



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO
GRANCOLOMBIANO



TESIS

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO CLINICO DE
FOBIA SOCIAL**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN: PSICOLOGIA, EDUCACIÓN Y CULTURA
PROGRAMA: PSICOLOGIA**

PRESENTA:

MERVE ARSLAN

CÓDIGO: 1220012797

ASESOR:

FABIO ENRIQUE MARTINEZ CEBALLOS

BOGOTÁ, COLOMBIA

AGOSTO DE 2015.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
RESÚMEN	3
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVO ESPECIFICO.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
METODOLOGIA.....	7
RESULTADOS.....	10
DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN.....	13
REFERENCIAS.....	15

Resumen

El documento se describe el tratamiento de un paciente con ansiedad social y se propone como objetivo indagar sobre la ansiedad social o fobia social y la naturaleza de su tratamiento, desde la terapia cognitivo conductual. Se aplicó un tratamiento cognitivo conductual de reestructuración cognitiva y fue llevado a cabo en cinco sesiones de una hora, con una periodicidad semanal. Los resultados dados de esta investigación no muestran muchas diferencias.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad social, fobia social, Terapia cognitivo-conductual, evitación.

INTRODUCCIÓN

El trastorno social también ha sido nombrado como fobia social. La fobia social se define como un temor al entorno en el que se vive, donde la persona teme estimaciones negativas (Bados & Sanz, 2005, citado por; Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, y Cano-Vindel, A., 2008). En otras palabras puede definirse que las personas que tienen ansiedad social no pueden expresarse bien en público, no pueden comer o beber algo cuando están con otras personas, tienen dificultad de conocer gente nueva, no pueden participar en reuniones (Orejudo-Hernández, Herero-Nivela, Ramos-Gascón, Fernández-Turrado & Nuño-Pérez, 2007, citado por Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, y Cano-Vindel, A., 2008).

Estudios realizados en años recientes por las contribuciones de las técnicas cognitivas proponen unas nuevas perspectivas para la intervención de trastornos de ansiedad (Ponniah & Hollon, 2008, citado por; Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, y Cano-Vindel, A., 2008). Este crecimiento viene de muchos años antes que Beck hubiese trabajado sobre las creencias disfuncionales (Beck, 1976).

Justificación:

Los datos analizados muestran que en los últimos años los trastornos de ansiedad reflejan mayor predominio a nivel mundial y producen más insuficiencia que otras enfermedades. En

estas evidencias se señala que es muy importante plantear los actos de intervención para hacer frente de manera eficiente a los trastornos de ansiedad en las personas que lo sufren (Guía clínica para el manejo de estrés, 2010).

La ansiedad social se observa más en los adolescentes, particularmente entre los 15 y 20 años de edad pocas veces inicia en la adultez. Sin embargo muchas veces comienza desde la niñez en la escuela con la presión de los compañeros, los comentarios negativos, etc. (Botella, Baños, Perpiñá, 2003 y Bourne, 1994, citado por; Olivo, (2011).

Masia, Klein, Storch y Corda (2001), citado por; Olivo, (2011) sostienen que las personas que sufren de ansiedad social quieren compartir con los compañeros, con la familia en los días especiales pero no pueden actuar por su timidez, por el malestar que sienten, por eso no tienen muchos compañeros, tienen un bajo desempeño académico y miedo al hablar con los docentes.

Las personas que padecen ansiedad social exponen síntomas tanto físicos como psicológicos. Behnke y Sawyer (2001) y Stein y Kean (2000), citado por; Olivo, (2011) declaran que es indispensable desarrollar las estrategias para que los estudiantes dominen la ansiedad social.

Todas las afirmaciones muestran que es necesaria la intervención de las personas que están sufriendo por ansiedad social, y en tanto hay evidencia empírica que se muestra la eficacia del modelo cognitivo-conductual es este el que se utiliza para los fines propuestos.

Objetivo General:

- Realizar una revisión teórica sobre fobia social contrastando la información propuesta por los autores con un estudio de caso realizada durante la practica

Objetivos específicos:

- Sistematizar la información sobre la fobia social
- Hacer una medición a través de un inventario (IDARE) de la ansiedad social que tiene el consultante en el caso reportado.

Marco Teórico

La ansiedad social es un factor muy esencial, necesario e indispensable para actuar en las situaciones importantes y realizar relaciones interpersonales concretas. La ansiedad social a veces es un mecanismo que puede animar a ejecutar las misiones. La persona que sufre ansiedad social la presenta antes de enfrentar situaciones como una reunión muy importante, fiesta, exposición en la clase, etc. Asume dichas situaciones con mayor energía (Camilli & Rodriguez, 2008). Las personas con ansiedad no siempre pero la mayoría de las veces piensa que las demás están evaluando y van a sacar unos resultados negativos sobre su persona por eso para no quedar mal dedican más a las responsabilidades que tienen que hacer (Camilli & Rodriguez, 2008).

Posteriormente la ansiedad social va más allá de la timidez, inquietud, temor, desconfianza, etc., es el temor de hacer las actividades con los demás, las situaciones que tiene que enfrentar en público (Barlow y Durand, 2001, citado por; Santos, 2014). El primer aspecto de ansiedad social es el temor profundizado en sus comportamientos, y que cuando estén con los demás sean razón de desprecio y comentarios negativos para otros. Las personas que padecen ansiedad social aceptan lo irracional de sus temores y sus inquietudes pero no pueden prescindir de pensar en eso en las situaciones públicas (Curtis, Kimball, y Stroup, 2004; Halguin y Whitbourne, 2009, citado por; Santos, 2014).

Por otro parte revisando los trabajos hechos sobre la ansiedad social se demuestra que la persona que presenta ansiedad social nunca puede hablar con otro mirando a los ojos, trata de ir a los reuniones antes que los demás para no entrar después, no puede comenzar una diálogo espontáneamente, no puede usar lugares como baños públicos, cuando está en desacuerdo no puede decir sus propias ideas y acepta las de otros, no es capaz de proponer nuevas ideas porque cuando lo intenta, piensa que la van a criticar, por eso mejor acepta las ideas de otros y esta situación le molesta bastante, pero no la puede evitar (Barlow, 2002; Curtis, Kimball, y Stroup, 2004; Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 2000; Stein y Kean, 2000; Stein, Torgrud y Walker, 2000, citado por; Santos, 2014).

Por otro lado, con relación a la declaración de la respuesta de ansiedad social, se observa que es parecida a los otros sentimientos, lo cual se refleja a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. En la parte fisiológica, se muestran múltiples síntomas corporales como: mareos, incomodidad en el estómago, sudoración, etc. Respecto a las respuestas conductuales se encuentran la desaparición o no de las posiciones inquietas, considerando que la desaparición no siempre es conductual sino que puede ser “cognitiva”. La persona puede desaparecerse “mentalmente” de la posición aunque “físicamente” esté presente. Asimismo proponen “comportamientos de seguridad”, en los que tratan de defenderse, por ejemplo: cuando siente que alguien le va cuestionar aleja la mirada, ponen las manos sobre la mesa para que no se den cuenta las demás que está temblando, etc. Para terminar, los pensamientos se guían sobre la certeza de actuaciones que son, evaluaciones negativas por parte de los otros y sus resultados catastróficos (Camilli & Rodríguez, 2008).

La Organización salud mundial (OMS) (2003) y su clasificación de las enfermedades mentales (CIE- 10) muestra que la ansiedad social inicia en la época de la adolescencia y se observa tanto en los hombres como en las mujeres con la misma constancia.

Por otro lado se observó que los componentes cognitivos son muy importantes en los casos de trastornos de ansiedad. La propiedad fundamental de la ansiedad social es el miedo a tener estimación negativa por parte de los demás, generando un obstáculo en la percepción de los comportamientos. Por lo tanto, las intervenciones que acerquen las apreciaciones y los pensamientos catastróficos pueden ser particularmente importantes para el tratamiento de fobia social. La intervención tiene metas como; enseñar a la persona que padece ansiedad social a renovar sus pensamientos negativos con los pensamientos positivos y adaptativos, presentar los relaciones entre cogniciones, conductas y emociones, etc. (Santos, 2014).

En los últimos años se observa que algunas contribuciones de las técnicas cognitivas han ofrecido unas nuevas perspectivas para la intervención de los trastornos de la ansiedad (Ponniah & Hollon, 2008, citado por, Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, y Cano-Vindel, A., 2008).

Las investigaciones demuestran que la terapia cognitivo-conductual es muy concreta y muy eficaz para el manejo de ansiedad social (Camilli & Rodríguez, 2008).

A.T. Beck y colaboradores (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Beck & Clark, 1988 y Clark & Beck, 2010), citado por; (Toro, 2012) defienden desde las teorizaciones que la ansiedad social es un resultado de unos factores evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos.

Por su parte; la teoría de la terapia racional emotivo-conductual (Ellis, 1955) tiene finalidades como cambiar las creencias irracionales que generan los problemas emocionales. El pensamiento y la emoción están relacionados puesto que el pensamiento se convierte en la emoción, y la emoción se convierte en pensamiento (Navas, 1981).

Ellis (2000) declara que la persona fomenta su particular ansiedad ante un suceso que la afecte con pensamientos irracionales que la estimula a emocionarse de manera innecesaria y a alterarse psicológicamente. Por otro lado afirma que para perturbarse en las competencias sociales y divertirse con los placeres que proponen las situaciones sociales, es indispensable curar racionalmente la ansiedad. Las personas que padecen la ansiedad social tienen que aprender a luchar con los pensamientos irracionales para poder conservar sus propios derechos, propios deseos, etc. Para ser capaz de vivir con los demás y divertirse de las bondades de vivir en la comunidad debe evaluarse sus pensamientos y emociones.

Por último, Ellis (2000) propone que para reducir la ansiedad social las personas que la sufren tienen que reconocer las creencias irracionales que mantienen sus temores de hacer actividades con las demás. Después las deben discutir para descubrir las creencias racionales que hagan ausentar el temor.

METODOLOGIA

Estudio de Caso Único

Datos personales:

R.O es una mujer soltera, de 20 años, nacida en Turquía, con nivel sociocultural y económico medio-alto. Estudia en una universidad privada, y está en tercer semestre licenciatura de inglés.

Motivo de consulta:

La paciente refiere que; “Estoy muy estresada por las clases, me siento intranquila, nerviosa” Según lo que dice la paciente no logra “conseguir estar tranquila en clase y hablar sin tartamudear”.

Diagnóstico Diferencial:

Se llega al diagnóstico diferencial contrastando el cuadro sintomatológico de la paciente con los criterios diagnósticos del CIE10.

F40.1 Fobias sociales

Criterios diagnósticos CIE-10

- Temer a ser criticado por los demás
- Ese temor se pasa en las situaciones como en el siguiente; comer, hablar en público, entrar nuevas lugares, etc.
- Tener bajo autoestima
- Ideas alucinantes u obsesivas
- La situación ansiedad se escapa hasta que pueda

Síntomas:

Cognitiva:

-Piensa que la observan y critican en la clase y en los lugares públicos

- “Prefiero no hablar porque cuando hablo me pongo muy nerviosa y no hago más que sudar y temblar (abstracción selectiva).

Afectiva:

-Ansiosa ante la exposición y parcial

Conductual:

-Complejidad para hablar en las situaciones sociales

-Tratar de evitar los contextos colectivos como entrar a un lugar que no conoce, comer con los demás, etc.

Fisiológica:

-Temblor de la voz

-Sudoración de las manos

Psicoeducación:

De acuerdo a Caballo (2011), se emplea el término psicoeducativo para referirse a los grupos que enfatizan la autoayuda, y proporcionan información que cada participante puede utilizar en un programa auto administrado de desarrollo y crecimiento personal. Enseñar se convierte en el principal objetivo del psicoterapeuta. Profundiza en las causas de las emociones; por ejemplo si el pensamiento negativo se encuentra asociado con el estado de humor deprimido y cómo uno puede vigilar sus propios pensamientos y encontrar otra alternativa a los pensamientos disfuncionales.

De acuerdo a Fernández (2015), debemos centrarnos en explicarle al usuario en detalle su problema, para que lo comprenda bien y evitar así dudas que puedan obstaculizar el proceso de mejora; se destacan como aspectos relevantes tanto que el trastorno sea un problema psicológico conocido y bien estudiado, cómo que sea comprensible (en cierta medida) el desarrollo del mismo. Además señalamos el carácter no peligroso de los síntomas. Se presenta el círculo vicioso, dónde se concretaba los factores implicados en las crisis de pánico, resaltando el papel de los pensamientos alarmistas en su inicio y mantenimiento.

Para concluir se ha realizado un análisis funcional del caso, explicándosele al paciente qué es la ansiedad, qué características tiene la respuesta de ansiedad y cuál es el papel que cumplen las conductas estresantes en su problema. Por consiguiente se le explicó al paciente que la ansiedad es un sentimiento muy normal en el ser humano, si no exageramos nos ayuda

a enfrentar unas situaciones difíciles. Se informaron así las características de la respuesta de ansiedad, y los mecanismos de adquisición y mantenimiento de la misma.

Aplicación del tratamiento:

El plan de intervención está constituido por las siguientes técnicas de tratamiento cognitivo-conductual: psicoeducación, reestructuración cognitiva y autoregistros (Clark et al., 2006, citado por, Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, y Cano-Vindel, A., 2008) En las primeras sesiones se profundizó en la revisión teórica y explicativos de la respuesta de ansiedad. El tratamiento se completó en sesiones de una hora de duración. El número de sesiones del tratamiento fue de cinco, siguiendo una periodicidad semanal. Después de la segunda sesión, durante las sesiones siguientes la paciente realizó autoregistros de sus pensamientos. El tratamiento comenzó el 25 de Agosto del año 2015.

Selección de la técnica de evaluación:

Tras las sesiones, se seleccionó y aplicó la siguiente prueba e instrumento de evaluación;

1. *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger (IDARE; Díaz Guerrero, y Spielberg, 1975).*

Componentes: Manual e instructivo, Inventario (con 2 escalas), Plantilla de calificación.

Aplicación: Individual, colectiva, autoaplicable.

Tiempo: Ilimitado (aproximadamente 15' - 25') (IDARE; Díaz Guerrero, R y Spielberg, Ch.1975).

RESULTADOS

La intervención se realizó durante 5 sesiones.

Sesión 1

Para conocer a la paciente se recopilaron datos sociodemográficos, se comenzó por los temas que motivan la consulta actual y se hicieron las preguntas sobre su historia para ver cómo se llegó a la situación actual.

Sesión 2

Se hicieron las preguntas para entender el problema en su complejidad.

Sesión 3

Se hizo la psicoeducación y se le pidió diligenciar un autoregistro de los pensamientos hasta la próxima sesión.

Sesión 4

Se revisó el autoregistro de los pensamientos y se habló sobre los pensamientos negativos y se hizo un diálogo para poder llegar hasta el pensamiento alternativo.

Autoregistros: Se ha explicado al paciente su utilización al final de la 3ª sesión. Se le pidió al paciente que presente por escrito las situaciones sociales en las que tiene problemas en las que se ve envuelta; en determinados casos se le pide que anote esta información: La situación específica en la cual se siente ansiosa, los efectos físicos que nota en dichas situaciones, y su profundidad, los pensamientos que tuviera y finalmente su conducta. El registro se observó con detalle en la 4ª sesión, lo cual permitió conocer qué era lo que le ocurría. R.O recolectó algunas situaciones de ansiedad; estas se relacionaban con hechos cotidianos como “entrar a un centro comercial”, “cuando el profesor hace preguntas“, “Hacer preguntas a los compañeros para resolver dudas”.

Tabla 1. Autorregistro de los pensamientos

Fecha y Hora (Tarih ve saat)	Situación (Durum)	Pensamientos Automáticos (% de creencia) (Otomatik düşünce) (Inanılan yuzdelik)	Emociones (Intensidad) (Duygu) (10 uzerinden yogunlugu degerlendirme)

09/09/2015	El profesor en la clase me hizo una pregunta, no respondo bien y mis compañeros se ríen	Me siento desprestigada (%90)	Vergüenza (9)
12/09/2015	Entro a un centro comercial	Pienso que tengo algo malo por eso todos me miran y están criticando (%80)	Timidez (9)
12/09/2015	Tenía que preguntar mis dudas a mis compañeros	No soy buena para el idioma van a burlar conmigo (%100)	Timidez (10)

Sesión 5

Se aplicó el *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger (IDARE; Díaz Guerrero, R y Spielberg, Ch.1975)*.

Según los resultados dados por el inventario de ansiedad rasgo- estado se observa que la paciente tiene ansiedad tanto como estado, en un nivel de ansiedad medio, como rasgo, con un nivel alto.

La paciente cuando llegó a la primera sesión se observó que tenía mucha ansiedad y siguió con eso. Empezó a aprender la reestructuración cognitiva y dio inicio al autorregistro de sus pensamientos; al final de 4ª sesión reportó que se sentía mejor que antes y podía controlar su ansiedad y sus pensamientos catastróficos. Se ha planteado en la literatura que la terapia cognitivo- conductual es más eficaz para reducir la ansiedad social (Olivares, 2003) pero en 5 sesiones se muestra muy poco cambio según los reportes de la paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La meta de este trabajo fue adaptar e implementar la terapia cognitivo-conductual. En primer lugar de acuerdo a los autores Botella, Baños, Perpiñá (2003) y Bourne(1994), la ansiedad social puede comenzar con la timidez de la niñez, aumentándose por la presión de grupos en el colegio y por experiencias negativas. Respecto a lo anterior se observó que en la historia de la paciente hay emociones que sufrió en la escuela durante su niñez.

Por otro parte según (Olivares, 2003) la terapia cognitivo- conductual es más efectivo para reducir la ansiedad social y en la investigación realizada se muestra que la paciente con la reestructuración cognitiva empezó a reconocer y discutir las cogniciones problemáticas ante las posiciones de ansiedad, pero debido a que las sesiones fueron insuficientes el cambio fue muy poco notable para este caso de estudio.

Así pues los pensamientos revelados muestran que la paciente ha comenzado a construir sus pensamientos negativos. Ellis (2000) declara que la persona fomenta su particular ansiedad antes de enfrentarse a sucesos sociales y se ve afectada con pensamientos irracionales que la estimula a presentar mayor ansiedad y a alterarse desde el punto de vista psicológico.

En otro orden de cosas como sustenta Masia, Klein, Storch y Corda (2001; citado por, Olivo, 2011), las personas que sufren de ansiedad social quieren compartir con los compañeros, con la familia en los días especiales pero no pueden actuar por sus timidez, por el malestar que sienten por eso no tienen muchos compañeros, tienen un bajo desempeño académico, tienen miedo para hablar con los docentes. Sin embargo, las personas que tienen ansiedad social no quieren voluntariamente escapar de las situaciones sociales, quieren compartir con las demás personas. Coherente con esta idea, en este caso de estudio se observa que la paciente tiene pocos amigos, muchos problemas en su vida académica, tiene miedo al hablar con maestros y la paciente refiere que evita interacciones sociales pero está definitivamente molesta por lo que hace.

Por su parte, como se indicó en la revisión teórica, la ansiedad social o fobia social provoca unos síntomas físicos y psicológicos. Estos síntomas han sido evidenciados en la

paciente. Con respecto a eso Behnke y Sawyer (2001) y Stein y Kean (2000) declaran que es muy importante desarrollar las habilidades que dominen la ansiedad social en los estudiantes para que se faciliten las habilidades de comunicación. Muestran que los estudiantes que padecen esta clase de ansiedad cuando deben presentar informes orales exponen síntomas físicos y psicológicos.

Según Barlow, (2002); Curtis, Kimball, y Stroup, (2004); Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, (2000); Stein y Kean, (2000); Stein, Torgrud y Walker, (2000), citado por; Santos, (2014) las personas con ansiedad social tienen dificultades para hablar en público, comunicarse con nuevas personas, hablar con las demás y dar o defender las propias opiniones. Se evidencia que las afirmaciones que se plantearon en sus investigaciones de los anteriores autores coincidieron con las pautas conductuales manifestadas por la paciente en esta investigación.

De otra manera como refiere (Baños et al., 2003, p.16, citado por; Camilli & Rodriguez, 2008) la persona que padece ansiedad social sospecha que le están observando y evaluando (no siempre es así pero mayoría muestra así) y la evaluación que realizan las demás personas puede ser negativo con resultado perjudiciales para su persona. En este caso de estudio en las sesiones que han realizado se encuentra lo mismo; la paciente piensa que cuando come algo le observan, cuando entra a un lugar nuevo cree que le van a criticar, etc.

Para concluir, se evidencia que la paciente presenta características y comportamientos acordes con los planteamientos de la fobia social según las investigaciones que se han hecho de esta entidad diagnóstica, como por ejemplo, las distorsiones cognitivas (Rapee & Spence, 2004, citado por, Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, y Cano-Vindel, A., 2008). Sin embargo, aunque se ha establecido que la terapia cognitivo conductual es más perdurable que otros tratamientos (Ponniah & Hollon, 2008; Wells & Papageorgiou, 2001, citado por, Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, y Cano-Vindel, A., 2008) el número de sesiones realizados con la paciente no permitió obtener cambios que se puedan considerar significativos.

Referencias

- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guilford Press.
- Baños, R.M.; Quero, S., Botella, C. y Perpiñá, C. (2003) “¿Qué es la fobia social?”. En C. Botella, R.M. Baños, y C. Perpiñá (comp.) *Fobia Social: Avances en la Psicopatología, La Evaluación y el Tratamiento Psicológico del trastorno de ansiedad social*. (pags.15.36). Barcelona: Paidós.
- Beck AT (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press, NY, USA.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. & Clark, D. (1988). *Anxiety and depression: An information processing perspective*. *Anxiety Research: An International Journal* 1,23-36.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisa.

Behnke, R.R., & Sawyer, C.R. (2001). Public speaking arousal as a function of anticipatory activation and autonomic reactivity. *Communications Reports*, 14(2), 73-78.

Bourne, J. (1994). *The anxiety and phobia workbook*. Oakland: Harbinger.

Botella, C., Baños R.M., & Perpiñá, C. (2003). *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento*. España: Editorial Paidós

Caballo, V.E. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (4^a ED.). SIGLO XXI

Caballo, V. E. (2011). Desensibilización y técnicas de relajación. En V. E. caballo, *Manual de Técnicas y Modificación de conducta* (pág. 761). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Camilli, C. y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la universidad Metropolitana*. Vol. 8, N°1, 115-137

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. & Alford, B. A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Therapy and Therapy of Depression*. New York: John Wiley y Sons.

- Clark, D.A. y Beck, A.T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Nueva York: Guilford Press. (Edición castellana en DDB, 2012).
- Curtis, R., Kimball, A. y Stroup, E. (2004). Understanding and Treating Social Phobia. *Journal Of Counseling And Development* 82, (1) 3-9.
- Díaz Guerrero, R y Spielberg, Ch. (1975). *Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado*. Manual Moderno México
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1955). Psychotherapy techniques for use with psychotics. *American Journal of Psychotherapy*, 9, 452-476.
- Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, J. A. (2015). Programa psicológico de intervención del pánico y la agorafobia. En J. A. Fernández, *Temasmas importantes abrodados* (pág. 133). España: Punto Rojo Libros SL.
- Francis, C.; Boyes, E.; Qualter, A. y Stanisstreer, M. (1992). Ideas of elementary students about reducing the “greenhouse effects”. Liverpool: University of Liverpool.
- González de Rivera, J. L.: (1980) Psicoterapia Autógena. En J.. L. González de Rivera y A. Vela y J. Arana (Eds.), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos, pp. 1036-1047.

Guía clínica para el manejo de estrés. (2010). *Guía de manejo para trastorno de ansiedad.*

Revisión 1. 1-47

Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope F. y Schneier (2000). *Fobia Social: Diagnostico, evaluación y tratamiento.* Barcelona: Martínez Roca.

José, J, Navas. R. (1981). *Terapia Racional Emotiva.* Vol. 13.- N 1. 1981. (En línea).

Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>

Marín, N. 2006. La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de salud mental.* Paris. N° 25. Pag. 126-129

Masia, C.L., Klein, R.G., Storch, E.A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7) 780-794.

Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press.

Olivares, J.; Rosa, A.; Caballo, V.; García-López, L.; Orgilés, M. y López, C. (2003). «El Tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica». *Psicología Conductual*, 11(3), pp. 599-622.

Olivo, E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Universidad de Puerto Rico.* Vol. 4, N°1

Orejudo-Hernández, S., HereroNivela, M. L., Ramos-Gascón, T., Fernández-Turrado, T., & Nuño-Pérez, J. (2007). Evolución del miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. Predictores de cambio a lo largo de un curso académico. *Ansiedad y Estrés*, 13, 89-102.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2003). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10)*. España: Editorial Médica Panamericana.

Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med*, 38, 3-14.

Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev*, 24, 737-767.

Sacco, W. & Beck, A. T. (1995). *Cognitive Theory and Therapy*. En Beckham, E. & Leber, W. (Comp.) *Handbook of Depression*. New York: The Guilford Press.

Santos, A., (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. Universidad católica de Colombia

Spielberger, C. D., & Díaz-Guerrero, R. I. (1975). *Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: *El Manual Moderno*.

Stein, M. y Kean, Y. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *The American Journal Of Psychiatry* 157 (10) 1606- 1613.

Toro, 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

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