

ESTUDIO DE CASO: TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL

Case Study: Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety

Lic. Federico Santillán

Asociación Civil Ayuda

licfedericosantillan@gmail.com

Resumen: El objetivo de este artículo está centrado en presentar el tratamiento psicoterapéutico de un paciente diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Social (TAS) a través de los principios e intervenciones de los modelos cognitivos conductuales más difundidos y estudiados para su abordaje. Se describe, de inicio a fin, el tratamiento y la evolución del paciente, incluyendo: la entrevista de admisión, la evaluación y re-test, el diagnóstico, el diseño de tratamiento y las intervenciones implementadas.

Palabras clave: Trastorno de Ansiedad Social, Terapia Cognitivo-Conductual, Estudio de Caso.

Abstract: The purpose of this article is to present the psychotherapeutic treatment of a patient diagnosed with Social Anxiety Disorder (SAD) following the principles and interventions of Cognitive-Behavioral Therapy the most widely used and studied approach. The treatment and the patient's progress are described from start to finish, including the intake interview, evaluation and re-test, diagnosis, treatment design, and the psychological interventions implemented.

Keywords: Social Anxiety Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, Case Study.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS), anteriormente denominado como Fobia Social, fue reconocido e incluido como entidad diagnóstica en el año 1980 específicamente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-3) (APA, 1980) y su investigación recién comenzó a tener relevancia a fines de la década del 80 (Caballo et al., 1995).

En Estados Unidos, los datos epidemiológicos indican que el TAS es considerado el trastorno de ansiedad más común entre todos los trastornos de ansiedad, luego de la fobia específica (Kessler et al.,

2005). Su prevalencia a lo largo de la vida en población adulta es de 13%, mientras que la incidencia anual es del 8% (Kessler et al., 2012). En Argentina los datos reportados por Cía y colaboradores (2018) estimaron una prevalencia a lo largo de la vida para el TAS de 2,6% y una edad de inicio del trastorno entre los 8 y los 19 años. Por su parte, Stagnaro y cols (2017) hallaron una prevalencia de 1,3% en población general a lo largo de la vida.

Según la quinta edición del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2013), el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) se caracteriza fundamentalmente por un miedo o ansiedad intensos o desproporcionados en una o más situaciones sociales, que puede estar acompañado por el miedo a exhibir síntomas de ansiedad frente a los otros, ser evaluado negativamente, lo que suele resultar en un malestar clínicamente significativo e interferencia en las distintas áreas de la vida de la persona. Es muy frecuente que estos individuos terminen evitando las situaciones sociales y el contacto con los otros, o bien soportando las interacciones sociales con gran malestar subjetivo (Bogiaizian & Fernández-Álvarez, 2022).

Existen diversas investigaciones que han demostrado eficacia y efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el TAS. En este sentido, un meta-análisis que contempló 32 estudios con un total de 1479 participantes reveló que la TCC tuvo una eficacia muy superior a la lista de espera y placebo al finalizar el tratamiento y en el seguimiento. No se encontraron diferencias entre la terapia de exposición, la terapia cognitiva o su combinación. Todas mostraron ser igual de eficaces (Powers et al., 2008).

La Guía de Práctica Clínica del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2013), establece que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es el tratamiento psicoterapéutico de elección, recomendando, específicamente, el modelo de Clark y Wells (1995). En caso que el paciente tenga preferencia por el abordaje psicofarmacológico, se recomiendan los

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS).

¿Cuáles son los Modelos para el Abordaje del TAS mejor establecidos?

Dentro de la tradición de la TCC, Clark y Wells (1995) ponen foco en que las personas con TAS temen ser evaluados negativamente por los demás y, ante una situación social percibida como amenazante, centran excesivamente la atención sobre sí mismos y sobre cada detalle de su comportamiento. A esto lo denominan “procesamiento disfuncional de sí mismo como un objeto social”. La información interoceptiva que está vinculada con la activación autonómica y la sintomatología ansiosa interviene en la construcción de una representación irreal acerca de la impresión de que estos sujetos le provocan a los otros, es decir, se ven a sí mismos desde la perspectiva de un otro observador (Botella et al., 2003). Los mecanismos psicológicos existentes que además favorecen a la auto-focalización son el procesamiento anticipatorio y el procesamiento post-evento. El primero, dicen los autores, implica que los pacientes tiendan a anticipar las situaciones sociales consideradas como peligrosas y planifiquen y practiquen su comportamiento en ellas. Pero como el contenido de los pensamientos es de carácter negativo, la situación es vista como amenazante y provocadora de ansiedad (Clark y Wells, 1995). Adicionalmente, señalan que el procesamiento post-evento se manifiesta cuando los sujetos realizan la evocación repetida y el análisis de desempeño demostrado en la situación acontecida. En este punto, las personas con TAS tienden a enfatizar los aspectos negativos del mismo dejando afuera información capaz de desconfirmar sus cogniciones negativas. Los autores afirman que ambas formas de procesamiento contribuyen al mantenimiento de pensamientos automáticos negativos, auto-evaluaciones y creencias disfuncionales. Las creencias metacognitivas estarían asociadas tanto a la forma de actuación en público como a las de seguridad. Algunos ejemplos son: “debo controlar mis emociones para dar una imagen aceptable” y “si estoy tranquilo y calmado, podré interactuar más eficazmente” (Botella et al., 2003).

Por otro lado, el modelo de Clark & Beck (2011) expone que la ansiedad social tiene tres características sobresalientes: (1) el rubor y la vergüenza suelen ser emociones de valencia negativa dominantes que no se derivan de la ansiedad misma sino de la situación social; (2) las conductas inhibitorias automáticas, junto a los esfuerzos de ocultamiento de la ansiedad durante las situaciones temidas dan como resultado perjudicar la actuación pública del paciente, propiciando la evaluación negativa de los otros; (3) en la medida de que

el sujeto estime que debe disimular cualquier rastro de ansiedad para lograr evitar la evaluación negativa, la misma ansiedad termina por ser una amenaza secundaria. Al igual que el modelo de Clark y Wells (1995) el modelo de Clark & Beck (2011) contempla tres fases de la ansiedad: la anticipatoria, la de exposición en la situación social y la del procesamiento que hace el sujeto posterior al evento. En la primera fase, explican que la evitación generalizada de las situaciones sociales es crítica para el TAS, ya que es la estrategia más efectiva que encuentra el paciente para eliminar la ansiedad anticipatoria. Los autores señalan que dicha ansiedad está originada por la activación de auto-esquemas sociales desadaptativos preexistentes, los cuales tienden a dominar el pensamiento. Los auto-esquemas sociales maladaptativos presentes en el TAS están centrados en creencias nucleares acerca de ser socialmente inútil, débil o inferior. Los ejemplos que mencionan entre otros, son: “Soy aburrido”, “no soy una persona amigable”, “no tiendo a gustar a las personas”, “soy socialmente raro” y “no encajo”. Además, el recuerdo de situaciones pasadas se ve sesgado negativamente, originando el proceso de preocupación. Durante la fase de exposición a la situación temida, también se activan los auto-esquemas sociales desadaptativos lo que deriva que el foco atencional del paciente se pose en las señales de amenaza, conductas inhibitorias automáticas (p. ej.: tartamudeo, quedarse mudo, la inexpresividad facial, etc.), la evaluación secundaria negativa del propio estado emocional, la propia performance y el uso de reaseguros o conductas de seguridad inefectivas y mantenedoras de la ansiedad social. Aquí también el paciente se ve a sí mismo desde la perspectiva del observador tal como plantean Clark y Wells (1995) en su modelo.

El modelo propuesto por Turk, Lerner, Heimberg y Rapee (2001) es presentado como un modelo integrado cognitivo conductual del TAS. Los autores proponen que los sujetos tienen creencias y estrategias de procesamiento de la información desadaptativas en las situaciones sociales. La anticipación que realizan de las interacciones alcanza para la activación de pensamientos automáticos negativos, la exaltación fisiológica y conductas de evitación. Agregan que se produce una activación de recuerdos de fracasos a nivel social ocurridos en el pasado y predicciones de actuaciones futuras, lo que en conjunto contribuye a la génesis y el mantenimiento de la ansiedad. Los autores ponen el foco en el proceso que se lleva a cabo cuando la persona con ansiedad social se expone a la situación temida, es decir en el durante, el antes y en el post a través de la rumiación sobre la performance social.

Morrison y Heimberg (2013) manifiestan que el TAS es un trastorno caracterizado por una ansiedad

abrumadora y una autoconciencia excesiva en situaciones sociales de la vida cotidiana. Sostienen así que los factores cognitivos pueden ser parte de la etiología y del mantenimiento del trastorno. Los pensamientos y creencias disfuncionales conducen a la ansiedad y a la evitación, y lleva a los sujetos a experimentar el entorno como amenazador y peligroso.

Por último, Stefan Hofmann (2007) en su modelo del TAS explica que la ansiedad social comienza con la percepción de estándares sociales elevados y la incapacidad personal de alcanzarlos, dicha percepción coexiste con una deficiencia en el establecimiento, definición y logro de objetivos sociales, más allá de la expectativa de dar una buena impresión. En suma, el autor describe que las personas con TAS tienen dificultades con la planificación e implementación de acciones que sean congruentes con el logro de metas sociales adaptativas. Por lo tanto, la percepción de estándares altos y la duda para poder obtenerlos, sumado a la incapacidad para definir metas alcanzables, daría como resultado el aumento del temor frente a una situación social.

Hofmann (2007) también considera que el foco atencional del sujeto es dirigido al automonitoreo y a detectar señales externas de amenaza, pero el punto cardinal para él está en el aumento de la atención auto-centrada/auto-enfocada. Desarrolla que la percepción de amenaza social provoca el incremento de la atención auto-centrada lo que da como origen procesos disfuncionales que aumentan la expectativa de resultados negativos y de la ansiedad como ser: un alto costo social estimado, la percepción negativa del self, un bajo control emocional percibido lo que redundará en más ansiedad y la percepción de habilidades sociales deficitarias. En este último punto Hofmann (2007) expresa que no necesariamente el sujeto carece de habilidades. Como en los otros modelos, Hofmann también señala que como estrategia disfuncional de afrontamiento, el individuo recurre a conductas evitativas o de reaseguro y a la rumiación post-evento, un fenómeno que no le permite corregir los sesgos negativos de procesamiento.

ESTUDIO DE CASO

Presentación clínica

Al momento de la consulta, la paciente tenía 30 años, soltera, trabajaba en relación de dependencia ocupando un puesto administrativo. Su nivel educativo máximo alcanzado era el secundario completo y vivía sola. Durante la entrevista de admisión refirió sentir ansiedad desproporcionada en situaciones sociales, algo que le significaba muchas dificultades en su vida cotidiana. Fue derivada por su anterior psico-

terapeuta (de orientación psicodinámica), un tratamiento relativamente breve donde se le informó que padecía de Fobia Social.

Al momento de la admisión, refirió no tener antecedentes clínicos, ni tomar medicamentos de ningún tipo, ni consumo de sustancias. Durante la entrevista la paciente manifestó que sus preocupaciones más predominantes estaban centradas en ser evaluada negativamente por las personas, junto con pensamientos de inferioridad, poco valor personal, algo que experimentaba de forma habitual.

Evaluación Psicológica

La batería administrada para la evaluación del paciente se compuso por el BDI-II (adaptación argentina por Brenlla y Rodríguez, 2006), ASI-3 (adaptación argentina por Solari, et al., 2016), PSWQ (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), LSAS (Liebowitz, 1987) y el Inventario de Movilidad Agorafóbica (Chambless, et al, 1985). Los datos relevantes a destacar para la formulación de caso arrojaron que tenía un nivel de ansiedad social moderada con un perfil marcadamente evitativo, un grado leve de tristeza y una representación del sí mismo ligada a la desvalorización y al fracaso.

Diagnóstico

Al momento de la consulta inicial, la paciente cumplía los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 para el Trastorno de Ansiedad Social. A su vez, se pudo establecer que el padecimiento tenía inicio en la infancia, subrayando la cronicidad del trastorno. El nivel de malestar subjetivo era muy alto: al iniciar la entrevista la paciente relató con dificultad sus problemas, junto con mucha angustia y llanto. Por este motivo, se determinó que la severidad del problema era significativa no sólo por su nivel de malestar, sino también por el nivel de interferencia en múltiples áreas de su vida.

Diseño de tratamiento

De acuerdo a las características de la paciente, la complejidad de la disfunción y el nivel de malestar se diseñó un tratamiento de duración intermedia (18 meses) por fases. Viendo que no presentaba riesgo, como primera fase se indicaron sesiones de psicoterapia individual con frecuencia semanal de una duración aproximada de 60 minutos. Como segunda fase y acorde a su buena evolución en el tratamiento, se consideró la incorporación de la paciente a la terapia grupal en simultáneo con el dispositivo individual.

Intervenciones

En este apartado se mencionarán y describirán algunas de las intervenciones realizadas a lo largo del

proceso terapéutico. Cabe mencionar, como señalan Bogiaizian y Fernández-Álvarez (2022), que es muy conveniente que el terapeuta tenga cierto conocimiento sobre los diversos modelos que comprenden al TAS a fin de tener una caja de herramientas variada para ayudar al paciente. Advierten que esto no debe excluir la conveniencia de que el terapeuta tenga un enfoque específico e integrador.

En esta oportunidad se fueron tomando diferentes elementos de los diversos modelos para el TAS junto con aportes realizados para su tratamiento más contemporáneos y con resonancia en nuestro medio local (Bogiaizian y Fernández-Álvarez, 2022).

Alianza Terapéutica

Una intervención pertinente es mencionarle al paciente que sus preocupaciones, emociones de valencia negativa y de crítica hacia su persona pueden reproducirse con el terapeuta, por esta razón es conveniente normalizar su experiencia (Bogiaizian y Fernández-Álvarez, 2022). Siguiendo estos lineamientos, se pudieron detectar ciertos temores a ser juzgada por haber cometido “errores” a lo largo del proceso terapéutico lo cual fue de utilidad para normalizar y subsanar esta cuestión mostrándole comprensión y aceptación.

Otro punto importante fue la auto-revelación del terapeuta sobre situaciones vergonzantes en la vida cotidiana y de rechazo interpersonal, en particular sobre el área amorosa y social, algo que ayudó a la paciente a normalizar la idea de “tropiezos” sociales. Se ha demostrado que la auto-revelación puede tener un efecto positivo en la construcción de la alianza dado que se “humaniza” la figura del terapeuta (Levitt et al., 2015).

Psicoeducación

Bogiaizian y Fernández-Álvarez (2022) explican que la psicoeducación está caracterizada por dos intervenciones, la primera; brindarle información precisa sobre su problema y la segunda; transmitirle los fundamentos del tratamiento y las intervenciones más apropiadas para llevar adelante durante el proceso terapéutico. Tomando este principio, se fue construyendo junto con el paciente un modelo de la ansiedad social personalizado, utilizando los datos de experiencia presente y pasada.

Reestructuración cognitiva

Uno de los pilares de la TCC, como primera intervención cognitiva se ayudó a la paciente a que pueda identificar los pensamientos automáticos negativos antes, durante y después de las situaciones ansiógenas mediante el uso del auto-registro. Se la instruyó

para que pueda identificar las distorsiones en su forma de pensar y evaluar la exactitud de estos pensamientos como las creencias subyacentes con la ayuda del terapeuta mediante técnicas tales como la flecha descendente. También, se la incentivó a que pueda tomar los pensamientos automáticos negativos como hipótesis en vez de verdades absolutas, y que examine los datos disponibles para evaluar su veracidad, como la búsqueda de alternativas más racionales buscando promover al aumento de su flexibilidad cognitiva.

En este caso, las distorsiones cognitivas que más predominaban en la paciente eran la sobreestimación de la probabilidad de la ocurrencia de eventos negativos, el catastrofismo y la lectura de mente. Algunos de los pensamientos automáticos registrados fueron “si me ven nerviosa, van a pensar que soy rara”, “me voy a quedar en blanco cuando me toque hablar frente a los demás”, “van a pensar que soy tonta” y “tener o mostrar signos de ansiedad significa que soy débil” entre otros.

Las creencias subyacentes a los pensamientos automáticos negativos: “soy inferior a los demás”, “los demás son críticos y hostiles”, “soy una persona vulnerable y dependiente de los demás”. De acuerdo al modelo de Beck y Clark (2012), uno de los grandes objetivos fue la modificación de las creencias centrales de la paciente sobre su vulnerabilidad personal en las interacciones sociales, la amenaza de la evaluación negativa de los demás y del self como objeto social.

Exposición

Para lograr que las exposiciones sean eficaces se debe enseñar al paciente diferentes maneras de implicarse en las situaciones sociales en vez de solo permanecer en ellas. El primer paso está en enseñarle a permanecer en la situación hasta que la ansiedad empiece a disminuir, favoreciendo los procesos de habituación y extinción del miedo, en lugar de escapar o evitar las situaciones sociales amenazantes. También se entrena a los pacientes para que centren su atención en la situación social y sus componentes, incluyendo la experiencia ansiosa y la activación (Foa y Kozak, 1986). Adicionalmente, se le enseñó a la paciente a no utilizar la distracción o desviar su atención a los pensamientos negativos automáticos ya que se ha documentado que las instrucciones para mantener la atención en los aspectos provocadores de ansiedad de la situación social aumentan la eficacia de la exposición (Wells y Papageorgiou, 1998).

Haciendo foco en la importancia de acercarse a la experiencia ansiosa, se rarealizaron exposiciones sociales graduales en vivo asistidas por el terapeuta y se prescribieron experimentos terapéuticos como tareas

inter-sesiones en el ámbito laboral y en situaciones sociales que consistieron como por ejemplo en expresar su opinión en reuniones, asistir a eventos fuera de oficina y tomar un rol activo, ingresar a diferentes locales comerciales a averiguar el valor de distintos productos y no comprarlos, ir al gimnasio sin apelar a recurrir a “conductas de seguridad” o de evitación sutil tales como el uso de auriculares, no hacer contacto visual con los demás o no preguntar a profesores cuando se tenía alguna duda puntual sobre algún ejercicio a realizar. Tanto Clark y Wells (1995); Rapee y Heimberg (1997) coinciden en que este tipo de comportamientos pueden deteriorar la eficacia de la exposición.

Al retomar las sesiones se discutían los resultados obtenidos, se comparaban con los pronósticos previamente construidos en sesión con el terapeuta apelando a técnicas de reestructuración cognitiva y a la elaboración de escenarios alternativos. Se promovió la flexibilización de creencias y reglas rígidas de actuación asociadas al perfeccionismo como estrategia disfuncional de protección ante la posible crítica del otro. Algunas de las reglas eran: “no debo cometer errores ante los demás”, “debo mostrarme inteligente y capaz, de lo contrario soy tonta” “no debo mostrarme nerviosa/ansiosa ante el resto”, etc.

A raíz de las experiencias disparadoras, se abordó la rumiación post-evento para corregir los sesgos del procesamiento de la información para que pueda elaborar una evaluación más equilibrada y objetiva sobre su actuación.

También se entrenó a la paciente a descentrar la atención de sí misma y redirigirla a los estímulos sociales relevantes por ejemplo: a concentrarse en el discurso del otro cuando habla y así poder ser más asertiva en estos escenarios interpersonales aumentando su autoeficacia.

Intervenciones para la Autoestima

Bogiaizian y Fernández-Álvarez (2022) señalan que a la hora de construir nuestra identidad personal como para lograr la realización personal el autoconcepto es un pilar fundamental, detallando que son dos fuentes las que lo construyen, la autoestima y la autoeficacia. La primera responde a la manera en que nos valoramos a nosotros mismos y la segunda, la manera en que creemos que somos capaces de emprender metas y cumplirlas. Además, exponen que en personas que padecen un trastorno de ansiedad social, es muy común el sentimiento de inferioridad y que este proceso cognitivo está favorecido por la presencia de un otro crítico internalizado, sin la necesidad de que sea activo.

Un punto central ya avanzado el tratamiento fue la intervención en las dimensiones que componen el

self totalmente vinculados con aspectos nucleares de su personalidad. A través de la metacognición se intervino en cómo la paciente construye su propia valoración, como la de los otros reales e imaginarios los cuales suelen ser hostiles y críticos. Se utilizó el círculo de valoración de la valoración personal (para ver más detalles sobre la intervención, Bogiaizian y Fernández-Álvarez, 2022).

Inclusión en el dispositivo grupal

Bogiaizian (1997) describe que el poder del grupo se potencia cuando la reestructuración cognitiva se combina con los aspectos interpersonales como la confianza, la intimidación y la escucha. Ya avanzado el tratamiento individual donde la paciente obtuvo una evolución favorable, se lo combinó con la psicoterapia grupal. Como explica el autor, se pusieron en juego diversos elementos interpersonales con la exposición y la reestructuración cognitiva para favorecer los procesos de cambio en la paciente. De esta manera, pudo participar de 7 sesiones grupales y obtener algunos aprendizajes que ayudaron a la mejoría global tanto en la dimensión más sintomática como en aspectos más nucleares de la representación del self y los otros.

Evaluación del progreso terapéutico

La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (Liebowitz, 1987) fue una de las herramientas fundamentales para objetivar el progreso terapéutico. A continuación se detallan los resultados arrojados por dicho instrumento desde el inicio hasta el fin del tratamiento:

Tabla 1. Niveles de Ansiedad Social a lo largo del Tratamiento

LSAS	Miedo/ Ansiedad	Evitación	Puntaje Global
Línea de Base	43	21	64
6 meses	31	23	54
12 meses	24	12	36
18 meses	11	12	23

Alta Terapéutica

Se procedió al alta psicoterapéutica tras observar una reducción significativa en los síntomas reportados al inicio por la paciente, evidenciado tanto en el re-testeo de las pruebas administradas, como desde la perspectiva clínica (fundamentalmente por el logro de los objetivos terapéuticos y su funcionamiento social global). En la fase final del tratamiento se trabajó

en la prevención de recaídas, en recopilar los logros obtenidos por la paciente y en los aspectos interpersonales (incluyendo el vínculo establecido con el terapeuta). Establecer las condiciones para el alta también se consideró como una intervención para promover sensación de agencia personal, en contraposición con los sentimientos previos de indefensión y dependencia a los otros.

CONCLUSIÓN

El TAS es un trastorno de ansiedad que puede ser abordado desde diferentes modelos que han mostrado ser efectivos para su resolución de manera individual y/o grupal. Aportan una variedad de herramientas al psicoterapeuta que pueden nutrirlo en la clínica diaria permitiéndole realizar intervenciones muy precisas y basadas en evidencia empírica en diferentes dimensiones que engloban la experiencia humana y la complejidad que caracteriza este tipo de trastorno.

El tratamiento detallado, pretendió mostrar de manera breve lo beneficioso que puede ser utilizarlos a la hora de llevar a cabo un proceso psicoterapéutico en un paciente con TAS.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5). American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., y Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, NY: Basic Books.
- Bogiaizian, D. (1997): "Aplicación de técnicas psicodramáticas en el tratamiento grupal de fóbicos sociales", en Fernández-Álvarez, H. (comp.): *Desarrollos en Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano, pp. 103-126.
- Bogiaizian, D., y Fernández Álvarez, H. (2022). Ansiedad social, conceptualización y tratamiento del miedo a los otros. *Lumen*.
- Botella, C., Baños, R. M., y Perpiñá, C. (2003). Fobia social: avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social. Paidós: Barcelona.
- Brenlla, M. E., y Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. T. Beck, R. A. Steer y G. K. Brown (Eds.), *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Segunda Edición. Manual. Buenos Aires: Paidós.
- Caballo, V. E., Verania, A., y Bas, F. (1995) Fobia Social en Caballo, V. E. (dir) *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos (pp. 25-87). Madrid: Siglo XXI.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 23(1), 35-44.
- Cía, H. A., Stagnaro, J. C., Gaxiola, S. A., Vommaro, H., Loera, G., et. al. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 53, 341-350.
- <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>
- Clark, D. M., y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En M. Heimberg, D. A. Liebowitz, F. R. Hope, & F. Schneider (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). Guilford.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Hofmann, S. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: a comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193-209.
- <https://doi.org/10.1080/16506070701421313>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zavalavsky, A. M., y Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. In D. F. Klein (Ed.), *Anxiety* (pp. 141-173). Karger.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Morrison, A y Heimberg, R. (2013) Social anxiety and social anxiety disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 9, 249-74.
- <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2013). Social Anxiety Disorder: Recognition, assesment and treatment. National Clinical Guideline 159. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/social-anxiety-disorder-recognition-assessment-and-treatment-pdf-35109639699397>
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., y Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 94-113.
- <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/ijct.2008.1.2.94>
- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
- Solari, A., Bogiaizian, D., Maglio, A., López Salazar, P., Liceaga, R., Cía, A. (2019). Evaluando el miedo al miedo. Adaptación del BSQ y ACQ en población de Buenos Aires. XXIV Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Aguilar Gaxiola, S., Vazquez, N., Sustas, S., Benjet, C., y Kessler, R. C. (2018) Twelve-Month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(2), 121-129.
- <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9>
- Levitt, H. M., Minami, T.; Greenspan, S. B., Pucket, J. A., Henretty, J. R., Reich, C. M. y Berman, J. S. (2015). How therapist self-disclosure relates to alliance and outcomes: A naturalistic study, *Counselling Psychology Quarterly*, 29(1), 7-28.
- <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09515070.2015.1090396>
- Turk, C., Lerner, J., Heimberg, R. y Rapee, R. (2001). "An integrated

Cognitive-Behavioral Model of Social Anxiety.” En S. G. Hofmann y P. M. Dibartolo, (Eds.), *From Social Anxiety to Social Phobia. Multiple Perspectives* (pp. 281-303). Needham Heights: Allyn and Bacon.

Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80037-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80037-3)