



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO  
GRANCOLOMBIANO

---



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**TRABAJO DE GRADO**

**“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA FOBIA  
SOCIAL, UN ANÁLISIS DE CASO”**

**PRESENTA:**

**GAMZE SAY**

**CÓDIGO: 1220012798**

**ASESOR:**

**FABIO ENRIQUE MARTINEZ CEBALLOS**

**BOGOTÁ, COLOMBIA**

**AGOSTO DE 2015.**

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
RESÚMEN .....	3
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
CAPÍTULO I: Intervención de la fobia social con la Terapia Cognitivo Conductual (Beck, Ellis, Meichembaum).....	5
CAPÍTULO II: El caso de la Fobia Social en los estudiantes universitarios.....	10
METODOLOGIA.....	12
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVO ESPECIFICO.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	13
ESTUDIO DE CASO UNICO.....	14
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSIÓN.....	18
REFERENCIAS.....	19
ANEXO.....	23

## RESUMEN

Para explicar la fobia social surge la importancia de dedicar atención psicológica mediante la aplicación de un modelo terapéutico enfocado a rebajar las muestras de ésta, como es el caso del Modelo Cognitivo Conductual. El estudio presenta la aplicación y resultados de una intervención clínica efectuada para disminuir las muestras de fobia social en una mujer joven universitaria. El modelo utiliza reestructuración cognitiva, la cual inicia con una primera evaluación aplicando el inventario de Albert Ellis para determinar el nivel y los síntomas del trastorno. La segunda etapa apunta a la intervención del Modelo Cognitivo Conductual, y al finalizar se evalúa con la aplicación del AMAS-C para identificar el impacto obtenido. Como resultado, la intervención efectuada no fue provechosa debido a que el número de sesiones con la paciente fue insuficiente para disminuir las muestras de fobia social.

Palabras claves: Modelo Cognitivo Conductual, fobia social, intervención clínica, AMAS-C.

## INTRODUCCIÓN

La fobia social se determina cuando los sujetos tienen un miedo fuerte y permanente en respuesta a ciertas interacciones sociales, en especial a aquellas en las cuales deben estar en público, frente de las personas y gente desconocida. La persona que tiene fobia social tiene miedo de ser observada, asimismo, se siente humillada e incómoda por lo que presenta las muestras de ansiedad (Borkovec y Costello, 1993). El sujeto con fobia social tiene un temor a ser criticado por otras personas pertenecientes a un grupo relativamente pequeño en comparación a una gran multitud. También en estas personas se pueden encontrar muestras de preocupación que se manifiestan en temblores o náuseas por lo cual ellas pueden pensar que su problema principal es el síntoma y no el problema real: la ansiedad (Barlow, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, la fobia social puede representar un trastorno muy grave en la vida del sujeto. Esto se evidencia en el hecho de que esta enfermedad puede manifestarse no sólo en el sistema somático, sino también el cognitivo y conductual de la persona; de ahí las diferentes sintomatologías. Asimismo, existe una variabilidad individual entre los fóbicos sociales ya que depende de las razones personales de cada individuo: a qué le tienen miedo, cómo reaccionan a ese miedo, qué creencias mantienen, entre otras (Bados, 2005).

La evidencia del caso, el cual se expone en este trabajo investigativo, sugiere que se combine la terapia cognitiva con técnicas de exposición, y como en la mayoría de los casos se usa Terapia Cognitiva Conductual (TCC). Comúnmente, los tratamientos de esta índole duran de 5 a 10 sesiones y se pueden llevar a cabo en formatos individual o grupal. Se utiliza igualmente el tratamiento de orientación cognitivo-conductual e incluye autorregistros, entrenamiento en respiración y atención, reestructuración cognitiva, autoexposición en vivo y asertividad, junto con las correspondientes actividades entre sesiones (Bados, 2005)

## MARCO TEÓRICO

### **Intervención de la Fobia Social con la Terapia Cognitivo Conductual**

La persona con fobia social muestra ansiedad frente a la sociedad, prefiere evitar sitios sociales, siente vergüenza y temor a ser rechazada, sufren cuando están ante las personas puesto que creen estar en ridículo, generalmente presentan pensamientos negativos y creencias disfuncionales, ideas de fallo y juicio negativo ante de los demás. También crea creencias centrales a sí misma relacionadas con la debilidad o el rechazo, es decir tiene pensamientos y creencias como: “soy una persona incapaz” o “ soy insuficiente” (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark & Beck, 2010, citado por; Tobar, 2012).

Los autores expresan que la ansiedad que siente una persona con fobia social es un estado emocional que involucra componentes biológicos, afectivos y cognitivos, además de disfunciones del sistema emocional, motor, cognitivo y motivacional (Barlow, 2002, citado por; Tobar, 2012).

Ellis (2000) manifiesta que cuando una persona se enfrenta a la ansiedad o la preocupación empieza crear pensamientos irracionales. Para evitar este problema el autor elige un enfoque cognitivo-conductual junto a la Terapia Racional Emotiva Conductual. Dicha terapia propone que activar las habilidades sociales puede influir en la mejoría de la ansiedad. La persona que sufre fobia social tiene que aprender a luchar contra sus pensamientos irracionales y aprender a ver que el individuo tiene derechos propios, deseos y gustos.

También afirma que los pensamientos automáticos son parte de respuestas desadaptativas. El autor acude al concepto de “metacognición”, el cual según él puede ser modificada realizando autoinstrucciones y centrándose en pensamientos adaptativos. Los elementos activos del proceso son: 1) Mostrar al paciente cómo puede luchar. 2) Entrenamiento en la autoobservación de pensamientos. 3) Enseñar a solucionar problemas. 4) Relajación muscular o entrenamiento respiratorio (Meichembaum, 1987).

La ansiedad y el temor se caracterizan en varios tipos de intervenciones ( Bados, 2001, citado por; Olivo, 2011):

*Intervención pública:* Hablar en público como una exposición frente a un grupo.

*Interacción informal:* Asistir a fiestas, hablar con personas desconocidas y llamar a alguien por celular o recibir citas.

*Interacción asertiva:* Expresar las ideas, criticar o mantener opiniones.

*Ser observado:* Usar servicios públicos, ir a un lugar en el que hay personas, asistir al gimnasio.

Según esta clasificación la persona con fobia social presenta dos tipos de temor en casos de intervención; el primero, temor a estar con otras personas y no saber qué hacer o cómo comportarse. El segundo, la persona tiene mucha preocupación y miedo a comer y ser observado por los demás (Clark & Beck, 2010).

La fobia social generalmente se encuentra en la adolescencia entre las edades de 15 y 20 años. El inicio puede ser la timidez en la niñez tras tener malas experiencias. Por eso durante el

desarrollo de la persona se presenta una disminución en severidad (Botella, Baños, Perpiñá, 2003).

Las personas con fobia social tienen reacciones como sentir vergüenza, temor y sentirse rechazadas. Por eso sufren, pues cuando se encuentran frente a otras personas creen que están haciendo el ridículo lo cual les genera este tipo de conductas negativas. Prefieren situaciones donde evitan el ámbito social y familiar. (Willutzki, Theismann y Schulte 2012, citado por; Olivo, 2012).

## **CAPITULO II: El caso de la Fobia Social en los estudiantes universitarios**

Bados (2005) señala que las personas con fobia social, que se encuentran en niveles educativos superiores, presentan grandes dificultades al presentar exámenes orales, al expresar sus sentimientos, al intentar establecer relaciones interpersonales, entre otras. Por otro lado, también muestra que los fóbicos sociales son personas que afectan su calidad de vida no sólo en el ámbito de las relaciones sociales, sino también a nivel económico. Esto se da ya que estas personas tienen una fuerte tendencia a acceder a puestos de menor posición y menor remuneración salarial dado su miedo a enfrentarse a, por ejemplo, entrevistas de trabajo y cargos laborales que lo obligan a interactuar con los otros.

Teniendo en cuenta los hechos anteriores, es imperativo para las instituciones universitarias detectar o anticiparse a posibles casos de ansiedad social, divulgando información (mediante campañas de concientización, actividades de clase o eventos extra curriculares, por ejemplo) a los profesores y administrativos que interactúan con los estudiantes. Esto con el fin de que sean ellos, quienes, por su cercanía y relación con el estudiantado, aconsejen las acciones de acompañamiento profesional a tales personas. En este mismo orden de ideas, así como es importante la detección por parte de la institución universitaria, es vital que los mismos estudiantes detecten los síntomas de una posible fobia social y busquen ayuda profesional. El estudiante en estos momentos debe ser consciente de que los síntomas conductuales que sufre no son necesariamente parte de su personalidad (nerviosismo, timidez, enrojecimiento, etc.) sino que pueden ser la expresión de un problema más profundo, como lo es la ansiedad o fobia social. Tal intervención cobra relevancia para el estudiante puesto que, al sufrir de fobia social, éste puede disminuir su función académica y limitar las posibilidades de alcanzar sus metas profesionales.

Los resultados de investigaciones en el ámbito universitario muestran, en primer lugar, que “los jóvenes con ansiedad social tienen serias dificultades en sus comunicaciones, mientras que los estudiantes sin ansiedad social mantienen comunicaciones más efectivas” (Morales, 2011, p.41); asimismo, se demuestra que con ayuda profesional, el estudiante puede volverse consciente de su potencial intelectual y actitudinal pues, a pesar de las dificultades en la presentación de sus trabajos académicos en esta etapa universitaria, él demuestra su capacidad y potencial al haber ingresado a un nivel superior educativo y haberse enfrentado a pruebas competitivas por lograr un cupo académico.

Ahora bien, Ellis (2000) afirma que cierto grado de ansiedad en las personas que hablan en público se hace necesario para obtener una buena ejecución de tal actividad; no

obstante, cuando este grado de ansiedad es muy elevado produce que los conferencistas no puedan hacer presentaciones en público eficientemente. Concluye que “los estudiantes que exhiben altos niveles de ansiedad deben exponerse a procedimientos terapéuticos que les ayuden a debilitar la magnitud de las respuestas de ansiedad ante el evento de hablar en público” (Morales, 2012, p.1).

En conclusión, los trastornos de ansiedad se constituyen como una de las enfermedades más comunes en Estados Unidos, Puerto Rico y otros países en el mundo. Según Morales (2011) “la fobia social es un trastorno mental que consiste en un temor acusado y persistente cuando la persona que la padece se enfrenta a situaciones sociales. Se siente expuesto al público y teme actuar de un modo vergonzoso o humillante” (p, 45). Los estudiantes con fobia social tienen dificultades en establecer relaciones interpersonales en la vida académica. Se hace relevante enseñar al estudiante la utilización de las técnicas terapéuticas para su propia mejora paulatina de los síntomas de su condición. Se señala la necesidad de participar activamente en el proceso de mejoría y llama la atención sobre la importancia de cumplir con sus responsabilidades académicas y sus objetivos. Morales (2012) agrega que si la salud mental del estudiante es buena, tendrá altas probabilidades de cumplir con su responsabilidad como ciudadano productivo para la sociedad.

#### OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión teórica sobre fobia social contrastando la información propuesta por los autores con un estudio de caso realizado durante la práctica.

#### OBJETIVO ESPECIFICO

Hacer una medición a través del instrumento psicométrico AMAS-C de la fobia social que tiene la consultante en el caso reportado.

#### JUSTIFICACIÓN

La fobia social se señala más generalmente como un gran miedo frente a la realización de acciones sociales, cuando la persona teme recibir comentarios negativos de otras personas, cuando siente que puede comportarse inapropiadamente frente a otros haciéndolo quedar en vergüenza, cuando da muestras de nerviosismo. Es por tales razones que se puede encontrar que el individuo se cohibe de hablar en público, o de realizar inclusive una acción como beber y comer frente de las personas.

Los hallazgos indican que la prevalencia vital tiene mayor porcentaje en las mujeres que en los hombres. Cuando la persona tiene trastorno de ansiedad necesita consulta y una ayuda psicológica y de hecho el trastorno de ansiedad se encuentra frecuentemente como parte de la acción clínica de los psicólogos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Valero y Ruiz, 2003). Los tratamientos psicológicos que se señalan para la fobia social pueden ser la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y también la estrategia psicológica en unión con farmacoterapia (Feske y Chambless, 1995; Taylor, 1996; Moreno, Méndez y Sánchez-Meca, 2000; Rosa, Sánchez-Meca, Olivares y López, 2002; SánchezMeca,

Rosa y Olivares, 2004; Klinger et al., 2005; y Antona et al., 2006, citado por; Perèz y Encias, 2011).

## ESTUDIO DE CASO ÚNICO

### *Identificación de la paciente*

N. K. es una mujer soltera, de 19 años, nacida en Turquía. Ella es la menor de 2 hermanas. Cursa estudios universitarios en una universidad privada en Bogotá, se encuentra en su tercer semestre.

### *Análisis del motivo de consulta*

La paciente asiste a consulta remitida por un psicoterapeuta. Según la paciente, quiere “estar más tranquila en clase cuando le preguntan o haga presentaciones por los demás y, no bloquearse cuando habla o evitar empezar a sudar en esos momentos”. Para la paciente, su mayor miedo “es quedar mal frente a las personas”. Asimismo, afirma presentar “altos niveles de ansiedad ante evaluaciones de cualquier materia o cualquier tipo de prueba; cuando tiene exposición no logra hacerla como desearía y entrar a una reunión para hablar con alguien desconocido es una situación incómoda.”

Las primeras manifestaciones que se dan a nivel cognitivo y fisiológico respectivamente son: sentimientos de inferioridad e inseguridad, pensamientos negativos, problema de concentración, tartamudez y tensión. La paciente realiza un gran esfuerzo para mostrarse impecable ante las personas.

### *Historia del problema*

Desde pequeña N.K. era una niña tímida y se le dificultaba relacionarse con personas desconocidas hasta el punto de evitar asistir al colegio para no tener que hablar delante de sus compañeros. “Tenía miedo de hablar en público y en clase porque sentía que se burlaban de mí a causa de mi obesidad. Por esta razón empecé a evitar situaciones sociales”.

N.K. tiene un problema de tartamudez que ha aportado a su fobia social desde el inicio, pero la paciente afirma que la inhibición que mantiene desde entonces, y la excesiva atención de su familia, contribuye a que ella siga evitando situaciones públicas, agudizándose así el problema.

N.K. tiene buena relación con su familia, pero su familia siempre le decía “las personas con sobrepeso son un problema en todos los lugares.” Por eso tiene la creencia arraigada de que siempre tendrá dificultades al socializar con otros.

### *Selección de los métodos de evaluación*

En el estudio se seleccionan y aplican las siguientes pruebas y herramientas de evaluación:

1. La Escala de Ansiedad (AMAS) (The adult Manifest Anxiety Scale) Versión C.

La prueba AMAS es una escala de ansiedad manifiesta para adultos y se utiliza para evaluar niveles de ansiedad. Esta prueba se aplica entre los 19 y los 59 años. Además la prueba tiene 36 preguntas con respuestas cerradas y las respuestas son afirmativas y negativas.

La escala de ansiedad AMAS cuenta con las subescalas de inquietud / hipersensibilidad, preocupaciones sociales / estrés, ansiedad fisiológica, ansiedad ante los exámenes, mentiras (escala de validez) y la escala de ansiedad total (TOT) (Cabrera, s.f.).

Tabla 1. Planificación del tratamiento

SESIONES	MÉTODOS DE TRATAMIENTO
1-2	Evaluación clínica y modelo explicativo individualizado
3	Intervención psico-educativa
4	Reestructuración Cognitiva (R.C.) y Autorregistro
5	Respiración abdominal, relajación muscular y exposición R.C. Entrenamiento en Asertividad, R.C.
6	Planificar las actividades diarios, Moldeamiento.

## RESULTADOS

Los resultados de N.K. respecto a la AMAS-C muestran que en la subescala EXAMEN (ansiedad ante los exámenes) y según la interpretación consignada en el manual de la prueba, la paciente tiene un 67%, lo cual se considera una manifestación clínicamente significativa de ansiedad ante la presentación de exámenes y evaluaciones. Esta ansiedad frecuentemente se relaciona con evaluaciones o valoraciones de cualquier tipo y posiblemente perjudiciales para el desempeño, o preocupación repetitiva acerca de las calificaciones generales de una prueba.

Respecto a las subescalas IHS (inquietud/hipersensibilidad), FIS (ansiedad fisiológica) y SOC (preocupaciones sociales/estrés) sobresalen los siguientes resultados en el manual: Elevación leve; la paciente tiene un 60%, lo cual significa que su inquietud puede interferir con sus relaciones; por lo general no presenta dificultades serias; puede mostrarse compulsiva acerca de cuestiones específicas e hipersensibilidad leve. Además en la subescala FIS (ansiedad



fisiológica) la paciente presenta 67%, lo cual representa un valor clínicamente significativo, que indica tensión e intranquilidad en el individuo; es probable que funcione bien en ausencia de otras elevaciones. La subescala SOC (preocupaciones sociales/estrés) se reporta en la paciente con un 58%, indicativo de elevación leve, demasiado preocupada acerca de su apariencia y de las tareas de la vida cotidiana, pero es probable que no sea disfuncional.

Las dos escalas adicionales del AMAS-C son: MENTIRA (determina la forma en que los sujetos responden ante el instrumento), y TOT que es resultado de la suma de las subescalas IHS, FIS, EXAMEN y SOC (determina un nivel total de ansiedad). En la escala de ansiedad total: La paciente reporta el 68%, un valor que es clínicamente significativo y que indica un individuo temeroso y ansioso, con posible exceso de preocupaciones y probabilidad de algunas manifestaciones psicofisiológicas de la ansiedad, así como también posible rigidez en el proceso de pensamiento. Respecto a la escala de Mentira, la muestra indica un 49% que se considera un valor adecuado o típico.

Tabla 1.- AMAS-C Escala de ansiedad manifiesta en adultos.

Escala AMAS-C	Puntuación Natural	T	Percentil
Inquietud/hipersensibilidad (IHS)	9	60	83
Ansiedad fisiológica (FIS)	6	67	91
Ansiedad ante los exámenes (Examen)	11	67	93
Preocupación/ estrés social (SOC)	3	58	79
Mentira	1	49	49
Ansiedad total (TOT)	29	68	94

## DISCUSIÓN

En la investigación se buscó aplicar una terapia cognitivo-conductual, modelo desarrollado por A.T Beck, Ellis y Michenbaum, para el tratamiento de la fobia social. El programa, que ha demostrado efectividad en otros pacientes, no ha sido tan consistente como sistema de modificación conductual según los resultados encontrados en este estudio, puesto que no hay evidencia de su completa efectividad para el tratamiento de la fobia social en la paciente, posiblemente debido a que la terapia tomó pocas sesiones, que además fueron aplazadas de reiterativa por la paciente, quien termina desistiendo de la terapia.

Además los resultados encontrados en esta investigación indican que no hay un incremento significativo del temor al hablar en público, la ansiedad social y la evitación de las situaciones sociales, como puede observarse en la Figura 1.

Los tratamientos que se utilizan para la fobia social, son las técnicas de exposición, el entrenamiento en habilidades de exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y el

entrenamiento en relajación, que son las técnicas más utilizadas (Botella, Baños y Perpiña. 2003; Singh y Hope 2009).

En las técnicas usadas en los tratamientos cognoscitivo conductuales para la fobia social, se utilizar 3 modalidades que son el cambio fisiológico, la reestructuración cognoscitiva y las técnicas conductuales (Fresco y Heimberg, 2001; Overholser, 2002; Singh y Hope 2009).

Se puede observar que hubo afectación en la intervención, debido a que en los protocolos Ellis y AMAS-C se halló que no hay disminución en los síntomas presentados. Además con la prueba AMAS-C se determinó y confirmó la gravedad de los síntomas fóbicos manifestados hasta la última sesión.

Se podría declarar que el objeto terapéutico no es “curar” a la persona sino facilitarle su vida con la terapia, poder incrementar un cambio conductual que le permita seguir desempeñando su vida social y que siga siendo funcional.

Olivares, J. (2004) y Beck (1983) encuentran que las técnicas cognitivo –conductuales resultan ideales para visualizar los procesos de corrección de la conducta. Para la medición descrita, el paciente desarrolló ejercicios personales que reforzarían los cambios de conducta. Sin embargo, pese a que se desarrollaron las actividades, no se manifestaron cambios en el comportamiento y el paciente renuncia al tratamiento.

## CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados de la intervención sobre la reestructuración cognitiva de Ellis, se puede confirmar que en este caso específico, la fobia social de la paciente persistió.

Además, los autor registros y las autoevaluaciones permiten determinar el estado de ánimo, pues son técnicas que proponen una alternativa para sostener el control y el seguimiento del paciente durante las sesiones de intervención.

Es importante destacar que las técnicas programadas, como es el caso de las tareas y las técnicas de relajación, así como los registros conductuales, fueron las principales técnicas que otorgaron un apoyo a dicha intervención (Beck, 1983). Pero según la investigación el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social de la paciente, en la evaluación, no parece disminuir mucho los sentimientos de ansiedad y fobia.

Se destaca el hecho de que los resultados del tratamiento concuerden con una de las conclusiones establecidas por Bados (Beck, 1983). El autor analizó la eficacia de diferentes tratamientos y verificó que el tratamiento que usaba conjuntamente el entrenamiento en técnicas para hablar en público, la reestructuración cognitiva y entrenamiento en técnicas de relajación obtenía peores resultados que otros tratamientos. Se podría interpretar a partir de esta información que los malos resultados se dan porque no hay tiempo aprovechar mejor las habilidades entrenadas o porque en el seguimiento la combinación de factores oculta los efectos perjudiciales de cada técnica.

## REFERENCIAS

- Antona J.C., García-López, L.J., Yela, J.R., Gómez, M.A., Salgado, A., Delgado, C., y Urchaga, J.D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología conductual*, 14(2), 183-200.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2005). *Fobia Social*. Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/359/1/114.pdf>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders*. Second edition. New York: the Guilford Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisa.
- 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. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
- 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>
- Borkovec, T. D. Y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8370856>
- Botella, C., Baños, R.M., García-Palacios, A., y Quero, S. (2009). El servicio de asistencia psicológica de la Universidad Jaume I. *Acción psicológica*, 6(1), 87-96.
- Botella, C., Baños R.M., & Perpiñá, C. (2003). *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento*. España: Editorial Paidós

- 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. (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. 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. 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.
- Ellis, A. (2000). Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Feske, U., y Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Fresco, D. Y Heimberg, R. (2001). Empirically supported psychological treatments for social phobia. *Psychiatric Annals*, 31, 489 – 497.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.10.010>
- Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Kim, H. J. y Tylor, A. N. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 588-596.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légreron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive-behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyber Psychology and Behavior*, 8(1), 76-88.
- 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), 573.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.01.004>

- Lesure-Lester, G. (2001). Dating competence, social assertion and social anxiety. *College Student Journal*, 35(2), 317-323.
- Mahoney, M. (1995). *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría, Investigación y Práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- 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>
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Propuesta de estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid. Ministerio de Consumo.
- Moreno, P.J., Méndez, X., y Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión metaanalítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Morales, E. 2011. La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Griot* 4(1). Disponible en: <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2011040103.pdf>
- 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>
- Hope, D.A., Heimberg, R.G. y Bruch, M.A. (1995) Dismantling cognitive behavioural group therapy for social phobia. *Behavioural Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Olivares, J. (2004). Introducción. En J. Olivares, A. I. Rosa y L. J. García-López (Eds.), *La fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse ya actuar ante los demás* (pp. 11-16). Madrid: Pirámide.
- Olivo, E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Universidad de Puerto Rico. Vol. 4, N°1*
- Ortega, P., Torres, L., Garrido, A. y Reyes, A. (2006). Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. *Psicología y Ciencia Social*. Vol. 8, Núm. 001, Pp. 21-32.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Overholser, J (2002) Cognitive – behavioral treatment of social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32 (2-3), 125-144.
- Pérez, F., Encinas, F. (2011), Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito Aplicado. *Psicothema*. Vol. 23, nº 4, pp. 560-565.

- Piqueras J. (2005). Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado. (Tesis doctoral, Universidad de Murcia). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/11008>
- Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Olivares, J., y López, J.A. (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: un estudio meta-analítico. *Revista de Psicología General y Aplicación*, 55(4), 625-639.
- Sacco, W. & Beck, A. T. (1995). *Cognitive Theory and Therapy*. En Beckham, E. & Leber, W. (Comp.) *Handbook of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Sánchez-Meca, J., Rosa, A.I., y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55-68. }Sánchez, J., Rosa, I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*. Vol. 11, núm. 3, Pp. 641-654.
- Santos, A., (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. Universidad católica de Colombia
- Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (2010). *Theories of personality*. U.S.A.: Cengage Learning Inc.
- Singh, J. y Hope, D. (2009). Cognitive – Behavioral Approaches to the Treatment of social Anxiety disorder. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 46 (1), 62 – 69.
- Stein, M., & Kean, M. (2000). Disability and Quality of life in social phobic. *American Journal of Psychiatric*, 157(10), 76-87.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal Behavior and exp. Psychiat.*, 27(1), 1-9.
- Tobar, R. (2012). Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. Vol. 8 (2) .pp.118-125
- 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.
- Turner, S. M" Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101,326-331.
- Valero, M., y Ruiz, M.A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11- 18.
- Vidal Fernández, J., Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. *Área Humana, Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría Universidad Complutense de Madrid*. 14(2-3) ,289-303

Zamora, I. M. C. (s.f.). *El Nivel de Ansiedad Ante los Exámenes y el Rendimiento Académico en los Estudiantes de la Licenciatura en Psicología ante la Asignatura de Estadística II* (Tesis de grado). Recuperado de: [http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/1043/Publica\\_20130110235054.pdf](http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/1043/Publica_20130110235054.pdf).

Willutzki, U., Theismann, T., & Schulte, D. (2012). Psychotherapy for social anxiety disorder: long- term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 581- 591.

