCC frente a los diferentes grupos control tanto en adultos (v.g. Hoffman & Smith, 2008) como en adolescentes y niños (v.g. James, Soler & Weatherall, 2005).

CONCLUSIONES

Los procesos cognitivos subyacentes en los trastornos de ansiedad como la FS hacen parte de su etiología y mantenimiento, con especial carga causal y mantenedora debido a la permanente retroalimentación informacional, sean errores en el procesamiento de información acordes a un esquema ansiógeno o búsquedas permanentes de información confirmatoria a través de profecías autorrealizadas, los cuales conforman el cuadro cognitivo comportamental del sujeto con FS, es decir una persona que pasa por las fases anticipatoria, exposición y postevento, todas con sus respectivos procesos esquemáticos disfuncionales, sea en memoria autobiográfica asociada al fracaso e ineptitud, o sobrestimación del peligro y las sensaciones físicas ante un auditorio real o imaginado.

Un tratamiento con TC es el uno de los más recomendados, gracias a su soporte empírico con estudios controlados usando grupos asignados a otras psicoterapias o listas de espera, dado que la TC ha demostrado a diferentes niveles la eficacia y efectividad para la FS y otros trastornos relacionados.

Su estructura metodológica ha permitido resaltar aquellos elementos de la terapia que tienen un mayor efecto en el proceso de cambio, entre ellos, los más destacados están la reestructuración cognitiva como primera instancia, siguiendo un modelo empírico colaborativo (paciente y terapeuta quienes se ponen de acuerdo en la prueba de creencias subyacentes, tanto en sesión como en casa), con el fin de disminuir los errores de procesamiento de información tales como la abstracción selectiva (en las fases anticipatoria y de exposición), el razonamiento emocional (principalmente en fase de exposición) y la magnificación y sobregeneralización (en las fases postevento).

Luego de una serie de modificaciones en el aparato cognitivo, se procede al siguiente elemento clave de la TC el cual es la exposición, uno de los más potentes recursos de intervención para generar evidencia contradictoria de las creencias arraigadas en el autoesquema desadaptativo, por ejemplo exponerse ante un público exigente, superar la prueba y reconocer que no se es tan inepto como se pensaba. La exposición repetida y registrada en formatos específicos, genera cambios permanentes en el sistema del procesamiento de información, y por lo tanto se modifica este factor causal y de mantenimiento de trastornos tan incapacitantes como lo puede llegar a ser la FS.

Sin embargo, el camino sigue siendo amplio y el dar con una cura efectiva para este trastorno requiere aún de aspectos claves de meritoria investigación, como A) desarrollar nuevas metodologías de investigación para separar los componentes claves de la reestructuración cognitiva, B) crear nuevos métodos de evaluación y medición del cambio sintomático para controlar el desarrollo de la TC, C) brindar soporte empírico a los contenidos esquemáticos disfuncionales propios de la FS, y D) generar nuevos programas de investigación en torno a la vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de la FS y otros trastornos de ansiedad.

REFERENCIAS

- American Psychological Association, APA (1993). Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures. Reporte de la División 12 de la APA, 1993, 1-17.
- American Psychological Association, APA (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23.
- Anderson, P. L., Zimand, E., Hodges, L. F. & Rothbaum, B. O. (2005). Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depression and Anxiety*, 22, 156-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20090>
- Antona, C. J., Delgado, M. C., García, L. J. & Estrada, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 35-48.
- Asociación Psiquiátrica Americana, APA (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado. DSMIV-TR. Barcelona: Masson.

- Bados, A. (2009). Fobia social. Facultad de Psicología. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Universitat de Barcelona. Consultado en diciembre de 2012. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bits-tream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Barlow, D. (1997). Cognitive behavior therapy for panic disorder: Current status. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 32-37.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders*. Second edition. New York: the Guilford Press.
- Barlow, D. & Durand, M. (2001). *Psicología Anormal: Un Enfoque Integral*. México: Thompson.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 36-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research: An International Journal* 1, 23-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10615808808248218>
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bohn, Ch., Aderka, I. M., Schreiber, F., Stangier, U. & Hofmann, S. G. (2013). Sudden Gains in Cognitive Therapy and Interpersonal Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 81(1), 177-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0031198>
- Brewin, C. (1996). Theoretical foundations of Cognitive-Behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.33>
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Adult Version*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Caro, I. (1997). Las Psicoterapias Cognitivas: Modelos básicos. En I. Caro (Comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (pp. 37-52). Barcelona: Paidós.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (1997). Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. En I. Caro (Comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (pp. 119-127). Barcelona: Paidós.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010b). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424.
- Clark, D. A., Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Therapy and Therapy of Depression*. New York: John Wiley y Sons.
- Clark, D. M. (2013). A randomised controlled trial of brief cognitive therapy for social phobia (social anxiety disorder). ISRCTN. doi 10.1186/ISRCTN11178360
- Clark, D. M., & Salkovskis, P. M. (1989). *Cognitive Therapy for Panic and Hypochondriasis*. Oxford: Pergamon.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D. A. & Schneier, F. R. (Comp.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 69-93). New York: The Guilford Press.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. & Stewart, S. H. (2004). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 345-359. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.02.003>
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., Dow, M. G. & Gumley, A. I. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 9(42), 1-174.
- Ebrahim, S. & Bance, S. (2012). Correcting and interpreting the effect of cognitive therapy versus exposure in anxiety disorders. *BMC Psychiatry* 2012, 12-202. doi:10.1186/1471-244X-12-202 DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-202>
- Ellis, A. & Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gaydukevych, D. & Kocovski, N. L. (2012). Effect of self-focused attention on post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 50(1), 47-55. doi: 10.1016/j.brat.2011.10.010 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.10.010>
- Hofmann, S. & Barlow, D. (2002). *Social Phobia (Social Anxiety Disorder)*. In Barlow, D. (Comp.). *Anxiety and its Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Second Edition (pp 454-476). New York: The Guilford Press.
- Hoffman, S. G. & Smith, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632. DOI: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0415>
- James, A., Soler, A. & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews (online)*, October 19(4), CD004690.
- Laposa, J. M. & Rector, N. A. (2011). A prospective examination of predictors of post-event processing following videotaped exposures in group cognitive behavioural therapy for individuals with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 568-573. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.01.004 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.01.004>
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Pohlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Stuhldreher, N., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J. & Leibing, E. (2013). Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, Online version, may 17. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12081125. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081125>
- Mahoney, M. (1995). *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría, Investigación y Práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M., & Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90036-T](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(93)90036-T)

- Mathews, A. & McLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195 (ProQuest Psychology Journals). DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- Momeni, F., Moshtagh, N. & Purshahbaz, A. (2010). Effectiveness of Cognitive-Behavioral group therapy on craving, depression, anxiety among the opiate abusers under MMT. *Iranian Rehabilitation Journal*, 8(11), 19-23.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö. & Aberg, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 142-154. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x>
- Nepon, T., Flett, G. L., Hewitt, P. L. & Molnar, D. S. (2011). Perfectionism, Negative Social Feedback, and Interpersonal Rumination in Depression and Social Anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(4), 297-308. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0025032>
- Ochoa, D. C. & Toro, R. A. (2010). Formulación cognitiva de caso en depresión unipolar: una propuesta metodológica para Colombia. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(1), 53-70.
- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2011, 11-200.. doi: 10.1186/1471-244X-11(1), 200.
- Persons, J. B. & Davidson, J. (2001). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En Dobson, K. (Comp.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: The Guilford Press.
- Price, M. & Anderson, P. L. (2011). The impact of cognitive behavioral therapy on post event processing among those with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 132-137. doi: 10.1016/j.brat.2010.11.006 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.006>
- Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Rodríguez, J. & Olivares-Olivares, P. (2007). El Papel de la Planificación de la Interacción en el Tratamiento de Adolescentes con Fobia Social Generalizada. *Terapia Psicológica*, 25(2), 205-212.
- Sacco, W. & Beck, A. T. (1995). Cognitive Theory and Therapy. En Beckham, E. & Leber, W. (Comp.) *Handbook of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Safir, M. P., Wallach, H. S. & Bar-Zvi, M. (2012). Virtual reality cognitive-behavior therapy for public speaking anxiety: one-year follow-up. *Behavior Modification*, 36(2), 235-246. doi: 10.1177/0145445511429999 DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445511429999>
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00176-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00176-6)
- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M. & Clark, D. M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 692-700. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.67 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.67>
- Stravynski, A., Bond, S. & Amado, D. (2004). Cognitive causes of social phobia: A critical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 24, 421-440. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.01.006>
- Toro, R. A. & Ochoa, D. C. (2011). Evaluación y formulación de caso para los trastornos de ansiedad en Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 4(1), 7-12.
- Toro, R. A., Nieto, T., Mayorga, N. & Montaña, L. (2013). Ansiedad clínica: Instrumentos de auto-reporte más usados en población adulta. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 173-183.
- Turk, C., Heimberg, R. & Magee, L. (2008). Social Anxiety Disorder. In Barlow, D. (Comp.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step by step Treatment Manual*. Fourth Edition (pp 123-163). New York: The Guilford Press.
- Vidal, J., Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14 (2-3), 289-303.
- Wallach, H. S., Safir, M. P. & Bar-Zvi, M. (2009). Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety: a randomized clinical trial. *Behavior Modification*, 33(3), 314-338. doi: 10.1177/0145445509331926 DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445509331926>
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal and Consulting and Clinical Psychology*, 103, 18-31.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179-190. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.179>
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00036-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00036-X)
- Wilson, J., & Rapee, R. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: changes during treatment and relationship to outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 373-389. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.006>