



UNIVERSITAT JAUME I

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TESIS DOCTORAL

**UN ESTUDIO CONTROLADO QUE COMPARA UN
TRATAMIENTO AUTOADMINISTRADO VÍA INTERNET PARA
EL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO VS. EL MISMO
TRATAMIENTO ADMINISTRADO POR EL TERAPEUTA**

PRESENTADO POR:

M^a José Gallego Pitarch

DIRIGIDA POR:

Dra. Cristina Botella Arbona

Castellón, Octubre 2006

UNIVERSITAT JAUME I
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

**UN ESTUDIO CONTROLADO QUE COMPARA UN
TRATAMIENTO AUTOADMINISTRADO VÍA INTERNET PARA
EL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO VS. EL MISMO
TRATAMIENTO ADMINISTRADO POR EL TERAPEUTA**

PRESENTADO POR:

M^a José Gallego Pitarch

DIRIGIDA POR:

Dra. Cristina Botella Arbona

Castellón, Octubre 2006

A Miguel Ángel

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido a que este trabajo se llevara a cabo.

En primer lugar, agradecer a mis padres la confianza que siempre han depositado en mi y el apoyo que, junto a mis hermanos, sobrinos y abuela, me han proporcionado en todo momento.

A la Dra. Cristina Botella por haberme dirigido la tesis y confiado en mi para desarrollar un estudio de estas características. También pienso que soy una persona afortunada, ya que he tenido la oportunidad de formarme al lado de una persona que irradia sabiduría y entusiasmo por la psicología.

A las Dras. Azucena García, Soledad Quero, Rosa M^a Baños y Conxa Perpiñá que en todo momento han estado disponibles para resolver cualquier duda e incluso para hacer de evaluadoras en las tareas del discurso.

A las/os que son o han sido mis compañeras/os en el Servicio de Asistencia Psicológica: Sonia Salvador, Sonia Fabregat, Cristina Barrachina, Diana Castilla, Víctor Liaño, Belén Cuevas, Juaní Bretón y Roberto Nuevo, que me han estado apoyando en todo momento y han hecho de evaluadores en muchas de las tareas del discurso con toda amabilidad.

A los compañeros de departamento que siempre que les he pedido ayuda para hacer de evaluadores en la tarea del discurso me han echado una mano (Cristina y Alfonso)

A las personas que participaron voluntariamente en este estudio, por su confianza en el tratamiento y su voluntad para mejorar su calidad de vida.

A mis amigas, Mónica, Elena, Estela, Sonia y Agata por su ánimo en los malos momentos y su vitalidad en los buenos momentos.

A Miguel Ángel porque ha sufrido en sus carnes los ánimos y desánimos de esta tesis. Le doy las gracias por su amor incondicional y su habilidad para hacerme desconectar del trabajo.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	1
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.....	3
1. MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO.....	3
1.1. ¿Qué es el miedo a hablar en público?.....	3
1.1.1. Modelos que intentan explicar la fobia social.....	8
1.1.1.1. Modelo de Clark y Wells.....	8
1.1.1.2. Modelo de Rapee y Heimberg.....	10
1.1.1.3. Modelo de Botella, Baños y Perpiñá.....	13
1.2. Evaluación de la fobia social específica tipo MHP.....	16
1.2.1. Entrevista.....	16
1.2.2. Autoinformes.....	17
1.2.3. Autorregistros.....	29
1.2.4. Test de evitación comportamental.....	30
1.2.5. Medidas psicofisiológicas.....	32
1.3. Tratamientos psicológicos.....	34
1.3.1. Exposición y terapia cognitiva.....	34
1.3.2. Relajación.....	37
1.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales.....	37
1.3.4. Entrenamiento en cambio del foco atencional.....	38
1.3.5. Recomendaciones específicas para MHP.....	39
1.4. Tratamientos farmacológicos.....	45
2. LA AUTOAYUDA.....	48
2.1. Los procedimientos de autoayuda.....	50
3. NUEVAS TECNOLOGÍAS Y PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	60
3.1. Tratamientos aplicados por ordenador.....	62
3.2. Agendas personales PDA (Asistente Personal Digital) y ordenadores portátiles.....	67
3.3. La Realidad Virtual aplicada al campo de los tratamientos psicológicos.....	72
3.3.1. La aplicación de la RV al tratamiento de la fobia social.....	74
3.4. Telepsicología	79

3.4.1. Eficacia de los tratamientos aplicados vía Internet.....	81
3.4.1.1.Tratamiento con contacto mínimo con el terapeuta.....	81
3.4.1.1.1. Otros problemas.....	81
3.4.1.1.2. Trastornos de ansiedad.....	85
3.4.1.2.Tratamiento autoadministrado.....	92
3.4.2. Aspectos éticos.....	100
CAPITULO II: MARCO EXPERIMENTAL.....	103
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	103
2. MATERIAL Y MÉTODO.....	104
2.1. La muestra.....	104
2.1.1. Selección del muestra.....	104
2.1.2. Descripción de la muestra.....	104
2.1.3. Diseño y condiciones experimentales.....	106
2.2. Instrumentos utilizados en la evaluación.....	109
2.2.1. Entrevistas.....	109
2.2.2. Autoinformes.....	109
2.2.3. Test de evitación comportamental.....	111
2.2.4. Instrumentos clínicas generales.....	111
2.2.5. Momentos de evaluación.....	114
2.3. Programa de tratamiento.....	116
2.3.1. Requerimientos del programa.....	116
2.3.2. El programa de tratamiento “Háblame”.....	116
2.3.3.1. Componente de psicoeducación.....	117
2.3.3.2. Componente de exposición.....	118
2.3.3.3. Componente de prevención de recaídas.....	126
2.4. Procedimiento.....	127
2.5. Plan de análisis.....	129
3. RESULTADOS.....	130
3.1. Diferencias entre las condiciones experimentales antes del tratamiento ...	130
3.2. Eficacia diferencial.....	130
3.2.1. Medidas de fobia social.....	132
3.2.1.1. Diagnóstico.....	132

3.2.1.2. Autoinformes de fobia social y la tarea del discurso.....	133
3.2.2. Medidas de interferencia y gravedad del problema en la vida del paciente.....	149
3.2.3. Medidas de ansiedad y depresión.....	154
3.2.4. Mejoría clínica.....	157
3.2.5. Medidas sobre las actitudes hacia los tratamientos psicológicos utilizados.....	161
3.2.6. Medidas de opinión sobre el programa de tratamiento.....	165
4. DISCUSIÓN.....	171
5. CONCLUSIONES.....	184
REFERENCIAS.....	185
ANEXOS.....	220

PRESENTACIÓN

A lo largo de la vida casi, todos nosotros tenemos alguna oportunidad para hablar en público, ya sea para expresar nuestra opinión en una reunión de vecinos, exponer un trabajo en clase, presentar un informe a compañeros de trabajo, presentar un acto oficial, etc. Con frecuencia, el hecho de realizar estas actuaciones en público con cierta eficacia da lugar a una serie de ventajas, por ejemplo ventajas sociales, profesionales o económicas. A la mayoría de la gente le gustaría realizar estas intervenciones en público, pero en muchas ocasiones el miedo que experimentan ante el hecho de hablar en público les impide hacer frente a estas situaciones como ellos quisieran, de tal forma que este miedo les perturba y les interfiere en su vida.

El miedo a hablar en público es un problema con una alta prevalencia y que, en ocasiones, puede llegar a ser muy incapacitante, pero tan solo un pequeño porcentaje de personas que lo sufren buscan ayuda para solucionar el problema. Se han desarrollado una serie de estrategias de tratamiento para ayudar a estas personas, pero estas estrategias en muchas ocasiones no han estado al alcance de todo el mundo, por causas como el coste de la terapia, la distancia entre el centro donde se lleva a cabo la terapia y la vivienda habitual o por miedo al estigma social que pueda suponer ir al psicólogo.

Algunos autores como Hopf, Ayres, Ayres y Baker (1995) plantean que una buena estrategia de tratamiento para el miedo a hablar en público puede ser recurrir a procedimientos autoadministrados y, esto es lo que nos planteamos en la presente tesis.

Nuestro grupo de investigación (Botella et al., 2000) desarrolló un programa de tratamiento en el que combinaron la autoayuda con las nuevas tecnologías, a este sistema se accede a través de Internet y se llama “Háblame” (www.internetmeayuda.com). Se han llevado a cabo una serie de estudios clínicos iniciales (Botella et al., en prensa; Botella, Hofmann y Moscovitz, 2004; Guillén, 2001) que nos indican que “Háblame” es eficaz para el tratamiento del miedo a hablar en público. En esta línea, lo que se plantea como objetivo principal de la presente tesis es someter a prueba la eficacia de “Háblame” en un estudio controlado, comparando este programa frente al mismo protocolo de tratamiento aplicado por el ordenador y frente a un grupo control lista de espera.

El contenido de la presente tesis doctoral se distribuye en dos grandes apartados. Uno dedicado al **marco teórico** en el que nos centraremos, en primer lugar, en analizar qué es el miedo a hablar en público, los métodos de evaluación que se han utilizado hasta el momento para dicho problema y los tratamientos que se han aplicado para solucionar este problema. En

segundo lugar, abordaremos el tema de la autoayuda como posible solución para abaratar costes de la terapia. Por último, nos adentraremos en el mundo de las nuevas tecnologías aplicadas a la psicología clínica, en el cual nos centraremos sobretodo en la telepsicología y sus aspectos éticos. El otro apartado es el **marco experimental**, en el que plantearemos los objetivos e hipótesis del estudio que hemos realizado, describiremos el procedimiento y los resultados que hemos obtenido, para terminar con la discusión de los resultados y las conclusiones que se derivan de este trabajo.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1. MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO

1.1. ¿Qué es el miedo a hablar en público?

En la presentación hemos estado hablando del miedo a hablar en público, pero ¿qué es el miedo a hablar en público? En los actuales sistemas de clasificación diagnóstica este problema forma parte de la fobia social (o trastorno de ansiedad social). El reconocimiento de la fobia social como trastorno mental fue bastante tardío, de hecho, la primera vez que apareció en una manual diagnóstico fue en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III; *American Psychiatric Association*, 1980) gracias al trabajo de Marks (1970) en el que se clasificaba como “fobias sociales” a los miedos a comer, beber, temblar, ponerse rojo, hablar, escribir o vomitar en presencia de otras personas. En dicho manual la fobia social se definía como “un miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar la situación en la cual el individuo se ve expuesto a la posible observación de los demás. Con el temor de que pueda actuar de tal manera que resulta humillante o embarazoso” (APA, 1980, pág. 241).

En la siguiente edición del DSM (DSM-III-R; APA, 1987) se incluyó un subtipo generalizado de fobia social, con el que se diagnosticaba a la persona que temía a la mayoría de situaciones sociales. En esta edición del DSM la fobia social era definida como “un miedo persistente a una o más situaciones sociales (las situaciones fóbicas sociales) en las cuales el individuo se ve expuesto a un posible escrutinio por parte de los demás, junto con la presencia de miedo a hacer algo o de actuar de forma humillante o embarazosa”. Otra diferencia respecto a la edición anterior fue la posibilidad de aplicar el diagnóstico de fobia social y trastorno de personalidad por evitación a una misma persona.

Por lo que respecta al DSM-IV (APA, 1994) los criterios diagnósticos tienen pocas diferencias respecto a el DSM-III-R (ver Tabla 1). En primer lugar, el DSM-IV diferencia entre ataques de pánico y trastorno de pánico. Esto significa que se puede diagnosticar ataques de pánico relacionados con situaciones sociales. En segundo lugar, el diagnóstico de fobia social incluye también el trastorno de evitación de la niñez y la adolescencia. En tercer lugar, este manual incluye el criterio de tiempo (al menos 6 meses) para diagnosticar fobia social a niños menores de 18 años. En cuarto lugar, en el primer criterio diagnóstico del DSM-IV se introducen situaciones de rendimiento, además de sociales. La última diferencia se refiere a que el individuo no sólo teme a situaciones sociales por el miedo a actuar de

manera humillante o embarazosa, como dice el DSM-III-R, sino también por mostrar síntomas de ansiedad como ponerse rojo, temblar, etc., delante de los demás. Podemos decir que estas diferencias se mantienen en el DSM-IV-TR (APA, 2002) sin modificar ningún criterio diagnóstico.

Tabla 1: Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de la fobia social.

- | |
|---|
| <p>A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.</p> <p>B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.</p> <p>C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.</p> <p>D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.</p> <p>E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.</p> <p>F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.</p> <p>G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno</p> |
|---|

dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p.ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad por evitación).

Como hemos visto el DSM-IV-TR especifica el subtipo de fobia social generalizada cuando los temores hacen referencia a la mayoría de situaciones sociales. Con respecto a este subtipo se ha señalado (Heimberg y Holt, 1989; Turner, Beidel y Townsley, 1992) que es demasiado general y en él se incluyen un gran número de casos muy heterogéneos de diferentes niveles de gravedad. Una serie de autores han investigado sobre los posible subtipos de fobia social, Heimberg y Holt (1989) realizaron un estudio en el que abogaron por la existencia de tres subtipos: a) la fobia social generalizada, la cual se diagnosticaría cuando la ansiedad está presente en la mayoría de situaciones sociales, b) la fobia social no generalizada, este diagnóstico se aplica cuando las personas cumplen las siguientes condiciones: pueden tener o no miedos específicos de ejecución; experimentan una ansiedad clínicamente significativa en situaciones de interacción social; pero, no experimentan una ansiedad significativa en, al menos, un área de su funcionamiento social, y c) fobia social específica, se da este diagnóstico si la persona presenta ansiedad en un número limitado de situaciones muy concretas (no más de dos y relacionadas con situaciones de ejecución: hablar, escribir, comer en público, etc.). Por lo tanto, el miedo a hablar en público es una fobia social de tipo específico a la cual nos referiremos a lo largo de este trabajo como MHP.

Unos años después Turner et al. (1992) defendieron la existencia de 2 subtipos utilizando el criterio de frecuencia de ocurrencia de las situaciones sociales temidas. Por un lado, nombran la fobia social generalizada, la cual se diagnostica cuando las personas temen situaciones frecuentes como iniciar y mantener conversaciones, ir a fiestas o reuniones sociales, etc. Por otro lado, hacen referencia a la fobia social específica en la que el miedo

aparece en situaciones circunscritas como hablar en público, comer o escribir en público, o utilizar aseos públicos.

En nuestro país Quero, Baños, Botella y Gallardo (2003) realizaron un estudio con el objetivo de establecer tipologías diagnósticas que recogieran aspectos clínicos y psicopatológicos relevantes en la categoría diagnóstica de fobia social. Las autoras citadas utilizaron las 11 situaciones listadas en el ADIS-R como heurísticos a la hora de realizar estas tipologías y realizaron un análisis de conglomerados para comprobar la clasificación que resultaba. Los subtipos resultantes fueron tres: a) un subtipo específico de MHP, el cual se diagnostica a personas que temen dar una charla o hablar ante un público, b) un subtipo de fobia social circunscrito, caracterizado por el temor a las situaciones en las que hay que interactuar con personas del sexo opuesto y con figuras de autoridad, y c) un subtipo de fobia social generalizado en el que las personas temen situaciones como dar una charla, ir a fiestas, participar en reuniones, escribir en público, salir/ quedar con alguien por el que sienten atracción, hablar con figuras de autoridad, ser asertivo, iniciar conversaciones y mantener conversaciones. Esta clasificación es bastante parecida a la propuesta por Heimberg y Holt (1989), el subtipo específico se correspondería con el de fobia social específica tipo MHP, el no generalizado con el circunscrito y el generalizado tendría el mismo nombre en ambas clasificaciones. Sin embargo, los subtipos propuestos por Quero et al. (2003) tienen un mayor grado de especificación que los subtipos de Heimberg y Holt (1989), de tal forma que esta clasificación permite una mayor exactitud y unificación de criterios diagnósticos entre terapeutas. Esta diferencia se percibe, sobre todo, en la descripción del subtipo circunscrito y el no generalizado, ya que la clasificación de Quero et al. (2003) se basa en situaciones concretas (por ejemplo, escribir en público) y no tanto en ámbitos más generales (por ejemplo, no experimenta ansiedad significativa en un área de su funcionamiento social).

Los estudios del *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1994) informan de una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13%. Estas cifras pueden variar en función de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. En uno de los estudios se encontró que el 20% de los casos informaba de un miedo excesivo a hablar o actuar en público, pero sólo un 2% aproximadamente parecía experimentar suficiente malestar o afectación general para poder asegurar que se trataba de una fobia social. Cho, Smits y Telch (2004) hacen referencia al hecho de hablar en público como la situación más temida, tanto en la población general, como en muestras formadas por estudiantes universitarios (Cho y Won, 1997; Holt, Heimberg, Hope y Liebowitz, 1992; Mannuzza et al., 1995; Pollard y Henderson, 1988; Stein,

Walter y Forde, 1996) con una prevalencia estimada que oscila entre el 20% (Cho y Won, 1997; Pollard y Henderson, 1988) y el 34% (Stein et al., 1996).

Furmark (2002) realizó una revisión de los estudios que han estimado la prevalencia de la fobia social en población general e informa de una prevalencia de entre el 7 y el 13 % en países occidentales. Por lo que respecta a la prevalencia del MHP estudios realizados en Canada (Stein, Walker y Forde, 1994; 1996), EEUU (Kesller, Stein y Berglund, 1998) y Suiza (Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredikson, 2000), sugieren que entre el 3-5% de la población general cumplen criterios para la fobia social específica tipo MHP.

En cuanto al MHP las personas que lo padecen temen situaciones como exponer un tema ante un grupo de personas, hacer una pregunta o comentario personal en clase o en una reunión, dar una charla improvisada, leer ante personas desconocidas, etc. Además, su tasa cardiaca y presión sanguínea son elevadas cuando hablan ante una audiencia. Las personas con este miedo a menudo temen que los demás se sientan ofendidos por su discurso y también temen que les subestimen por sus errores (Anthony, 1997). Es muy frecuente que las personas con MHP tengan miedo a olvidar lo que tienen que decir, a sudar y a temblar durante el discurso, a no encontrar las palabras adecuadas para expresarse correctamente o a que les tiemble la voz (Bados, 2002).

Estas personas frecuentemente evitan situaciones relacionadas con hablar en público o las experimentan con ansiedad o malestar intenso. Entre estos dos extremos nos encontramos a las personas que se enfrentan a las situaciones temidas pero que se protegen de algún modo para que no ocurra lo que ellos tanto temen. Por ejemplo, tomar tranquilizantes antes de hablar en público, o utilizar conductas de seguridad, como no mirar directamente al público, ponerse un jersey ancho para que no les vean sudar, hablar en voz baja para que los demás no se den cuenta de que su voz está temblando, coger un bolígrafo fuertemente para que no les vean temblar, etc. También es muy común la ansiedad anticipatoria, cuando las personas con este miedo imaginan la situación de hablar en público de forma anticipada aparece esa sensación de ansiedad o los pensamientos perturbadores (por ejemplo, se preocupan cada día por la presentación en clase que tienen dentro de unas semanas) (Bados, 2002).

Las personas con MHP a menudo experimentan una variedad de síntomas en situaciones relacionadas con hablar en público como palpitaciones, sudor, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, temblor de manos y de voz, sensación de inestabilidad, mareos rubor, oleadas de calor y confusión. En ocasiones puede llegar a cumplir criterios diagnósticos de ataques de pánico.

1.1.1. Modelos que intentan explicar la fobia social

Otro punto relevante a estudiar es el modo en que surge y se mantiene la ansiedad social, en este caso el MHP. Para ello presentamos de forma resumida tres modelos que se han planteado en la última década y consideramos recogen los aspectos centrales del problema.

1.1.1.1. Modelo de Clark y Wells (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997).

Estos autores proponen un modelo basado en el enfoque del procesamiento de información autorregulatorio de los trastornos emocionales (Wells y Matthews, 1994). En la figura 1 podemos ver los pasos de cómo se desencadena la fobia social y cómo se mantiene.

Una persona que padece fobia social cuando se encuentra en una situación social está asustada porque piensa que puede actuar de un modo que considera inadecuado y eso tendrá unas consecuencias “catastróficas” como ser rechazada y humillada por los demás, por lo tanto valorará esa situación como peligrosa. Como consecuencia de esa valoración se activarán los componentes cognitivo, somático y comportamental de la ansiedad y se pondrán en marcha una serie de “conductas de seguridad” ante la amenaza al autoconcepto y a la representación de uno mismo. Esto hace que aumente la ansiedad y se mantenga el problema. Los síntomas somáticos preocupan bastante a estas personas en situaciones sociales y activan los pensamientos negativos que tienen sobre ellas mismas y sobre la valoración que los demás pueden hacer de ellas. Este procesamiento hace que gran parte de la atención se focalice en uno mismo, se haga difícil la ejecución social y no se valore la información interpersonal de forma objetiva.

Clark y Wells dan notable importancia a los siguientes elementos:

- a) Factores de vulnerabilidad: unas reglas rígidas que gobiernan el comportamiento social (por ejemplo, “debo tener siempre algo interesante que decir”), supuestos disfuncionales asociados a situaciones sociales (por ejemplo, “si estoy callado pensarán que soy aburrido”) y creencias negativas acerca de sí mismo que se activan en situaciones sociales (por ejemplo, “soy raro”).

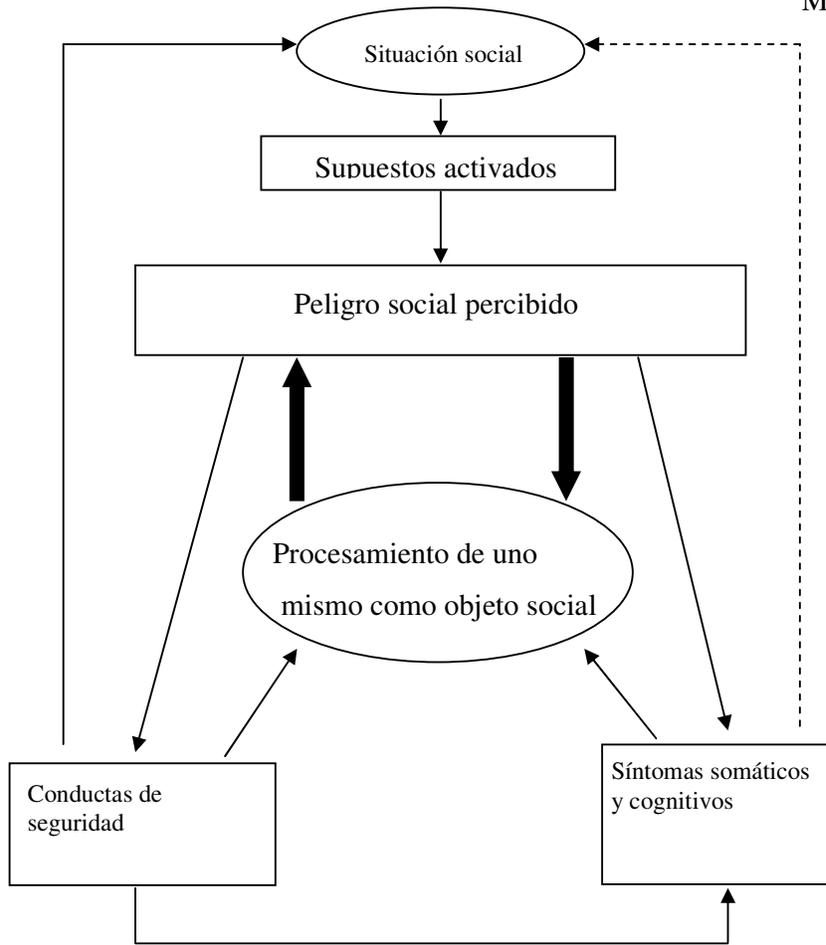


Figura 1. Un modelo cognitivo de la fobia social (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997)

- b) Mecanismos que ayudan al mantenimiento de la fobia social: estos autores destacan 3 mecanismos asociados al mantenimiento de la fobia social. Por una parte, el procesamiento del sí mismo como un objeto social, es decir, focalizan la atención en ellos mismos, en sus sensaciones corporales y en cómo se siente, y en base a esto se crean una impresión de cómo les están viendo los demás. Por otra parte, las conductas de evitación y de seguridad, a menudo las personas con fobia social evitan las situaciones sociales para impedir las catástrofes que temen pueden ocurrir. En otras ocasiones afrontan las situaciones temidas “protegiéndose” de alguna forma para que no ocurra lo que tanto temen. Finalmente, los síntomas cognitivos o somáticos también ayudan al mantenimiento del problema, ya que a menudo los fóbicos sociales interpretan los síntomas de ansiedad como un fracaso.
- c) Ciclos de *feedback* clave: Clark y Wells plantean 4 ciclos de retroalimentación que ayudan a mantener el procesamiento autofocalizado disfuncional. Por una parte, está el

procesamiento del *self* público que puede aumentar las valoraciones de peligro. También están las conductas de seguridad que mantienen los pensamientos automáticos negativos. Los síntomas de ansiedad alimentan la autovaloración distorsionada y, finalmente, las conductas de seguridad pueden ayudar a que los demás valoren negativamente su ejecución.

- d) Procesamiento que contribuye a la autofocalización. En primer lugar, el procesamiento anticipatorio, la persona con fobia social antes de afrontar una situación social piensa que es lo que podría ocurrir allí y esto hace que se enfrente a dichas situaciones con una ansiedad elevada. En segundo lugar, en el procesamiento de la información posterior a la situación social, la persona con fobia social revisa la situación focalizada en una percepción negativa de uno mismo, es decir, se centra en como lo ha hecho de mal en esa situación.

1.1.1.2. Modelo de Rapee y Heimberg (1997)

Estos autores afirman que las personas con fobia social parten del supuesto de que los demás son inherentemente críticos, además de darle mucha importancia a la valoración que los demás puedan hacer de ellos.

Cuando una persona con fobia social afronta una situación social se forma una representación mental de su apariencia externa, tal como cree que es vista por la audiencia. Al mismo tiempo focaliza su atención en esta representación interna y en las amenazas percibidas en el entorno (ver figura 2).

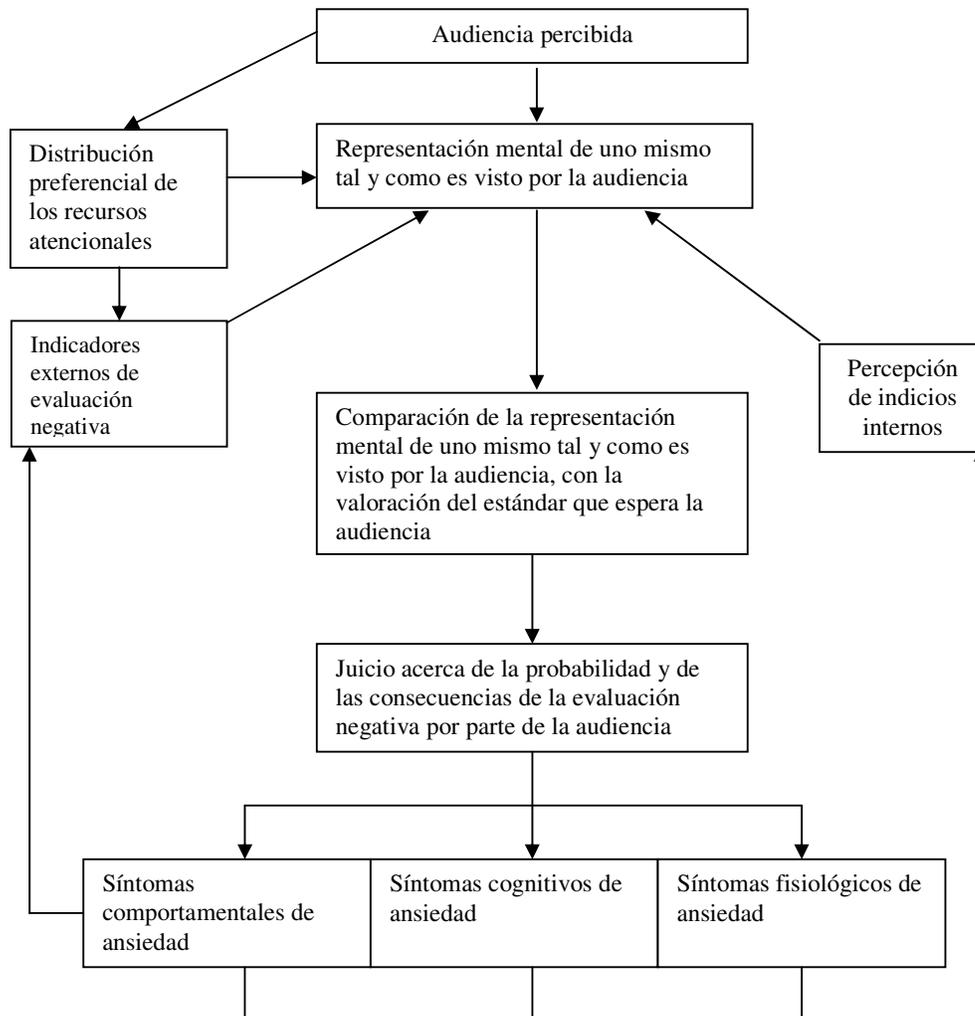
El concepto de audiencia para Rapee y Heimberg hace referencia tanto a un grupo de personas como a cualquier persona que pueda percibir la apariencia o la conducta de un individuo.

La representación mental de la apariencia se construye a partir de la información de la memoria a largo plazo (por ejemplo, experiencias anteriores en situaciones similares), de las señales internas (por ejemplo, síntomas físicos) y de las señales externas (por ejemplo, signos de desaprobación de la audiencia).

Rapee y Heimberg destacan que los recursos atencionales se focalizan, por una parte, en los aspectos salientes de la autoimagen (características relevantes para la situación que suelen ser negativas) y, por otra, en el manejo de amenazas externas potenciales (por ejemplo, indicadores de posibles evaluaciones negativas). Además la persona hace una predicción de la ejecución estándar que cree que va a utilizar la audiencia en una situación determinada. Así

que, el fóbico social compara su representación mental con la ejecución estándar que cree que utilizará la audiencia para valorar su ejecución y determina que es probable que se produzca una evaluación negativa de su ejecución por parte de la audiencia con sus pertinentes consecuencias sociales.

Finalmente, esta evaluación negativa de la situación activa las respuestas de ansiedad tanto a nivel cognitivo, fisiológico como comportamental, y a su vez, estas respuestas de ansiedad influyen en la representación mental de uno mismo tal y como es visto por la audiencia. Esto alimenta de nuevo el círculo vicioso que acabamos de describir.



Modelo de fobia social (Rapee y Heimberg, 1997)

F
igura
2.

1.1.1.3. Modelo de Botella, Baños y Perpiñá (2003)

Botella et al. (2003) subrayan que su propuesta está en la misma línea que los modelos planteados por Clark y Wells (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997) y Rapee y Heimberg (1997). En la figura 3 podemos ver la propuesta de modelo para la fobia social de Botella et al. (2003). Estas autoras destacan, en primer lugar, la importancia de la vulnerabilidad biológica, psicológica y social. Algunas personas reaccionan excesivamente ante situaciones sociales y esta tendencia depende tanto de la herencia genética como de nuestro sistema nervioso. Por otra parte, pertenecemos a una cultura con planteamientos y sistemas de valores propios. Además nos hemos criado y hemos sido educados en un determinado marco familiar y social que nos ha transmitido unas normas y estándares de funcionamiento social que pueden resultar más o menos adaptativos. Todo esto ha hecho que cada uno de nosotros haya estructurado y conformado una serie de esquemas cognitivos en los que rigen unos supuestos básicos acerca de lo que significan las situaciones sociales, en cómo nos percibimos nosotros mismos en ellas, y en cómo procesamos la información relacionada con la interacción, la ejecución o los contactos sociales. Estos supuestos básicos “filtran” la información que nos llega del mundo externo y hacen que lo interpretemos de una determinada forma. Los supuestos previos que suelen estar presentes en una persona fóbica social son los siguientes:

- El fóbico social piensa que las personas que le rodean son inherentemente críticas.
- El fóbico social da una importancia fundamental al hecho de ser valorado positivamente.

Por lo tanto, cuando una persona con fobia social se enfrenta a una situación social (por ejemplo, dar una charla) se siente amenazada, lo contempla como un gran peligro por miedo a la crítica y se desencadena inmediatamente la respuesta emocional de ansiedad. En esa situación la persona se ve y se valora negativamente, cree que no podrá alcanzar el criterio que se ha marcado, que normalmente suele ser muy alto (por, ejemplo arrancar el aplauso del público), además piensa que los demás son muy críticos y que el criterio que utilizarán será alto y estricto. Además cree que las consecuencias de no alcanzar este criterio pueden ser terribles. Todo esto tiene como consecuencia intentar evitar las situaciones sociales que tanto teme (como exponer un trabajo) o en el caso de no poder evitarlo lo afronta utilizando conductas de seguridad (como no quitarse la chaqueta para que los demás no le vean sudar o agarrar el bolígrafo fuerte para que no le tiemble la mano) para que no ocurra eso que él tanto teme. Cada vez estará más nervioso y focalizará su atención todavía más en él mismo, en sus sensaciones corporales y percibirá su actuación como inadecuada (o incluso puede que lo sea). Cuando finalice la interacción social, todavía seguirá “rumiando” acerca de lo mal que lo

ha hecho y lo que los demás habrán pensado de él y en las consecuencias que eso puede tener: “lo he hecho fatal, soy un desastre, no les gusto nada, pensarán que soy un inútil, pensarán que soy tonto, etc.”. Estos pensamientos junto a la percepción de su ejecución como deficitaria confirmarán sus supuestos previos y se creará un círculo vicioso que ayudará a mantener el problema.

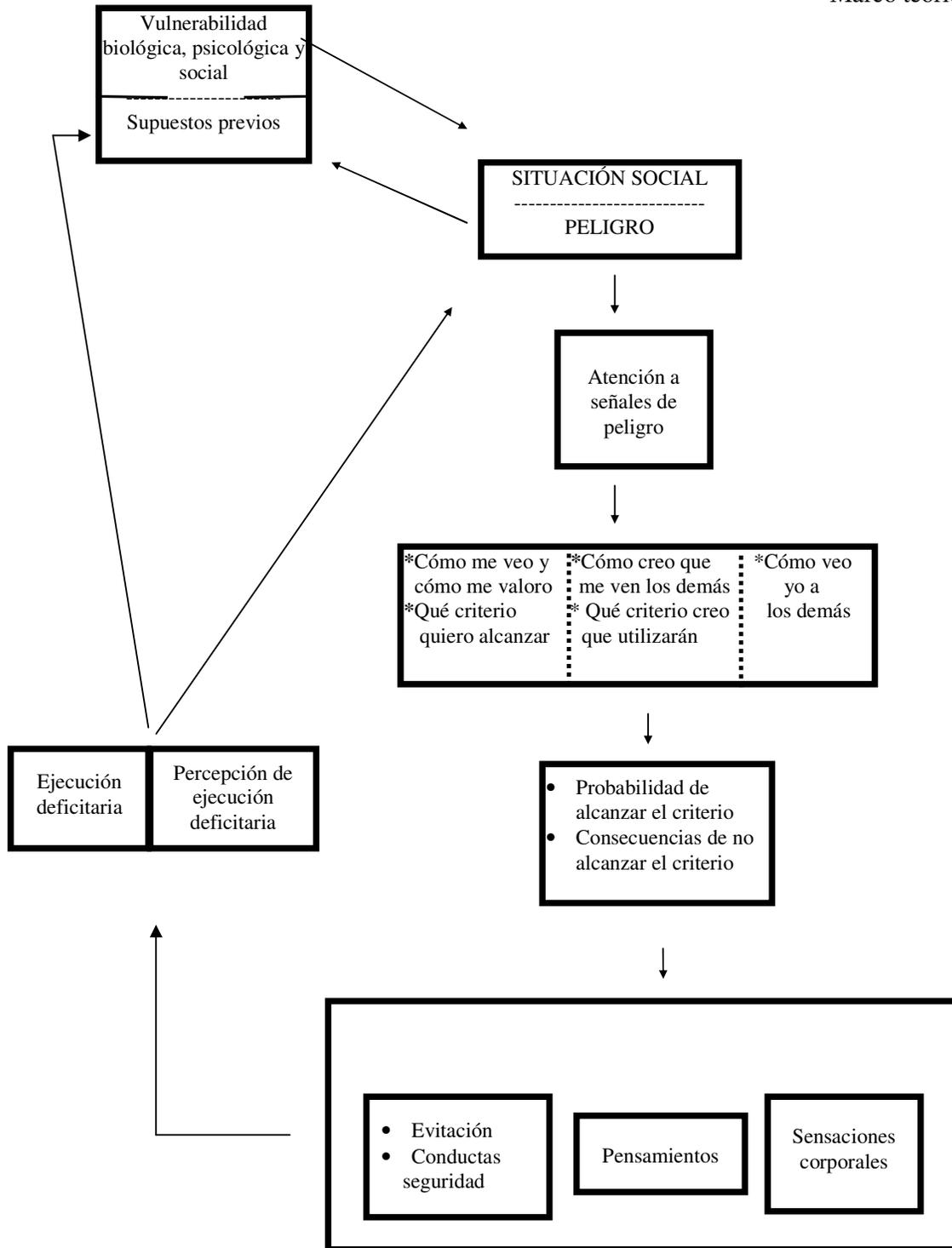


Figura 3. Una propuesta de modelo para la fobia social (Botella et al., 2003).

1.2. Evaluación de la fobia social específica tipo MHP

Existen gran variedad de instrumentos que se han diseñado con el objetivo de evaluar la fobia social, en este apartado haremos referencia a aquellas medidas a las que generalmente apelan los trabajos dedicados a la evaluación de la fobia social específica tipo MHP.

Por lo que respecta a las medidas de MHP podemos clasificarlas en 5 grupos: entrevistas, cuestionarios, autorregistros, medidas observacionales y medidas psicofisiológicas.

1.2.1. Entrevista

Este tipo de estrategia suele ser el método más frecuente para obtener información sobre cualquier trastorno psicológico, en el caso del MHP se pueden utilizar las siguientes entrevistas para su evaluación:

1. Entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, ADIS-IV*; Brown, Di Nardo y Barlow, 1994; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). Es una entrevista semiestructurada que evalúa todos los trastornos de ansiedad, siguiendo la clasificación del DSM-IV. Incluye también secciones para otros trastornos que se pueden dar con cierta frecuencia junto con los trastornos de ansiedad, como son los trastornos del estado de ánimo, el abuso/dependencia de sustancias psicoactivas y algunos trastornos somatomorfos. Las respuestas pueden ir desde “sí” o “no” hasta escalas de 8 puntos. La fiabilidad test-retest encontrada ha ido, dependiendo de los estudios, desde ,68 a 1. La fiabilidad interjueces de la entrevista en el diagnóstico de fobia social es bastante adecuada ($k = ,64$) (Di Nardo, Brown, Lawton y Barlow, 1995), aunque menor que la que se obtenía con la versión anterior, la ADIS-R ($k = ,79$) (Di Nardo, Moraas, Barlow, Rapee y Brown, 1993). La ADIS-IV ha puesto el énfasis en su utilidad para rastrear de forma exhaustiva los síntomas de ansiedad y evaluar el progreso del tratamiento. Su empleo se recomienda como medida de evaluación en el tratamiento conductual y cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad (Anthony y Swinson, 2000).
2. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV-Edición del paciente (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I-Patient Edition*; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997). Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa los principales grupos de trastornos del Eje I del DSM-IV, incluyendo los trastornos de ansiedad y, por lo tanto, la fobia social, en la llamada

“Versión de investigación” de la SCID-I, que a su vez, presenta las opciones de “Edición del paciente” y “Edición de no paciente”. Una tercera versión, la “Versión clínica”, no aborda la fobia social y no la comentaremos aquí. Las preguntas, en general, se responden en un formato que va de “1”=síntoma ausente o falso hasta “3”=verdadera o presente a nivel clínico. El propósito de la SCID-I es el diagnóstico adecuado de los diferentes trastornos incluidos en dicho Eje I, por lo que aborda casi en exclusiva los criterios diagnósticos del DSM-IV, pero pocas variables adicionales. Pasar la entrevista requiere de 1 a 3 horas en la versión que tratamos aquí.

Las propiedades psicométricas de la entrevista parecen adecuadas, aunque referidas generalmente a la versión anterior de la SCID-I que se basaba en el DSM-III-R (APA, 1987). La fiabilidad test-retest encontrada ha ido desde ,37 hasta 1 (Rogers, 2001), aunque no siempre se ha empleado la entrevista completa, sino módulos específicos referidos a los trastornos de ansiedad y parecen tener, en general, una elevada fiabilidad.

1.2.2. Autoinformes

Las medidas de autoinforme, bajo la forma de cuestionarios, inventarios o escalas, suelen ser bastante útiles por el ahorro de tiempo que proporcionan al muestrear toda una serie de situaciones, conductas, pensamientos y síntomas en un período relativamente breve. Principalmente, en este apartado nos hemos centrado en aquellas medidas que Orsillo (2001) en el libro de medidas empíricamente validadas, aunque hemos añadido algunos instrumentos que hemos considerado relevantes.

- *La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale*, FNE) y La Escala de Evitación y Malestar Social (*Social Avoidance and Distress Scale*, SAD) (Watson y Friend, 1969). Ambas escalas se desarrollaron conjuntamente con el fin de medir dos aspectos importantes en la fobia social: los pensamientos y la evitación que una persona tiene ante situaciones sociales.

Por lo que respecta al FNE, pretende evaluar el aspecto cognitivo de la ansiedad social, para ello se centra en el temor que la persona experimenta ante la posibilidad de ser juzgada por parte de los demás. Watson y Friend (1969) crearon una primera versión más extensa de este instrumento que estaba formada por 30 ítems que presentaban un formato dicotómico de respuesta (verdadero vs. falso). Watson y Friend (1969) en una muestra de

297 estudiantes obtuvieron una puntuación media de 13,97 para varones y de 16,1 para mujeres. En una muestra de 265 pacientes con trastornos de ansiedad la media fue 17,3 (7,6) para hombres y de 17,8 (8,2) para mujeres (Oei, Kenna y Evans, 1991). Para pacientes diagnosticados de fobia social la media fue 21,9 (5,8) (Oei et al., 1991). Heimberg et al. (1990) proponen el rango entre 22-24 como punto de corte para diferenciar aquellas personas que sufren ansiedad social. Nuestro grupo de investigación llevó a cabo un estudio en población española, en los resultados se obtuvo para población no clínica una puntuación media de 16,1, la muestra clínica obtuvo una puntuación media de 24,79 y una vez terminado el tratamiento puntuó 18,93 (Villa, Botella, Quero, Ruipérez y Gallardo, 1998). Unos años más tarde Ruipérez, García-Palacios y Botella (2002) diferenciaron los subtipos de fobia social y comprobaron que antes del tratamiento las personas del subtipo generalizado obtuvieron una media en el FNE de 26,84 (2,03), mientras que las del subtipo no generalizado obtuvieron una media de 20,87 (3,87), después del tratamiento las puntuaciones medias que obtuvieron fueron: para el subtipo generalizado 18,53 (7,35) y para el subtipo no generalizado 19,12 (4,73). Mattick y Peters (1988) vieron como los cambios en el miedo a la evaluación después del tratamiento resultan ser buenos predictores de la mejoría a largo plazo y del cambio en la evitación fóbica y la gravedad del problema.

Existe también una versión breve de la FNE que construyó Leary (1983), esta escala está formada por 12 ítems y el formato de respuesta es tipo Likert de 5 puntos, en la que 1 es “nada característico en mi” y 5 “extremadamente característico en mi”. Esta escala presenta una correlación de ,96 con la escala original. La puntuación total se obtiene sumando los valores dados por la persona a cada ítem, invirtiendo la puntuación de los ítems 2, 4, 7 y 10.

La SAD es una medida que evalúa los componentes de evitación y malestar producidos por las situaciones sociales. Este instrumento está formado por 28 ítems con una escala dicotómica de respuesta (verdadero vs. falso), 14 de estos ítems se refieren a la ansiedad que experimenta la persona en situaciones sociales y los otros 14 se centran en la evitación activa o deseo de evitación de esas situaciones. En el estudio de Oei et al. (1991) las personas con un diagnóstico de fobia social obtuvieron una puntuación media de 21,9 (5,8). Por otra parte, Heimberg et al. (1990) propusieron una puntuación de corte entre 18-20. En el estudio llevado a cabo por nuestro equipo de investigación en población española

* Se han puesto las siglas en inglés porque todos sabemos a que instrumento nos referimos cuando nombramos el FNE, el SAD o el SPAI.

la muestra no clínica obtuvo una puntuación media de 7,71, la muestra clínica obtuvo una media de 18,77, y esta misma muestra después del tratamiento obtuvo una puntuación media de 12,08 (Villa et al., 1998). Por lo que respecta a los subtipos de fobia social Ruipérez et al. (2002) vieron como antes de comenzar el tratamiento las personas del subtipo no generalizado obtuvieron una puntuación media de 12,62 (5,58) y las del subtipo generalizado 23,31 (5,29), sin embargo, al finalizar el tratamiento obtuvieron, respectivamente, 11,12 (4,39) y 15,15 (6,68). Echeburúa y Corral (1995) creen que esta escala presenta una serie de limitaciones, en primer lugar, muchos ítems resultan repetitivos e imprecisos desde la perspectiva de la situación estimular, en segundo lugar, al tener un número de ítems limitado no representa adecuadamente las situaciones de ansiedad específicas de un paciente determinado y, finalmente, las respuestas al ser dicotómicas no matizan con precisión.

Por lo que respecta a las propiedades psicométricas de la SAD y la FNE fueron estandarizadas en población universitaria (Watson y Friend, 1969). En cuanto a la fiabilidad ambas escalas presentan una buena consistencia interna (KR-20=,94 en ambas escalas) y una buena estabilidad temporal (1 mes) (FNE $r=,78$, SAD $r=,68$). Con respecto a la validez, la correlación entre ambas escalas es significativa ($r=,40$) (Oei et al., 1991). Por lo que respecta a la validez discriminante estas escalas correlacionan de modo significativo con otras medidas de depresión y ansiedad, este hecho para autores como Turner y Beidel (1988) significa que estas escalas reflejan un malestar emocional muy general, sin embargo, Rapee, Sanderson y Barlow (1988) consideran que la ansiedad social no es exclusiva de la fobia social, sino que está presente en otros muchos trastornos.

En muestras españolas universitarias, para participantes con problemas de interacción social que acudieron a un programa de intervención para mejorar las habilidades sociales (N= 76), se obtuvo una media de 13,25 (8,25) para la SAD y de 18,52 (8,74) para la FNE (veáse Caballo, 1987). Estas dos medidas se utilizaron también como variables dependientes para medir la eficacia de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales en personas con problemas de interacción social (Caballo y Carrobes, 1988). El programa más completo (multimodal), que incluía estrategias cognitivas, conductuales y de reducción directa de la ansiedad (relajación), tuvo un importante efecto, estadísticamente significativo, sobre estas dos variables. Así, en el grupo multimodal, la puntuación en la SAD pasó de una media de 12,12 (7,93) en el pretratamiento a una media de 3,25 (2,54) en el postratamiento y de 1,85 (1,77) en el seguimiento a los seis meses, mientras que la puntuación en la FNE pasó de una media de 20,5 (5,70) en el

pretratamiento a una media de 12,87 (4,86) en el postratamiento y de 7 (1,15) en el seguimiento a los seis meses. No obstante, debemos tener cuidado al interpretar los resultados dado el bajo número de participantes que componían los grupos de tratamiento. La FNE y la SAD son los instrumentos más utilizados en la evaluación de la fobia social, son dos medidas rápidas y complementarias de gran utilidad. Ambas han sido ampliamente utilizadas con el objetivo de seleccionar participantes con niveles altos y bajos de ansiedad social, para estudiar qué otras variables correlacionan con la ansiedad social y para evaluar el cambio tras el tratamiento (Glass y Arnkoff, 1989). Existen diversos estudios en los que se ha visto como ambas escalas se han mostrado sensibles al cambio terapéutico (Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder, 1984; Heimberg, Becker, Goldfinger y Vermilyea, 1985; Heimberg, Dodge, et al., 1990; Mattick y Peters, 1988; Stravynski, Marks y Yule, 1982). Finalmente, destacar que tanto la SAD como la FNE tienen un valor histórico que permitirá comparar los nuevos resultados con los de estudios antiguos (McNeil, Ries y Turk, 1995).

- Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety; SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). Este cuestionario se compone de 45 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 1 (“nunca”) a 7 (“siempre”). Consta de 2 subescalas: fobia social (32 ítems) y agorafobia (13 ítems). Los ítems de la subescala de fobia social valoran la frecuencia con la que la persona se siente ansiosa o evita diversas situaciones sociales como interacciones con extraños, personas de autoridad, sexo opuesto y gente en general. La subescala de agorafobia pretende discriminar el malestar o la ansiedad que se da en situaciones en las que hay gente, no por miedo a su evaluación negativa, sino por miedo a no poder escapar. Esta escala se diseñó con el objetivo de mejorar las carencias del SAD. En cuanto a la puntuación del SPAI se obtienen tres puntuaciones: la de fobia social, la de agorafobia y la puntuación total. La puntuación total es el resultado de restar la puntuación de agorafobia a la de fobia social, por lo tanto, se supone que esta diferencia es la puntuación pura de fobia social. Por lo que respecta a esta puntuación llamada de “diferencia” y a la puntuación de la subescala de fobia social, hay polémica a la hora de decidir cual es la puntuación más adecuada para la evaluación de la fobia social. Autores como Turner et al. (1989) y Beidel, Turner y Cooley (1993) abogan por la puntuación de diferencia, por otro lado, están los que defienden la puntuación de la subescala de fobia social (Herbert, Bellack y Hope, 1991; Ries et al., 1998) y, finalmente, encontramos aquellos que respaldan la utilización de ambas puntuaciones (Baños et al., 2006).

Turner et al. (1989) plantean que una puntuación de diferencia mayor de 60 puede discriminar entre personas con fobia social y aquellas que no la tienen. Además si la puntuación es mayor a 80 existe más probabilidad de acertar el diagnóstico. En la escala de agorafobia una puntuación igual o mayor a 39 podría indicar presencia de trastorno de pánico.

Por lo que respecta a las propiedades psicométricas del SPAI Turner et al. (1989) encontraron en una muestra de universitarios con fobia social una consistencia interna alta para la subescala de fobia social ($\alpha=.96$) y para la de agorafobia ($\alpha=.86$). La fiabilidad test-retest (dos semanas) fue de $r=.86$ para la puntuación total de diferencia. Baños et al. (2006) en población general española encontraron una consistencia interna alta para la puntuación de diferencia ($\alpha=.97$) y en población clínica (fobia social) también ($\alpha=.94$).

La validez de constructo fue estudiada por Turner et al. (1989) e indicaron que las tres puntuaciones eran capaces de diferenciar entre grupos con problemas de ansiedad y grupos normativos. Además también fueron capaces de diferenciar entre pacientes con fobia social de aquellos que tienen otros problemas de ansiedad.

En otros estudios se ha visto como el SPAI es una medida fiable y válida de fobia social en población adolescente anglosajona (Clark et al, 1994) y española (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel, 1999).

Como hemos visto este cuestionario tiene una gran cantidad de datos respecto a sus propiedades psicométricas, además ha demostrado ser sensible a los efectos del tratamiento. Esto ha hecho que sea un cuestionario de los más utilizados, sin embargo, tiene dos inconvenientes su aplicación es larga y su corrección engorrosa y complicada. Esto hace que en muchas ocasiones se opte por el FNE o el SAD. Actualmente existe otra versión del SPAI que han dado a conocer Olivares, García-López, Hidalgo y Caballo (2004) (SPAI-B). Este cuestionario consta de 26 ítems. El estudio se ha realizado con una muestra de 1981 adolescentes entre 14 y 18 años. Las correlaciones entre la forma abreviada y la forma completa muestran una consistencia interna de ,92 para la subescala de fobia social, ,77 para la subescala de agorafobia y ,92 para la puntuación diferencial. Asimismo, las correlaciones entre la forma completa y la breve arrojan excelentes resultados: ,98 para la subescala de fobia social, ,95 para la puntuación diferencia.

- La Escala de Fobia Social (*Social Phobia Scale*, SPS) y Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale*; SIAS) (Mattick y Clarke, 1998). Se trata de dos escalas complementarias, la SPS consta de 20 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, en la que 0 es “no es característico o cierto en mí” y 4 es

“totalmente característico o cierto de mí”. Esta escala evalúa la ansiedad a ser observado por otros al llevar a cabo ciertas actividades: hablar, escribir, firmar, comer, beber o trabajar en público, usar lavabos públicos, entrar en una situación donde ya hay gente sentada y viajar en transportes públicos. Por lo que respecta a la SIAS evalúa la ansiedad experimentada al interactuar con otras personas en una escala de intensidad de 0 a 4. Esta escala consta de 19 ítems, aunque existió una versión anterior (no publicada) de este cuestionario que constó de 20 ítems. En cuanto al análisis factorial la SIAS (con la versión inicial de 20 ítems) y la SPS se han encontrado tres factores: ansiedad ante la interacción (17 ítems de la SIAS), ser observado por otros (11 ítems de la SPS) y miedo a que los demás noten los síntomas de ansiedad (5 ítems de la SPS) (Safren, Turk y Heimberg, 1998). De todas formas también existen estudios que apoyan la existencia de dos factores (Osman, Gutiérrez, Barrios, Kopper y Chiros, 1998).

Heimberg, Mueller, Holt, Hope y Liebowitz (1992) en un estudio con personas diagnosticadas de fobia social obtuvieron una puntuación media de 32,8 (11,8) en la SPS y de 49 (15,6) en la SIAS. Estos mismos autores plantean una puntuación de corte de 34 para la SIAS y de 24 para la SPS, la escala SIAS clasificó correctamente al 82% del grupo de fobia social y la SPS al 73%.

La fiabilidad para ambas escalas fue buena, con una consistencia interna para la SPS de ,87 a ,94 y para la SIAS de ,86 a ,94. La fiabilidad test-retest también fue alta (en un período de 4 a 12 semanas) para la dos escalas (la SPS: ,66 a ,93 y la SIAS: ,86 a ,92) (Heimberg et al., 1992; Mattick y Clarke, 1998).

Ambas escalas son capaces de discriminar entre personas con un diagnóstico de fobia social y aquellas que no tienen este trastorno o tienen otros trastornos de ansiedad (Heimberg et al., 1992; Mattick y Clarke, 1998). En la misma línea Brown et al. (1997) en un estudio en población clínica vio como la SIAS fue capaz de discriminar a las personas con fobia social del resto de grupos diagnósticos, en cambio, la SPS no fue capaz de discriminar entre fobia social y trastorno de pánico con agorafobia.

Heimberg et al. (1992) encontraron que la SIAS podía discriminar a las personas con fobia social de tipo generalizado de las de tipo específico.

Finalmente, destacar que ambas escalas han demostrado ser sensibles al cambio producido por el tratamiento (Ries et al, 1998).

- Escala de ansiedad social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*, LSAS; Liebowitz, 1987). Consta de 24 ítems que evalúan temor y evitación de determinadas situaciones sociales. Se compone de dos subescalas que evalúan problemas con situaciones de

interacción social (11 ítems) y de actuación social (13 ítems), aunque tiene una serie de índices que nos proporcionan información: miedo total, miedo a la interacción social, miedo a la ejecución, evitación total, evitación de las interacciones sociales, evitación de la ejecución y miedo y evitación total. Las preguntas se responden según una escala de 4 puntos, para los ítems que se refieren al miedo la escala va de 0 = “nada” a 3 = “severo”, para los ítems que hacen referencia a la evitación la escala de respuesta va de 0 = “nunca” a 4 = “normalmente”. La escala suele ser aplicada por el entrevistador que va rellenándola dependiendo de las respuestas de la persona, aunque también se puede aplicar como medida de autoinforme que rellena el propio participante. La puntuación media para la escala total ha sido de 67,2 (27,5), de 16,9 (7,7) para la subescala de interacción social y de 18,6 (6,8) para la subescala de actuación social. Con respecto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach para la escala total ha sido de ,96 (Heimberg et al, 1999). Por lo que respecta a la validez convergente, la puntuación total de la LSAS está significativamente asociada con la gravedad evaluada por el clínico en un entrevista semiestructurada ($r = ,52$) y varias medidas de ansiedad asocial (r con un rango de ,49 a ,73) (Heimberg et al, 1999).

- Escala breve de fobia social (*Brief Social Phobia Scale*, BSPPS; Davidson et al., 1991). Este instrumento está compuesto por 18 ítems valorados por el evaluador que miden los síntomas de fobia social. Esta escala consiste en tres subescalas: miedo, evitación y arousal fisiológico. El evaluador obtiene puntuaciones separadas para el temor, en el que la escala de respuesta va de 0 = “nada” a 5 = “extremo”, y para la evitación, en la que la escala de respuesta va de 0 = “nunca” a 5 = “siempre”. En un apartado distinto se evalúa la gravedad de cuatro síntomas físicos, como ruborizarse, palpitaciones, temblar y sudar, en una escala de 0 = “nada incapacitante” a 5 = “extremadamente incapacitante”. La puntuación media para la escala total fue 41,61 (9,81) (Davidson et al., 1997). En la misma muestra la media para la subescala de miedo fue 17,16 (4,30), para la de evitación 17,17 (5,30) y para el arousal fisiológico 7,28 (3,26). La consistencia interna para la escala total fue ,81, para la subescala de temor ,70, para la de evitación ,78 y para la de arousal fisiológico ,60 (Davidson et al., 1997). La fiabilidad test-retest a una semana fue de ,91 para la puntuación total, de ,87 para la subescala de miedo, ,90 para la de evitación y ,77 para el arousal fisiológico (Davidson et al., 1997).
- Inventario de fobia social (*Social Phobia Inventory*, SPIN) (Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Foa y Weisler, 2000). El SPIN es un cuestionario de 17 ítems diseñado para evaluar síntomas de fobia social. Cada ítem contiene un síntoma y la persona tiene que informar en qué medida ese síntoma le ha causado malestar la última semana, la escala de

respuesta va de 0 = “nada en absoluto” a 4 = “extremadamente”. Este cuestionario se compone de las siguientes subescalas: miedo, evitación y arousal fisiológico. La media para personas de población general fue de 41,4 (10,2) y para una muestra de personas con fobia social fue 12,1 (9,3). En cuanto a la consistencia interna para el total de la escala el rango del alfa de Cronbach estuvo entre ,82 y ,94, para la subescala de miedo el rango fue de ,68 a ,79, para la subescala de evitación el rango fue de ,71 a ,81 y para la subescala de arousal fisiológico fue de ,57 a ,73. La fiabilidad test-retest medida en una submuestra de pacientes los cuales no mejoraron entre dos visitas fue de ,78 a ,89 para el total de la escala. Por lo que respecta a la validez convergente la puntuación total del SPIN ha mostrado estar correlacionada significativamente con el diagnóstico de fobia social realizado por el entrevistador (r en un rango de ,55 a ,92). Además las subescalas del SPIN correlacionaron significativamente con la valoración que el clínico hizo del miedo del paciente (r en un rango de ,61 a ,82), de la evitación (r en un rango de ,47 a ,62) y de la respuesta fisiológica (r en un rango de ,62 a ,66). Finalmente, decir que este cuestionario distingue entre pacientes con o sin fobia social en un punto de corte de 19 en el 79% de los casos.

- El Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (*Personal Report of Confidence as Speaker*, PRCS) (Paul, 1966) adaptado a población española por Bados (1986). Esta escala fue diseñada originalmente por Gilkinson (1942) y posteriormente modificada por Paul (1966) con el objeto de evaluar las respuestas afectivas, cognitivas y conductuales del miedo a hablar en público. Los 101 ítems originales se redujeron en la segunda versión a 30 ítems con un formato verdadero-falso. Existen estudios que han encontrado una consistencia interna alta y han constatado que es un instrumento de evaluación válido en población clínica (Klorman, Weerts, Hastings, Melamed y Lang, 1974; Lombardo, 1942). En España, Bados (1986) sustituyó el formato de respuesta verdadera-falso por una escala de 6 puntos, de 1 (“completamente de acuerdo”) a 6 (“completamente en desacuerdo”). Los ítems que forman el instrumento son 30 y cada uno de ellos es una afirmación relacionada con el hecho de hablar en público. El rango de puntuaciones va de 30 a 180. Los resultados se interpretan en el sentido de a mayor puntuación, más miedo a hablar en público. El instrumento original se puede consultar en Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y la versión con la escala de respuesta de 6 puntos en Bados (1995, 2001). Méndez, Inglés y Hidalgo (1999) pasaron la última versión a 799 estudiantes de 16 a 18 años con el objetivo de estudiar sus propiedades psicométricas. Estos autores informaron del mismo coeficiente α de Cronbach (.91) que Paul (1966) y respecto a la estructura

factorial obtuvieron un único factor. Como resultado de su estudio Méndez et al. (1999) propusieron una versión abreviada del PCRS con seis ítems positivos y seis negativos. Este PRCS-12 correlaciona alto con el PCRS ($r=0,87$) y presenta dos factores débilmente correlacionados ($r=-0,29$) seguridad y disfrute al hablar en público. Unos años más tarde Méndez, Inglés, y Hidalgo (2004) estudiaron las propiedades psicométricas del PRCS-12, confirmando su estructura bifactorial y obteniendo datos normativos de una muestra de 788 adolescentes de 12 a 17 años.

- Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales (*The Social Interaction and Self-Statement Test*, SISST) (Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982). Este cuestionario consta de 30 ítems que rastrean los posibles pensamientos que puede tener una persona que se enfrenta a una situación social. Está formado por una escala de pensamientos positivos (facilitadores) (15 ítems) y una escala de pensamientos negativos (inhibidores) (15 ítems) que evalúan la frecuencia de este tipo de pensamientos en las situaciones sociales utilizando una escala Likert que va de 1= “nunca” a 5= “siempre”.

La puntuación media obtenida en mujeres estudiantes socialmente ansiosas ha sido de 38,88 (,93) en la subescala negativa (SISST-N) y de 49,62 (7,39) en la subescala positiva (SISST-P). Las puntuaciones medias de mujeres estudiantes sin ansiedad social ha sido de 33,32 (8,27) en la SISST-N y de 54,95 (7,05) en la SISST-P. En un estudio realizado por Dodge, Hope, Heimberg y Becker (1988) las personas con fobia social obtuvieron una media de 54,75 (12,68) para la escala de pensamientos negativos, y de 36,21 (11,44) en la escala de pensamientos positivos. Con una muestra española de participantes universitarios con dificultades de interacción social, se encontró una media de 38,93 (9,60) para las autoverbalizaciones positivas y de 40,75 (12,66) para autoverbalizaciones negativas. El test se pasó a los participantes inmediatamente después de una interacción de 4 minutos con un atractivo miembro del sexo opuesto desconocido para ellos (y con la conducta preprogramada). Otros datos empíricos sobre la escala en muestras españolas se pueden encontrar también en Caballo (1993, 1995) y Caballo y Carroble (1988). Algunos estudios han demostrado diferencias entre grupos en la puntuación del SISST, por ejemplo Glass et al. (1982) y Zweig y Brown (1985) vieron como estudiantes con niveles altos de ansiedad social puntuaron significativamente más alto en el SISST-N y significativamente más bajo en el SISST-P que los estudiantes con bajos niveles de ansiedad social. Dodge et al. (1988) en una muestra de personas que buscaban tratamiento, los pacientes con una mayor ansiedad social puntuaron significativamente más alto en el SISST-N que aquellos con fobia específica a hablar en público.

La consistencia interna encontrada en una muestra de estudiantes para la subescala de pensamientos positivos es de ,85 a ,89 y para la de pensamientos negativos ,91 (Osman, Markway y Osman, 1992). Glass et al. (1992) encontraron una consistencia interna de ,73 y ,86, respectivamente. Ambas escalas tenían una correlación de -,48 (Zweig y Brown, 1985). La fiabilidad test-retest hallada ha sido de ,79 para los ítems positivos y de ,89 para los negativos (Zweig y Brown, 1985).

Por lo que respecta a la validez convergente, en una muestra de personas que buscaban tratamiento el SISST-N estuvo correlacionado con medidas de ansiedad social, miedo a la evaluación negativa, ansiedad general y miedo a hablar en público (el rango fue de ,35 a ,78; Dodge et al., 1988; Ries et al., 1998). El SISST-P estuvo indirectamente relacionado con estas medidas (Dodge et al., 1988).

El SISST es una medida de autoinforme muy utilizada en las investigaciones sobre fobia social, ya que es capaz de discriminar a las personas socialmente ansiosas de las no ansiosas. La versión original se centra en situaciones de interacción social con personas del otro sexo en un contexto de cita, aunque posteriormente se han realizado variaciones y se ha adaptado a interacciones en grupo.

- Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público (*Self-Statements During Public Speaking*, SSPS) (Hofmann y DiBartolo, 2000). Este cuestionario está basado en el SISST (*The Social Interaction and Self-Statement Test*) de Glass et al. (1982) y además se añadieron algunos ítems basados en el modelo cognitivo de fobia social. Este instrumento fue construido por Hofmann y DiBartolo (2000) y mide las autoafirmaciones del participante y el grado de malestar experimentado mientras habla en público.

El SSPS es un cuestionario corto compuesto de 10 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert que va de 0 (“en absoluto de acuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”). Según análisis factoriales en muestras clínicas y no clínicas, presenta dos subescalas: la subescala de autoverbalizaciones positivas (SSPS-P) y la subescala de autoverbalizaciones negativas (SSPS-N). En dos muestras de estudiantes universitarios, la medias para el SSPS-P estuvo en un rango de 15,4 a 15,8 y la media para el SSPS-N estuvo en un rango de 7,1 a 7,9. Para una muestra de pacientes que buscaban tratamiento para la fobia social la media para el SSPS-P fue 13,4 (6) y la media para el SSPS-N fue 12,3 (6,3).

Las dos subescalas del SSPS mostraron una buena consistencia interna, tanto para la subescala SSPS-P (α de ,75 a ,80) como en la subescala SSPS-N (α = ,86), y una buena fiabilidad test-retest a los 3 meses para ambas subescalas, la SSPS-P (r = ,78) y la SSPS-N (r = ,80).

Por lo que respecta a la validez convergente las dos subescalas del SSPS mostraron una correlación alta con el PRCS (Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; Paúl, 1966) que evalúa la ansiedad a hablar en público (la SSPS-P $r = -.58$ y la SSPS-N $r = .67$). También se observaron correlaciones moderadas de ambas subescalas con medidas de ansiedad social como el FNE (la SSPS-P $r = -.29$ y la SSPS-N $r = .49$), el SADS (la SSPS-P $r = -.30$ y la SSPS-N $r = .37$), y el SPAI (subescala de Fobia Social) (la SSPS-P $r = -.34$ y la SSPS-N $r = .48$) (Hofmann y DiBartolo, 2000).

En cuanto a las correlaciones que se obtuvieron entre las dos subescalas del SSIST y ambas subescalas del SSPS fueron moderadas. La subescala SSPS-N obtuvo una correlación de $.48$ ($p < .01$) con la escala de Autoverbalizaciones Negativas del SSIST y una correlación de $-.32$ ($p < .01$) con la subescala de Autoverbalizaciones Positivas. Por otra lado la subescala SSPS-P obtuvo una correlación de $-.18$ ($p < .05$) con la escala de Autoverbalizaciones Negativas del SSIST y una correlación de $.35$ ($p < .01$) con la subescala de Autoverbalizaciones Positivas. Finalmente, añadir que tan solo la subescala SSPS-N correlacionó significativamente con el BDI ($r = .21$, $p < .01$) y con la subescala de Agorafobia del SPAI ($r = .14$, $p < .05$), pero no fue así en el caso de la subescala SSPS-P.

La utilidad de esta escala fue examinada en una muestra de mujeres universitarias que participaron en un experimento. Las mujeres que puntuaron alto en el SSPS-N tenían unas expectativas bajas de éxito en cuanto a su ejecución en una tarea de hablar en público, informaron de una mayor ansiedad durante la tarea y menos satisfacción en cuanto a su ejecución que las mujeres con una baja puntuación en el SSPS-N.

La subescala SSPS-N, pero no la SSPS-P, es sensible a los efectos del tratamiento psicológico. Por lo que respecta a qué mide esta escala se requiere más estudios para determinar si el cuestionario mide sólo cogniciones o también aspectos afectivos. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

- *Speech Anxiety Thought Inventory* (SATI; Cho et al., 2004). Este instrumento está formado por 23 ítems traducidos de la escala *Speech Anxiety Automatic Thoughts Questionnaire* (SAATQ; Cho, 2001), una escala coreana que consiste en 32 pensamientos negativos relacionados con hablar en público. En el SATI (Cho et al., 2004) la persona que cumplimenta el cuestionario debe informar del grado en que cree cada uno de esos pensamientos en una escala de 1 (“yo no creo lo que dice la frase”) a 5 (“creo completamente lo que dice la frase”) cuando se enfrenta a una situación de hablar en público. Por lo que respecta a la estructura factorial este cuestionario está formado por 2

factores: “predicción de una ejecución pobre” y “miedo a la evaluación negativa por parte de la audiencia”, ambos factores se encontraron en estudios con muestras independientes. En el último estudio los 2 factores explicaron el 50,80% y el 8,05% de la varianza total y la correlación entre ambos factores fue de ,70 ($p < ,001$).

El SATI mostró una consistencia interna alta, tanto para el total de la escala ($\alpha = ,95$), como en las subescalas 1 ($\alpha = ,94$) y 2 ($\alpha = ,91$). Por lo que respecta a la fiabilidad test-retest fue buena tanto para la subescala 1 ($r = ,71$) como para la 2 ($r = ,64$).

En cuanto a la validez convergente y discriminante, este cuestionario correlaciona significativamente con el Appraisal of Social Concerns (ASC; Lucas y Telch, 1993), la escala de autoverbalizaciones negativas del SSPS (Hofmann y DiBartolo, 2000) y el PRCS (Paul, 1966), las correlaciones estuvieron en un rango de ,52 a ,85. Correlaciones moderadas se encontraron entre el SATI total y la escala de autoverbalizaciones positivas del SSPS y la puntuación total del Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987) ($R = -,56$ y ,50 respectivamente). Además el SATI total y sus subescalas correlacionaron significativamente con el BDI (correlaciones entre ,34 y ,37, $p < ,001$).

El SATI también ha demostrado ser sensible al cambio de los pacientes tras la mejoría conseguida mediante el tratamiento.

- *Personal Report of Communication Apprehension* (PRCA-24; McCroskey, 1997). La escala consiste en 24 ítems, cada uno de los cuales se puntúa en una escala Likert de 5 puntos. Algunos ejemplos de sus ítems son “no me gusta participar en grupos de discusión”, “temo el expresarme en una reunión” y “me siento relajado mientras doy una charla”. Este cuestionario tiene una subescala que mide el MHP y, aparte, trata de medir aprensión de la persona respecto a la comunicación en general. En cuanto a su puntuación se obtiene, por un lado, la puntuación total y, por otro, cuatro subpuntuaciones dependiendo del contexto en el que se dé la aprensión a la comunicación: discusiones en grupo, reuniones (o clases), interacciones diádicas y hablar en público. A pesar de ser una escala que ha sido utilizada en varios estudios realizados por McCroskey y sus compañeros (por ejemplo, Daly y McCroskey, 1975; McCroskey, 1978) no tenemos información acerca de sus propiedades psicométricas.
- *The Social Performance Rating Scale* (SPRS; Fydrich, Chambless, Perry, Buergener y Beazley, 1998). Esta escala evalúa indicadores comportamentales de ansiedad en una tarea de *role-playing* escogida por el evaluador de entre una jerarquía de situaciones sociales que el paciente teme. Esta tarea es grabada en video y analizada por 2 evaluadores que han de ser previamente entrenados en el manejo de esta escala. Los participantes son evaluados en

5 dimensiones diferentes: la mirada (por ejemplo, contacto visual), la calidad de la voz (por ejemplo, volumen, tono), nivel de malestar (por ejemplo, temblor), fluencia del habla (por ejemplo, iniciación, mantenimiento) y duración, las cuáles se combinan para formar una puntuación total. Los evaluadores han de ser entrenados para utilizar esta escala.

Unos años más tarde Harb, Eng, Zaider y Heimberg (2003) examinaron la utilidad del SPRS modificado en la evaluación del MHP en pacientes diagnosticados de fobia social. El SPRS modificado posee tan solo 4 dimensiones a evaluar: la mirada, la calidad de la voz, el nivel de malestar y la fluencia del habla.

Por lo que respecta a la validez convergente la puntuación en el SPRS correlaciona de forma significativa y a un nivel de significación $p < .001$ con la gravedad evaluada por el clínico que administró el ADIS-R (DiNardo y Barlow, 1988) para la fobia social ($r = -.49$), con la impresión del observador ($r = -.87$) y con la impresión del paciente ($r = -.39$). A un nivel de significación menor $p < .05$, la puntuación en el SPRS también correlacionó con las subescalas de Miedo a la Ejecución ($r = -.31$) y Evitación de la Ejecución ($r = -.35$) del cuestionario Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987). Existen una serie de medidas de autoinforme que correlacionaron de forma significativa ($p < .05$) con el SPRS: Social Phobia Scale (SPS; Mattick y Clarke, 1998) ($r = -.32$), Fear Questionnaire Phobia Subcale (FQ-SP; Marks y Matthews, 1979) ($r = -.36$) y Fear of Negative Evaluation Scale (FNE; Watson y Friend, 1969) ($r = -.32$).

1.2.3. Autorregistros

Los autorregistros recogen una gran cantidad de información en ambiente natural, además son una estrategia práctica que permite evaluar las interacciones y situaciones sociales evocadoras de ansiedad que se producen en la vida real de las personas. Esta información es útil para llevar a acabo el análisis funcional de la conducta o como control de las tareas que el paciente ha de realizar durante el tratamiento.

Las personas con MHP que completan esta medida pueden registrar un amplio número de respuestas: la frecuencia, duración y tipo de contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, el número de personas con las que interactúa y las características de las mismas (sexo opuesto, figuras de autoridad, conocidos, desconocidos, etc.), los pensamientos que aparecen, los correlatos fisiológicos, la respuesta de evitación, escape o afrontamiento, las conductas de seguridad, el nivel de ansiedad experimentado, etc. Los autorregistros más utilizados son los diarios, las listas y las hojas de registro (McNeil, Ries y Turk, 1995).

La principal ventaja de los autorregistros es que se diseñan a medida, por lo tanto, permiten atrapar los miedos que presenta la persona. En cuanto a los inconvenientes que presentan podemos nombrar el entrenamiento en la utilización del mismo, sobre todo cuando hay que registrar varias respuestas. Otro inconveniente sería tener que completar el registro diariamente, ya que se puede convertir en una tarea pesada y monótona. Finalmente, es importante señalar que apenas existen datos psicométricos de las medidas de autorregistro empleadas en la fobia social.

1.2.4. Test de evitación comportamental

En cuanto a las medidas conductuales permiten observar de una forma sistemática y estructurada el comportamiento de la persona en la situación temida, por lo que el evaluador obtiene información directa y en primera persona de la respuesta del paciente.

La Prueba de aproximación/ evitación conductual (*Behavioral Approach/Avoidance Test*, BAT) es una estrategia de evaluación que se puede utilizar en distintos problemas. En la fobia social se suele construir una lista específica al individuo de situaciones sociales difíciles y éste puntúa la dificultad de cada situación, de forma que al final se tiene una jerarquía de situaciones sociales ordenadas por grado de dificultad. En la evaluación del BAT, se describe cada ítem, empezando con la situación más fácil, y se le pide al participante que lo lleve a cabo. Luego se comprueba si el individuo se ha enfrentado a la situación y el grado de ansiedad manifestado. Las variables que se pueden evaluar antes, durante o después de la interacción con la otra persona son:

- a. Las variables que influyen sobre el temor que experimenta la persona (por ejemplo, número de personas en el grupo).
- b. La intensidad del temor que experimenta.
- c. Las sensaciones físicas que experimenta.
- d. Las cogniciones ansiosas que le pasan por la cabeza.
- e. Cualquier conducta de escape o evitación de la situación.

La evaluación conductual también se puede llevar a cabo en situaciones preparadas que tienen lugar en escenarios “reales”. En algunos casos se ha empleado el procedimiento de “engaño”, esto es, al participante objeto de la evaluación no se le informa de que se le va a observar y el individuo con el que interactúa es un aliado del terapeuta. Un ejemplo sería observar a una persona con ansiedad heterosexual que está en la sala de espera al lado un individuo del sexo opuesto que, en realidad, es un colaborador del terapeuta (Bados, 2001).

Otro tipo de pruebas conductuales son **las situaciones simuladas breves**, las cuales constan de tres partes: 1) una descripción detallada de la situación particular en la que se encuentra la persona; 2) un comentario, hecho por el compañero de la representación de papeles, dirigido al individuo evaluado, y 3) la respuesta de la persona al compañero. Se han empleado numerosas variaciones, por ejemplo, los participantes han respondido a grabaciones tanto de audio como de vídeo, así como a colaboradores “in vivo”. Las interacciones han estado limitadas a un breve intercambio o se han extendido a una serie de réplicas del colaborador. La respuesta del participante, en respuesta al comentario hecho por el colaborador se graba en vídeo o en magnetófono y después se analiza en función de una serie de componentes verbales y no verbales.

Por otra parte, tenemos **las situaciones análogas de interacción extensa**, en las que existe una mayor interacción entre el participante y la otra persona con la que se relaciona (colaborador). El terapeuta selecciona las situaciones sociales problemáticas a representar y se llevan a cabo en el centro clínico. El colaborador debe ser amable, expresando sonrisa y una postura corporal de interés, pero sin llevar el peso de la conversación (McLean y Woody, 2001). La interacción debe durar de 2 a 15 minutos y se graba en vídeo para analizar el comportamiento del participante. El comportamiento del participante se puede analizar en base a uno formato de calificación prefijado, por ejemplo el “Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social” (SECHS) (Caballo, 1987, 1997), el cual puntúa en una escala de 1 a 5 la adecuación de una serie de conductas verbales y no verbales.

Las situaciones análogas son más parecidas a las situaciones de la vida real que las breves y preferibles a éstas, pero no por eso están libres de problemas y críticas. Por ejemplo, están limitadas a un tipo de situación concreta, no tiene consecuencias reales de interacción o la conducta preprogramada del colaborador son problemas de estas pruebas (Iruña, Alcázar, Caballo, Olivares, Rodríguez y López-Gollonet, 2003).

McNeil et al. (1995) hablan de tres tipos de pruebas estandarizadas, en una la situación es mantener una conversación con una persona del sexo opuesto, en otra, hay que mantener una conversación con una persona del mismo sexo, y una tercera, sería dar una charla improvisada ante una pequeña audiencia. Estas pruebas pueden variar en aspectos como el número de personas con las que interactúa, el grado de control respecto a las posibles interacciones, en qué medida puede preparar lo que va a decir en la interacción, si se realizan interrupciones para valorar la ansiedad, el número y el grado de familiaridad de los participantes, etc.

Tarea del Discurso Improvisado (TD; Beidel, Turner, Jacob y Cooley, 1989). En castellano existe una versión adaptada por nuestro grupo de investigación de la TD (Gallardo, 2001). En esta prueba la persona tiene que hablar durante un máximo de 10 minutos ante una audiencia de 3 personas de las que, al menos, una es conocida. El participante elige 5 temas al azar de una lista previa de 20 temas generales de opinión como hablar de teléfonos móviles, la contaminación o animales domésticos. El participante elige un máximo de 3 temas que puede preparar durante 3 minutos. Se pide a la persona que hable como mínimo 3 minutos y, una vez transcurridos éstos, puede dejarlo si experimenta mucho malestar. Antes de comenzar la tarea se evalúan las expectativas del participante ante la tarea, la ansiedad subjetiva, el deseo de evitar las situaciones y el grado en que cree que se puede producir un ataque de pánico. Las personas que han formado parte de la audiencia valoran la ejecución de la persona atendiendo a los siguientes aspectos: tiempo del habla, si se ha ajustado a los temas elegidos, el componente verbal, el componente no verbal, la ejecución y el grado de ansiedad que, en su opinión, ha experimentado.

1.2.5. Medidas psicofisiológicas

Estas medidas no se suelen utilizar en la práctica clínica, pero si que pueden ser útiles en la investigación para la obtención de registros psicofisiológicos antes y/o durante una intervención en público. La variable más utilizada ha sido la tasa cardiaca, pero también se han empleado otras como la presión y el flujo sanguíneos, las respuestas electrodermales, la respuesta electromiográfica y la respiración (Caballo, 1997). La tasa cardiaca y la presión arterial han demostrado ser medidas fiables utilizadas en la TD (Beidel et al., 1989). Por otra parte, también se ha señalado que la tasa cardiaca puede reflejar otros procesos distintos del miedo. Algunos estudios en el área de la ansiedad social han encontrado que participantes que no tienen ansiedad social reaccionan aumentando la tasa cardiaca cuando tienen que hablar en público. Autores como Lang, Levin, Miller y Kozak (1983) han señalado que, quizá, la demanda cardiovascular requerida cuando se da una charla es tan importante que puede enmascarar cualquier prueba que existiera de un componente afectivo de este sistema. Por estas razones se han cuestionado la validez y la fiabilidad de los registros psicofisiológicos como evaluación en la práctica habitual de las personas con fobia social (Scholing y Emmelkamp, 1990).

* * *

Hemos visto como la fobia social específica tipo MHP se puede evaluar de distintas formas aunque las medidas más utilizadas en este campo son los autoinformes, seguidas de las medidas observacionales, siendo las medidas fisiológicas las menos frecuentemente empleadas (Bados, 1986).

1.3. Tratamientos psicológicos

En este apartado nos centraremos, en primer lugar, en describir de forma más general los tratamientos utilizados para hacer frente a la fobia social y, en segundo lugar, nos centraremos en los tratamientos que se han utilizado en concreto en la fobia social específica tipo MHP.

1.3.1. Exposición y terapia cognitiva

Salaberría y Echeburúa (2005) realizaron una revisión de los tratamientos empíricamente validados para la fobia social y concluyeron que el tratamiento de elección en la fobia social es la exposición *en vivo* a los estímulos temidos. El objetivo de esta técnica es que el paciente se enfrente a las situaciones que teme o evita, sin conductas de seguridad. Aunque hay una serie de limitaciones de la exposición en el tratamiento de la fobia social (Butler, 1985):

- La ansiedad social con frecuencia va acompañada de un déficit en habilidades sociales, que no se resuelven sólo con un tratamiento de exposición.
- A diferencia de otras fobias, la exposición en la ansiedad social implica la ejecución de conductas ante la observación de los demás y esto es una complejidad añadida.
- Las situaciones sociales son a menudo variables e impredecibles. Esto hace que no siempre se puedan programar y graduar las exposiciones.
- La naturaleza de las situaciones evitadas en la ansiedad social que tienden a ser de corta duración, impide llevar a cabo sesiones de exposición largas y con repeticiones programadas, que son las más efectivas.
- La exposición no da información acerca de la evaluación que se pueden formar las personas sobre el ansioso social.
- La superación de la ansiedad social, a diferencia de otras fobias, puede no producir efectos positivos inmediatos, debido a las actitudes previas de los demás ante el paciente.

Ante las limitaciones nombradas, se intenta programar sesiones de exposición cortas pero repetidas, también se enseña a los pacientes a aprovechar las situaciones sociales de la vida cotidiana para practicar la exposición. Por lo tanto, un objetivo fundamental de las sesiones de terapia es realizar ensayos de conducta y programar tareas de exposición entre sesiones (Gruber y Heimberg, 1997).

Algunos autores que han llevado a cabo investigaciones utilizando la exposición como tratamiento para la fobia social han señalado la necesidad de incluir componentes cognitivos

al programa terapéutico de la fobia social para hacer frente al miedo exagerado a las críticas y para que potencien el efecto de la exposición.

Por lo que respecta a la terapia cognitiva los tratamientos más utilizados han sido la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck. Esta última ha sido la más utilizada de las dos y se ha centrado en la educación e información, identificación y registro de pensamientos irracionales, reto de estos pensamientos y pensamientos alternativos (Salaberría y Echeburúa, 2005).

Heimberg y Barlow (1988) nombran una serie de objetivos relacionados con la terapia cognitiva: a) eliminar las expectativas de pérdida de control sobre la conducta de uno mismo; b) cambiar el foco de atención centrado en la activación autonómica; c) suprimir los pensamientos acerca de la ocurrencia de las consecuencias temidas; d) centrarse en lo que se puede hacer y no en lo que no está haciendo; e) promover el valorar los logros obtenidos y no establecer metas perfeccionistas.

Las técnicas cognitivas deben integrarse con la exposición a las situaciones sociales, ya que así se consigue que el paciente establezca la relación entre conductas, afectos y cogniciones. Por lo tanto, las técnicas cognitivas son un recurso que ayuda al paciente a hacer frente a situaciones de estrés y reduce la probabilidad de recaídas (Salaberría y Echeburúa, 2005).

En uno de los primeros estudios en el que se combinaron diferentes componentes terapéuticos Butler et al. (1984) asignaron aleatoriamente 45 personas diagnosticadas de fobia social a una de las siguientes condiciones experimentales: a) exposición *en vivo* junto a manejo de la ansiedad, b) exposición *in vivo* junto a un módulo inespecífico, y c) lista de espera. En el post-test ambos grupos de tratamiento fueron superiores al grupo de lista de espera. Sin embargo, en el seguimiento a los 6 meses los pacientes que recibieron el tratamiento combinado mejoraron más que los que recibieron exposición sola.

Mattick y Peters (1988) vieron como la reestructuración cognitiva puede mejorar el efecto de la exposición para el tratamiento de personas con fobia social. En este estudio 26 participantes fueron asignados aleatoriamente a la condición de exposición y 25 participantes recibieron exposición y reestructuración cognitiva. En ambas condiciones los participantes habían mejorado en el seguimiento, aunque los participantes del grupo de tratamiento combinado se sintieron mejor que los demás en el seguimiento a los 3 meses. En la misma línea, un estudio más actual llevado a cabo por Hofmann et al. (2004) afirmaron que el tratamiento cognitivo-comportamental tiene efectos mayores a largo plazo que la exposición sola.

En otro estudio Mattick, Peters y Clarke (1989) asignaron aleatoriamente a 43 participantes a una de las siguientes condiciones experimentales: a) exposición sola, b) reestructuración cognitiva sola, c) exposición y reestructuración cognitiva, o d) lista de espera. Los resultados mostraron que todos los tratamientos fueron significativamente mejores que la lista de espera en el test de evitación comportamental, así como en medidas de autoinforme de evaluación negativa y pensamientos irracionales. Aunque hay que destacar que los pacientes que recibieron el tratamiento combinado mejoraron más en el test de evitación comportamental.

Heimberg et al. (1990) compararon el tratamiento cognitivo-comportamental en grupo con un grupo placebo. La condición placebo se llamó grupo de terapia de apoyo educacional (ES) y era un grupo de apoyo no directivo que recibía información sobre fobia social. Ambos grupos mejoraron significativamente en el post-test, aunque el grupo de tratamiento cognitivo-comportamental mejoró más en algunas medidas importantes en el post-test y el seguimiento a los 6 meses. Al cabo de 5 años se realizó otro seguimiento a una parte de los participantes y se vio como aquéllos que recibieron terapia cognitivo-comportamental era más probable que hubieran mejorado y mantenido los logros que aquéllos que recibieron ES.

Hasta el momento hay pocos estudios que comparen tratamientos psicológicos con tratamientos farmacológicos. El primero de estos estudios lo realizaron Gelernter et al. (1991) y asignaron aleatoriamente a 65 pacientes con fobia social a una de las siguientes condiciones experimentales: a) tratamiento cognitivo-comportamental en grupo, b) alprazolam junto a exposición autodirigida, c) fenelcina junto a exposición autodirigida o d) placebo con exposición autodirigida. Todos los participantes mejoraron, incluyendo los de la condición placebo junto a instrucciones de autoexposición, así que los resultados no demostraron la superioridad de un tratamiento sobre otro.

Turner, Beidel y Jacob (1994) asignaron aleatoriamente a 72 pacientes con fobia social a un tratamiento comportamental (inundación), atenolol o a placebo. Los participantes que fueron asignados a la terapia comportamental mejoraron significativamente y funcionaban mejor al final de la terapia. Aunque hemos de considerar que los betabloqueantes como el atenolol minimizan los síntomas somáticos asociados con la fobia social (Barlow, 1988), este fármaco parece incapaz de reducir otras dificultades asociadas con este trastorno (Turner, Beidel y Jacob, 1994). Otro estudio realizado por Heimberg y Juster (1995) sugirieron que el atenolol no es el fármaco más eficaz para el tratamiento de la fobia social.

Un estudio importante en el campo de la fobia social lo dirigieron Heimberg y Liebowitz, 133 participantes diagnosticados de fobia social fueron asignados aleatoriamente a

una de las siguientes condiciones experimentales: tratamiento cognitivo-comportamental, fenelcina, placebo psicosocial (ES) y placebo farmacológico. Los resultados indicaron que el tratamiento cognitivo-comportamental y la fenelcina fueron igualmente efectivos y superiores al placebo psicológico y farmacológico (Heimberg et al, 1998). En este estudio los participantes que completaron el tratamiento realizaron una fase de mantenimiento durante 6 meses y después 6 meses sin ningún tipo de tratamiento, tanto al final de la fase de mantenimiento como después de los 6 meses sin tratamiento no se encontraron diferencias significativas entre el tratamiento cognitivo-comportamental y el tratamiento con fenelcina (Liebowitz et al., 1999).

Finalmente, podemos decir que los tratamientos combinados con exposición y terapia cognitiva-comportamental son mejores que la lista de espera, el placebo psicosocial, y en algunos casos terapias alternativas.

1.3.2. Relajación

El tratamiento de la fobia social mediante entrenamiento en relajación y otras estrategias que tienen como objetivo reducir el arousal no han sido adecuadamente evaluados (Heimberg y Juster, 1995; Turk, Heimberg y Hope, 2001). Hay estudios que apoyan la utilización de técnicas que reducen el arousal en el tratamiento de la fobia social (Jerremalm, Jansson y Ost, 1986; Ost, Jerremalm y Johansson, 1981), sin embargo también hay estudios que concluyen que la relajación progresiva sola no es un tratamiento eficaz (Al-kubaisy et al., 1992; Alstroem, Nordlund, Persson, Harding y Ljungqvist, 1984). Se llevaron a cabo tres estudios controlados que utilizaban técnicas de reducción de arousal (Alstroem et al., 1984; Jerremalm et al., 1986; Öst et al., 1981) y los resultados mostraron que estas técnicas son inferiores al entrenamiento en autoinstrucciones, que la exposición y que el *counseling* y no demostró ser mejor que el entrenamiento en habilidades sociales (Donahue, Van Hasselt y Hersen, 1994). Por lo tanto, como hemos visto en la literatura no podemos decir que los procedimientos de relajación solos sean efectivos para el tratamiento de la fobia social.

1.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales

Esta técnica consta de instrucciones, modelado, ensayos de conducta, retroalimentación y reforzamiento. Las habilidades ensayadas son la observación, la escucha, la expresión verbal y gestual, la expresión de sentimientos, etc. Además estas habilidades se ensayan en distintas situaciones sociales y en diversos contextos.

La lógica del entrenamiento en habilidades sociales en muchas ocasiones se ha basado en la creencia que la gente con fobia social son deficientes en habilidades sociales verbales y no verbales. Aunque en muchas ocasiones el déficit en habilidades sociales se ha confundido con déficit en la ejecución en situaciones sociales (Heimberg y Juster, 1995). Estos autores concluyeron después de haber leído 9 estudios que utilizaban el entrenamiento en habilidades sociales como condición de tratamiento, que aunque en algunos de estos estudios los participantes de esta condición mejoraron significativamente, tan solo uno de los 9 estudios había incluido una condición de lista de espera. Además no era posible concluir que el entrenamiento en habilidades sociales fuera el componente que produjo esta mejora (Heimberg y Juster, 1995). En la misma línea, Donahue et al. (1994) concluyeron que la heterogeneidad de las muestras y la escasez de estudios controlados no permiten llegar a conclusiones definitivas en la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales.

Por lo que respecta al único estudio controlado llevado a cabo en este campo (Marzillier, Lambert y Kelley, 1976) se vio como el grupo que recibió un tratamiento de una duración de 15 semanas en entrenamiento en habilidades sociales no obtuvo mejoras clínicamente significativas comparado con un grupo lista de espera.

Aunque el entrenamiento en habilidades sociales no parece ser eficaz, hay evidencia preliminar en cuanto a la eficacia de la combinación del entrenamiento en habilidades sociales y la exposición. En este estudio piloto 13 pacientes diagnosticados de fobia social generalizada fueron tratados mediante este tratamiento multicomponente y en cuanto a los resultados se encontraron mejoras significativas en el post-test (Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994).

Finalmente, podemos decir que hasta el momento el entrenamiento en habilidades sociales no ha demostrado ser eficaz, como hemos visto en el estudio controlado de Marzillier et al. (1976).

1.3.4. Entrenamiento en el cambio del foco atencional

Por lo que se refiere al entrenamiento en el cambio del foco atencional Woody, Chambless y Glass (1997) utilizaron un tratamiento en el que se combinó terapia cognitivo-comportamental en grupo, entrenamiento en respiración diafragmática y entrenamiento en focalización de la atención en estímulos y sucesos externos durante las interacciones sociales. Este tratamiento se aplicó a 59 participantes diagnosticados de fobia social, 17 de ellos experimentaban ansiedad principalmente en situaciones de hablar en público, 39 tenían fobia

social generalizada y 3 personas tenían miedo a más situaciones que las de hablar en público, pero no las suficientes como para ser una fobia social generalizada. Los resultados mostraron un descenso significativo en el auto-foco durante las interacciones sociales después del tratamiento. Además la disminución de la ansiedad durante las interacciones sociales, la disminución en las medidas de miedo a la evaluación negativa y la disminución del miedo a situaciones las conductas objetivo estuvieron relacionadas con la reducción del auto-foco. Por lo que se refiere a los participantes con un diagnóstico de fobia social específica tipo MHP se observó una estrecha relación entre una menor tendencia al auto-foco y una menor ansiedad a hablar en público.

Nuestro grupo de investigación también aboga por la importancia del entrenamiento en el cambio del foco atencional para un tratamiento más completo de la fobia social. En un estudio de caso que realizaron Baños, Botella y Quero (2000) se aplicó entrenamiento en foco atencional dentro de un programa de tratamiento cognitivo-comportamental a una persona diagnosticada de fobia social. El procedimiento consistió en entrenar al paciente a cambiar su foco de atención de aspectos amenazantes (internos o externos) a aspectos no amenazantes (externos o internos). Los resultados mostraron que el entrenamiento en cambio de foco atencional fue eficaz, ya que se produjo una disminución considerable en la focalización de la atención sobre la amenaza (interna y externa), aunque no se produjo el efecto contrario, no aumentó la focalización de la atención hacia aspectos no amenazantes.

1.3.5. Recomendaciones específicas para el MHP

Se han utilizado una gran variedad de tratamientos para el MHP, según Bados (2002) se han sometido a prueba más de 30 intervenciones hasta el momento, sin tener en cuenta sus variaciones o combinaciones entre ellas. Estas intervenciones las podemos dividir en dos grupos, las que se han centrado en disminuir la ansiedad y las intervenciones dedicadas a mejorar las habilidades para hablar en público, aunque hemos de destacar que la mayoría de tratamientos se han centrado en la disminución de la ansiedad (Bados, 1987a, 1987b, 1986, 2001).

Antes de comenzar la revisión es conveniente destacar que en ocasiones algunos autores han llamado de la misma forma a tratamientos diferentes y también ha ocurrido lo contrario, se han llamado de forma diferente a tratamientos iguales. Otro inconveniente que dificulta la comprensión de las intervenciones utilizadas es que muchas de ellas no han sido descritas.

Ya en la década de los 60, Sanders (1968) utilizó la exposición en imaginación para el tratamiento del MHP y ésta demostró ser mejor que el no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales.

En las décadas de los 70 y 80 se estudiaron una serie de técnicas que no demostraron ser eficaces como el modelado simbólico, la falsa atribución, la reestructuración racional sistemática, la aserción encubierta, la detención de pensamientos y el reforzamiento positivo encubierto (Bentson, 1975; Fox y Houston, 1981; Lent, Russell y Zamostny, 1981; Little, 1977; Park, 1979).

Por lo que respecta a las técnicas que demostraron ser eficaces en las décadas de los 70 y 80, algunas de ellas han resultado superiores al no tratamiento. Estas técnicas son la desensibilización de autocontrol (Zemore, 1975), la relajación progresiva (Gross y Fremow, 1982), el entrenamiento en manejo de la ansiedad (Deffenbacher y Payne, 1977; Tucker, Shearer y Murray, 1977), el alivio de la ansiedad (Le Tendre, 1976; Lynd, 1976), la meditación y la desensibilización. En este mismo periodo técnicas como la desensibilización semántica, la terapia de alivio respiratorio y la implosión fueron más eficaces que el no tratamiento (McMacroskey, 1972; Mylar y Clement, 1972; Myers, 1974; Zemore, 1975). Ayres y Hopf (1989) vieron como la visualización (imaginarse a si mismo dando charlas de modo calmado y competente y recibiendo las felicitaciones del público) fue mejor que el no tratamiento y el placebo, pero se utilizó únicamente un cuestionario en esta investigación.

El entrenamiento autoinstruccional no aplicado a situaciones reales y la terapia racional emotiva en los estudios de Germer (1975), Dawson (1982), Norman (1975), Karst y Trexler (1970) y Trexler y Karst (1972) han demostrado ser más eficaces que el no tratamiento y el placebo. En cuanto al entrenamiento autoinstruccional aplicado en situaciones reales y la inoculación de estrés han demostrado ser más eficaces que el no tratamiento (Altmaier, Ross, Leary y Thornbrough, 1982; Hayes y Marshall, 1984; Vermilyea, Barlow y O'Brien, 1984).

La desensibilización sistemática se ha utilizado de diferentes formas para el tratamiento del MHP, aunque la única que ha demostrado ser superior al no tratamiento es la desensibilización sistemática individual ha demostrado ser superior al no tratamiento en medidas fisiológicas y de generalización. En cambio en comparación con el grupo placebo este tratamiento no ha demostrado su superioridad.

Gatchel, Hatch, Watson, Smith y Gaas (1977) utilizaron la técnica de la biorretroalimentación del ritmo cardiaco y vieron como esta técnica se mostró superior al placebo tan solo en medidas fisiológicas.

El entrenamiento en hablar en público tiene como objetivo enseñar las conductas adecuadas para hablar en público a través de instrucciones, modelado, discusión, práctica secuencial (ensayo conductual), retroalimentación y reforzamiento respecto a la ejecución realizada, y práctica en ambiente natural. Autores como Hayes y Marshall (1984) destacaron que el hecho de añadir elementos como la inundación o el entrenamiento autoinstruccional a tratamientos que utilizan el entrenamiento en hablar en público puede disminuir su eficacia. En contraposición, estudios como los de Marshall, Stoian y Andrews (1977), Sherman, Mulac y McCann (1974) y Worthigton, Tipton, Cromley, Richards y Janke (1984) indican que el entrenamiento en hablar en público combinado con otros procedimientos como la relajación, el entrenamiento autoinstruccional o la desensibilización sistemática fue más eficaz que el entrenamiento en hablar en público solo.

Bados y Saldaña (1987) y Hayes y Marshall (1984) indican que el entrenamiento en hablar en público combinado con la exposición consigue un mayor cambio en las medidas observacionales de ansiedad y actuación al hablar en público, que la exposición sola o combinada con la reestructuración cognitiva.

Algunos autores como Bados (1986) obtuvieron resultados positivos al adaptar la intervención a las características de las personas y su problema. En este sentido, vieron como la eficacia de los tratamientos podía variar en función de si predominan los componentes cognitivos, comportamentales o fisiológicos en el MHP. En las personas con un MHP en el que se manifiesta principalmente el componente somático probablemente funcionara mejor la respiración controlada, la relajación o la desensibilización sistemática. En cambio, en personas con un MHP más cognitivo el entrenamiento autoinstruccional o la reestructuración cognitiva serían más eficaces.

Por lo que respecta a la combinación de la exposición a hablar en público o el entrenamiento en hablar en público con los métodos cognitivos no está nada claro que la utilización de estos últimos aumente la eficacia de los anteriores (Bados, 1986).

Hasta finales de los 80 los trabajos realizados en el campo de los tratamientos psicológicos para el MHP nos llevan a concluir que son más eficaces las intervenciones que combinan diversas técnicas que incidan en dos o más de los tres sistemas de respuesta del MHP y mejoren las habilidades de hablar en público. Las técnicas que se han combinado son el entrenamiento en hablar en público, la relajación, el entrenamiento autoinstruccional, la práctica en vivo, la exposición en vivo, la exposición en imaginación y la desensibilización sistemática (Bados, 1987b). Aunque hay que tener en cuenta que no siempre los tratamientos con más componentes son más eficaces (Altamier et al., 1982; Gil, 1983a; Glogower,

Fremouw y McCroskey, 1978; Heuett, 1999; Weissberg, 1977). Incluso algunos estudios han obtenido peores resultados en intervenciones con mayor número de componentes, aunque esto no se ha mantenido en los seguimientos (Bados y Saldaña, 1987; Dawson, 1982; Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicious, 1971).

Desde los 90 hasta la actualidad se han llevado a cabo estudios en los que se han utilizado técnicas como la exposición, la reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, la intención paradójica, la relajación aplicada y el entrenamiento en hablar en público.

Dwyer (2000) ha obtenido datos que apoyan la elección de las técnicas aplicadas en función de las modalidades en que el problema se manifiesta principalmente (conductual, afectiva, somática, imaginal, cognitiva, interpersonal, biológica). Así que al principio del tratamiento se práctica la técnica relacionada con la modalidad en la que primero se manifiesta el problema, seguida de las técnicas que corresponden a la segunda y tercera modalidades implicadas. Ascher y Schotte (1999) llevaron a cabo un estudio en el que se aplicó tratamiento cognitivo-comportamental junto a intención paradójica a aquellas personas con miedo a que sus sensaciones corporales tuvieran consecuencias catastróficas en su actuación (tartamudeo, vómito, desmayo, quedarse en blanco, etc.) y se vio como la intención paradójica aumentó la eficacia del tratamiento cognitivo comportamental. Sin embargo, en las personas que no temían a las consecuencias de la activación fisiológica el tratamiento cognitivo conductual fue más eficaz sin intención paradójica. Por otra parte, también hay estudios que no apoyan la adaptación de la intervención a la forma en que se manifiesta el problema (Heuett, 1999).

Los estudios en los que se aplicaron técnicas como la práctica en hablar en público (graduada o no), la relajación aplicada en situaciones reales y el entrenamiento en hablar en público han demostrado que estas técnicas, utilizadas por separado, son más eficaces que el no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales (Bados, 1986; Burnley, Cross y Spanos, 1992; Newman, Hofmann, Trabert, Roth y Taylor, 1994; Pribil, Keaten y Sakamoto, 2001).

Por lo que respecta a la conjunción de diferentes técnicas Schoenberger, Kirsch, Rearan, Montgomery y Pasyrnak (1997) combinaron el entrenamiento en relajación progresiva, la reestructuración cognitiva y la exposición in vivo a las situaciones temidas, y vieron como la eficacia de este tratamiento cognitivo comportamental aumentaba cuando se introducían elementos hipnóticos. Otro estudio que utilizó la combinación de diversas técnicas es el de Olivares y García-López (2002), los participantes de este estudio eran

estudiantes de universidad diagnosticados de fobia social con MHP. Las condiciones experimentales fueron: a) un grupo tratado mediante entrenamiento en hablar en público, exposición, entrenamiento autoinstruccional y entrenamiento en respiración y b) un grupo placebo psicológico que se dedicaba a conversar sobre sus dificultades a hablar en público. Los resultados mostraron que el grupo experimental fue eficaz comparado con el placebo en medidas de autoinforme que evalúan MHP y ansiedad social en el postratamiento, y en el seguimiento a los 2 años (Olivares y García-López, 2002).

Tsao (2000) realiza un estudio preliminar en el que compara tres grupos: a) grupo tratado mediante exposición uniformemente espaciada (4 ensayos de 10 minutos separados por 5 días), b) grupo de tratamiento de exposición intensiva (4 ensayos en una sesión) y c) grupo tratado mediante exposición progresivamente espaciada (4 sesiones con 1, 4 y 10 días entre ellas). Los resultados después del tratamiento demostraron que los tres grupos mejoraron en la misma medida, la diferencia estuvo en el seguimiento al mes, las personas que practicaron la exposición espaciada en el tiempo tuvieron un menor retorno del miedo que los que realizaron la exposición masiva. Bados (2002) propone que sería interesante realizar estudios que comprueben si esos resultados se replican en tratamientos más largos y con una exposición masiva no limitada a una única sesión.

En cuanto a los componentes fundamentales para el tratamiento del MHP podemos destacar la exposición a hablar en público. Esta técnica junto a cierto entrenamiento en hablar en público es un tratamiento que se ha investigado con fóbicos sociales con MHP. Los resultados muestran una superioridad del grupo de tratamiento comparado con la lista de espera en medidas de autoinforme que evalúan fobia social específica tipo MHP, fobia social, ansiedad observada, en medidas que evalúan pensamientos negativos y miedo a la evaluación negativa. Además este tratamiento ha resultado igual de eficaz en pacientes que presentaban trastorno de personalidad por evitación como en aquellos que no lo presentaban (Hofmann, Ehlers y Roth, 1995; Newman et al., 1994).

En resumen, los trabajos realizados en el campo de los tratamientos psicológicos para el MHP desde los años 90 hasta la actualidad han utilizado técnicas como la exposición, la relajación y el entrenamiento en hablar en público. Estas técnicas han demostrado ser eficaces para el tratamiento del MHP por separado y combinadas entre ellas utilizando en algunos casos la reestructuración cognitiva.

* * *

Para el tratamiento de la fobia social, hasta el momento, la terapia de exposición junto a las técnicas cognitivas ha demostrado ser el tratamiento más eficaz. Por lo que respecta a la fobia social específica tipo MHP la exposición también ha demostrado ser eficaz, aunque no hay ningún estudio controlado que combine la exposición con técnicas cognitivas hasta la actualidad.

1.4. Tratamientos farmacológicos

Los fármacos más utilizados para el tratamiento de la fobia social han sido los antidepresivos IMAOs, especialmente la fenelcina y la moclobemida, los inhibidores de la recaptación de la serotonina, sobre todo la paroxetina, las benzodacepinas en el caso de la fobia social generalizada y en la ansiedad de ejecución los betabloqueantes.

Por lo que se refiere a los antidepresivos IMAOs, estudios como los de Liebowitz et al. (1992) en el que se trataron 74 participantes diagnosticados de fobia social con fenelcina (N=25), atenolol (N=23) y placebo (N=26), se vio como a las 8 semanas el 64% de los participantes que tomaban fenelcina mejoraron, el 30% de los que tomaron atenolol y el 23% del placebo.

En el estudio de Gelernter et al. (1991), comentado anteriormente, en el que 65 participantes con fobia social, los cuales fueron asignados aleatoriamente a tratamiento mediante fenelcina, alprazolam, placebo o terapia cognitiva-comportamental se vio como todos los grupos mejoraron, quizás porque todos recibieron instrucciones de autoexposición.

Versiani et al. (1992) realizaron un estudio de doble ciego en el que se asignó a los participantes a un grupo tratado mediante fenelcina (N=26), moclobemida (N=26) o placebo (N=26). Ambos grupos de tratamiento fueron significativamente más efectivos que el placebo.

En el estudio de Heimberg et al. (1998), en una muestra de 133 participantes fóbicos sociales, se vio como los grupos tratados mediante fenelcina y tratamiento cognitivo-comportamental mejoraron significativamente comparados con un grupo placebo farmacológico y otro placebo psicológico.

Los IMAOs irreversibles como la fenelcina se ha visto que tienen efectos secundarios significativos, como crisis de hipertensión, insomnio, aumento de peso y disfunciones sexuales. Los IMAOs reversibles como la moclobemida y la brofaramina tienen menos efectos secundarios. Por lo que respecta a la eficacia de la moclobemida ha sido demostrada en cuatro estudios de doble ciego, controlados y con grupo placebo (Internacional Multicenter Clinical Trial Group on Moclobemide, 1997; Noyes et al. 1997; Schneier et al., 1998; Versiani et al., 1992) y la eficacia de la brofaramina ha sido demostrada en tres estudios del mismo tipo (Fablen, Nilsson, Borg, Humber y Pauli, 1995; Lott et al., 1997; van Vliet, Westenberg, Den Boer, 1993).

Por lo que se refiere a las benzodacepinas, en estudios no controlados el alprazolam y el clonazepam fueron efectivos en el tratamiento de la fobia social (ver Davidson, Tupler y

Potts, 1994 para una revisión). El único estudio de doble ciego, controlado y con grupo placebo lo realizaron Gelernter et al. (1991), en este trabajo el alprazolam no demostró ser superior al placebo, aunque debemos tener en cuenta que todos los grupos experimentales recibieron instrucciones de autoexposición. Davidson et al. (1993) realizaron un estudio de doble ciego con 75 pacientes diagnosticadas de fobia social, y se vio como el 78,3% de los participantes que tomaron clonazepam y el 20% de los participantes del grupo placebo mejoraron. Aunque también es relevante remarcar que el uso de benzodiazepinas para el tratamiento de fobia social es complicado por sus efectos secundarios y por la alta tasa de comorbilidad con abuso o dependencia del alcohol (Schneier, Johnson, Hornig y Liebowitz, 1992), lo cual nos indica que estos pacientes tienen un alto riesgo para el abuso y dependencia de benzodiazepinas.

En cuanto a la utilización de los inhibidores de la recaptación de serotonina en el tratamiento de la fobia social a continuación veremos una serie de estudios de doble ciego, controlados y con grupo placebo que han demostrado su eficacia. Los estudios de Stein, Fyer, Davidson, Pollack y Wiita (1999) y de van Vliet, den Boer y Westenberg (1994) demostraron que la fluvoxamina fue superior al grupo placebo. Katzelnick et al. (1995) en un estudio de doble ciego compararon el tratamiento con sertralina con un grupo placebo en una muestra de 12 pacientes diagnosticados de fobia social, el grupo de tratamiento obtuvo reducciones significativas en ansiedad social comparado con el placebo. En la misma línea, cuatro estudios de doble ciego, controlados y con grupo placebo han establecido la eficacia de la paroxetina en el tratamiento de la fobia social (Allgulander, 1999; Baldwin, Bobes, Stein, Scharwächter y Faure, 1999; Stein et al., 1998; Stein, Berk et al., 1999). Estos estudios establecen que la paroxetina, la fluvoxamina, la sertralina y probablemente otros antidepresivos serotoninérgicos son efectivos en el tratamiento de la fobia social.

En un estudio reciente Hofmann et al. (2006) ha utilizado un fármaco llamado D-cicloserina (DCS) junto a la exposición in vivo con gran éxito. En este trabajo 27 personas diagnosticadas de fobia social fueron asignadas aleatoriamente a un grupo de exposición in vivo que tomaba un placebo farmacológico o a un grupo de exposición in vivo que tomaba DCS en el período que se realizó la exposición. Los resultados mostraron que el grupo que tomó el DCS mejoró más en distintas medidas de fobia social que el grupo que realizó exposición tomando el placebo.

Por otra parte, también se han utilizado los betabloqueantes para el tratamiento de la fobia social. En el estudio de Liebowitz et al. (1992) que hemos mencionado anteriormente, el atenolol no demostró ser más efectivo que el placebo. Turner, Beidel y Jacob (1994) también

vieron como la terapia comportamental, principalmente la inundación, fue superior al grupo placebo y al tratado con atenolol. En la misma línea, Falloon, Lloyd y Harpin (1981) vieron como un grupo que tomó propranolol no mostraron ventajas sobre el placebo en un estudio en el que los participantes también recibieron entrenamiento en habilidades sociales. Algunos autores piensan que el uso de betabloqueantes en las personas con fobia social específica tipo MHP (Den Boer, van Vliet y Westenberg, 1995) puede ser útil administrado en dosis únicas 45-60 minutos antes de la exposición a las situaciones temidas (por ejemplo, una conferencia) o en dosis constantes cuando las situaciones son más frecuentes. Este fármaco reduce la taquicardia, las palpitaciones, la sudoración y el temblor y está indicado sobre todo cuando la sintomatología es predominantemente somática. Aunque los betabloqueantes parecen ser útiles para tratar la ansiedad de ejecución y la fobia social específica acompañada de sintomatología somática no hay suficiente evidencia empírica que lo apoye.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina son actualmente el tratamiento farmacológico de elección para la fobia social, por ser eficaces y tener menos efectos secundarios que los IMAOs. Por otra parte, los betabloqueantes se han utilizado para el tratamiento de la fobia social específica tipo MHP, pero no hay resultados concluyentes sobre su eficacia.

2. AUTOAYUDA

Un material de autoayuda según Glasgow y Rosen (1978) se puede definir como cualquier medio (escrito, grabado...) cuyo contenido sea un programa de tratamiento (o parte del mismo) que el paciente pueda administrarse por si mismo o con la guía del terapeuta. Concretamente, el uso de este material aparece desde los inicio de la terapia de conducta. Las formas en las que podemos encontrar este material son las siguientes: a) los manuales de autoayuda escritos (para el paciente o para el coterapeuta); b) los recordatorios o pequeñas ayudas escritas para que el paciente afronte algún aspecto de su problema en un momento determinado; c) material para facilitar la realización de las tareas para casa; d) las sesiones de terapia grabadas en vídeo o audio, etc.

La atención prestada a los tratamientos autoadministrados ha ido creciendo en los últimos años por sus posibilidades como tratamiento por si solo o como un componente integrado en un programa de tratamiento. El abanico de problemas a los que se ha aplicado la autoayuda ha sido muy amplio, y va desde problemas de control de hábitos a problemas de salud mental. Una de las razones por las que se ha aumentado la atención en la autoayuda es su repercusión en el binomio coste-beneficio antes nombrado. En nuestro grupo de investigación hace unos años Botella y García-Palacios (1999) sometieron a prueba, en el marco del trastorno de pánico, la utilidad de un material de autoayuda para reducir el contacto entre paciente y terapeuta.

El interés en lograr la estructuración de la terapia y el uso de manuales de tratamiento no es algo nuevo. De hecho, en los años 60 comienzan a diseñarse tratamientos estructurados en los que ya se tiene en cuenta el binomio coste-beneficio terapéutico. Un ejemplo sería el desarrollo de la Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1961), una vez confirmada su eficacia se plantearon estudios para someter a prueba si dicha técnica era igualmente eficaz aplicada de diversos modos (por ejemplo, D.D. autoadministrada; D.S. automatizada, etc.) (Donner y Guerny, 1969; Baker, Cohen y Saunders, 1973; Morris y Thomas, 1973). Otro ejemplo sería la utilización de la exposición como tarea para casa, en este sentido, se comprobó que cuando el paciente practicaba la exposición como tarea añadida para casa los resultados eran mejores (Mathews, Teasdale, Munby, Johnston y Shaw, 1977).

Autores como Dobson y Shaw (1988), hacen hincapié en diversos supuestos defendidos por los terapeutas de conducta que apoyan el desarrollo de manuales de autoayuda:

1. Las variables del terapeuta son menos importantes que las variables y procedimientos del tratamiento.
2. Las variables del tratamiento pueden ser administradas con precisión.
3. La investigación del tratamiento requiere una cuantificación acerca de cómo se administran las variables del tratamiento.

Por lo tanto, la introducción de manuales que guían y hacen explícitos los modos de intervención en terapia ha permitido la comunicación entre profesionales, el desmantelamiento y/ o la estructuración de los distintos componentes del tratamiento, el diseño de sofisticados programas de intervención y la posibilidad de someter a investigación controlada cada uno de los procedimientos utilizados.

Se han señalado algunas limitaciones de los programas cognitivos-comportamentales (Côte, Gauthier, Laberge, Cormier y Plamondon, 1994) que han sido importantes en la aparición de programas que integran componentes de autoayuda o son completamente autoadministrados: por una parte, la necesidad de que el terapeuta esté presente a lo largo de todo el proceso terapéutico; o estudios en los que se indica una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad en individuos con un nivel socioeconómico bajo (Myers et al., 1984; Robins et al., 1984; Shepherd, Cooper, Brown y Kalton, 1986), por lo tanto, habría que prestar interés a esas personas que pueden no tener recursos suficientes; la dificultad de recibir ayuda especializada fuera de las grandes áreas urbanas; o el tener que soportar largas listas de espera en la sanidad pública y las dificultades existentes para recibir una atención semanal. Todo ello apoya la conveniencia de utilizar los procedimientos de autoayuda para el tratamiento de trastornos psicológicos.

2.1. Los procedimientos de autoayuda

En el presente apartado analizaremos los distintos programas de autoayuda teniendo en cuenta revisiones realizadas acerca de la eficacia de los mismos.

Glasgow y Rosen (1978, 1982) llevaron a cabo dos revisiones sobre la utilización de los manuales de autoayuda en terapia de conducta. En la primera revisión encontraron 86 programas de autoayuda, de los cuales 74 se validaron científicamente (Glasgow y Rosen, 1978). En la segunda revisión encontraron 73 programas más, de los cuales tan solo 43 habían sido sometidos a prueba (Glasgow y Rosen, 1982).

Estos autores llevaron a cabo una clasificación de los materiales de autoayuda, con el objetivo de clarificar términos en el campo de la autoayuda, y proponen una serie de conceptos que podría utilizarse para aunar criterios entre los investigadores. Los grupos propuestos son:

1. Tratamientos autoadministrados: son las terapias de autoayuda que no tienen ningún contacto con el terapeuta durante el tratamiento, tan solo en la evaluación.
2. Tratamientos con contacto mínimo: el programa es básicamente de autoayuda aunque se programan algunos contactos con el terapeuta (cara a cara, telefónicos o por correo) para llevar un control de la evolución del paciente.
3. Tratamientos administrados por el terapeuta: el terapeuta explica y clarifica en las sesiones el contenido del material de autoayuda y hay un menor número de sesiones que en el tratamiento cara a cara tradicional.

Después de la revisión de numerosos estudios que utilizan materiales de autoayuda en el tratamiento de varios trastornos, Glasgow y Rosen (1978, 1982) ponen de manifiesto su eficacia y se muestran optimistas respecto a la utilidad de estos materiales en problemas psicológicos como las fobias, la obesidad, disfunciones sexuales, la asertividad, problemas de conducta en niños, técnicas de estudio y tabaquismo.

En la misma línea, Glasgow y Rosen aconsejan una serie de pautas a tener en cuenta a la hora de validar los materiales de autoayuda:

- a) Un primer requisito sería el evaluar la eficacia de estos tratamientos mediante diseños experimentales utilizando adecuados grupos control.
- b) Estos autores nombran la conveniencia de plantear índices de coste-beneficio terapéutico, por lo tanto, el uso de programas de autoayuda que no sean tan efectivos como un programa administrado por un terapeuta puede estar

justificado si éste tiene una superioridad demostrada respecto al coste beneficio terapéutico.

- c) También proponen, por una parte, delimitar índices de abandono y, por otra, la realización de seguimientos como mínimo hasta los 6 meses para comprobar el mantenimiento y generalización de los logros conseguidos con el tratamiento.

Unos años después Rosen (1987) lleva a cabo un nuevo trabajo de revisión de los materiales de autoayuda, llamándole la atención la gran proliferación de este tipo de material y la falta de investigaciones rigurosas que demuestran su eficacia. Por lo tanto, aunque, por una parte, este autor reconoce que el beneficio obtenido con estas herramientas puede ser importante, también hace hincapié en que la mayor parte de las veces esto no se ha comprobado. Por todo lo anterior, concluye que un uso indiscriminado y no justificado de diversos materiales de autoayuda podría, incluso, exacerbar los problemas.

Rosen (1987) informa de algunos posibles riesgos que se pueden derivar del uso de los materiales de autoayuda:

- a) En la mayoría de los casos estos materiales no proporcionan información adecuada para llegar a un diagnóstico correcto.
- b) Frecuentemente carecen de instrucciones que permitan que el paciente pueda autoaplicarse adecuadamente el tratamiento.
- c) Rara es la vez en la que estipulan adecuados periodos de seguimiento.

De tal forma que un paciente puede hacer un diagnóstico erróneo de su problema, autoaplicarse un tratamiento inadecuado para él que puede no resolver su problema o incluso empeorarlo. Otra situación que puede darse es que el paciente entienda mal las instrucciones de aplicación del tratamiento y lo aplique incorrectamente o que lo lleve a cabo poco tiempo. Cualquiera de estos errores puede desembocar en un fracaso que, además, se puede malinterpretar y mermar la confianza del paciente en los tratamientos psicológicos.

Rosen (1987) pone de relieve cual es la razón principal por la cual se dan los problemas anteriormente nombrados, y es que se da prioridad a las cuestiones comerciales en vez de a las profesionales, “el deseo de los psicólogos de publicar es claramente mayor que su responsabilidad percibida para evaluar la eficacia de los programas que recomiendan” (pág. 48). Este hecho tiene como consecuencia inmediata la proliferación de materiales de autoayuda que salen al mercado sin el suficiente respaldo empírico. En este sentido, este autor propone que los profesionales que se dediquen a la creación de estos materiales tengan en cuenta los resultados que la investigación proporciona con respecto al uso de estos materiales y que se ciñan a los “Estándares Éticos de los Psicólogos” que propone “*The APA Task Force*

on *Self-Help Therapies*" (1978). Es decir, que "los psicólogos no se dediquen a vender psicología, sino a aplicar las habilidades de nuestra profesión para el desarrollo de tratamientos de autoayuda con el fin de asegurar que sean los estándares profesionales, antes que las cuestiones comerciales, los que tengan influencia sobre el mercado" (pág. 50).

En la revisión dedicada a la reducción del MHP Glasgow y Rosen (1978) citan un manual autoadministrado basado en la desensibilización (Marshall y Andrews, 1972). Este manual lo pusieron a prueba Marshall, Presse y Andrews (1976) en un estudio con las siguientes condiciones experimentales: a) un grupo tratado mediante el manual autoadministrado, b) un grupo tratado mediante el manual y con un contacto mínimo con el terapeuta, c) tratamiento de desensibilización dirigido por el terapeuta, d) grupo sin tratamiento, y e) un grupo control placebo que utilizó un manual junto al contacto mínimo con el terapeuta. Los resultados mostraron que en manifestaciones observables de ansiedad durante una situación de hablar en público ninguno de los grupos de tratamiento obtuvo una mejora significativa. Sin embargo, en medidas de autoinforme los grupos de tratamiento si que obtuvieron una reducción significativa al compararlos con los grupos de no tratamiento y el placebo. Por lo que respecta a la tasa de abandonos el grupo de tratamiento autoadministrado obtuvo una tasa de abandonos alta (45,45%). Marshall et al. (1976) vieron como el grupo tratado por el terapeuta informó de una mayor generalización de los efectos del tratamiento que los participantes que se autoaplicaron el manual.

Gould y Clum (1993) realizaron una excelente revisión sobre la eficacia de los materiales de autoayuda y recomendaron una serie de indicaciones para la evaluación empírica de estos programas de tratamiento. Estos autores llevaron a cabo un meta-análisis en el que se revisaron 40 estudios, todos ellos contaban con un grupo control (no-tratamiento, lista de espera o control placebo). En los trabajos seleccionados para el meta-análisis se investigó la eficacia en función de:

- a) Los tratamientos de autoayuda utilizados: puros o con contacto mínimo con el terapeuta.
- b) El material utilizado: biblioterapia, vídeo, audio o combinaciones.
- c) Los problemas a los que iban dirigidos los tratamientos: cambio de hábitos, adquisición de destrezas o problemas específicos diagnosticables.
- d) Las variables dependientes utilizadas: autoinformes, observación comportamental o medidas fisiológicas).

Después de analizar detenidamente cada uno de los estudios llegaron a una serie de conclusiones:

1. Los materiales de autoayuda demostraron ser eficaces para el tratamiento de problemas psicológicos.
2. Se demostró una eficacia mayor en el tratamiento de problemas asociados a entrenamiento en habilidades sociales y reducción del miedo, seguidos de depresión, dolor de cabeza, insomnio y entrenamiento a padres e hijos. Las áreas en las que los tratamientos autoadministrados demostraron ser poco eficaces fueron: los hábitos de comportamiento (fumar y beber), la dieta y el ejercicio. De todas formas señalaron que habría que tener en cuenta que las menores tasas de éxito en el cambio de hábitos inadecuados pudo ser debida a la dificultad que conlleva el tratamiento de estos problemas y no al uso en sí del material de autoayuda.
3. No se observaron diferencias entre los distintos formatos de tratamiento, aunque parecían potenciarse los efectos si se combinan varios tipos.
4. No se produjeron tasas de abandono altas, el 8,6% para el tratamiento autoaplicado y el 9,7% para el grupo control. Además los logros obtenidos en el tratamiento se mantenían en los periodos de seguimiento.

Gould y Clum (1993) propusieron una serie de recomendaciones para evaluar la eficacia de los materiales de autoayuda: lo primero que propusieron fue la evaluación de la eficacia no sólo con las medidas pre y post-tratamiento, sino tener en cuenta también índices de recaída, de abandono y de mejoría; otro punto a tener en cuenta es el interés y la colaboración del paciente, es decir, el seguimiento de las directrices del programa por parte del paciente (*compliance*). Por lo tanto, además de incluir medidas de satisfacción con el tratamiento sugieren la importancia de incorporar medidas de colaboración/ interés/ seguimiento de instrucciones por parte del paciente (*compliance*) en los estudios sobre eficacia de estos métodos de autoayuda.

Estos autores llegaron a la conclusión de que los materiales de autoayuda pueden ser muy útiles para el tratamiento de problemas psicológicos y dejan la puerta abierta al diseño de estos materiales, siempre y cuando éstos se sometan a prueba mediante investigaciones con un adecuado rigor metodológico.

Marrs (1995) realizó un meta-análisis en el que se revisaron un total de 79 estudios, 70 de éstos contaban con un grupo control (no tratamiento, lista de espera o control placebo) y 30 comparaban tratamientos aplicados por el terapeuta con tratamientos mediante material de autoayuda. Este autor no encontró diferencias significativas entre el efecto del material de autoayuda y los tratamientos administrados por el terapeuta, ni después del tratamiento ni en

los seguimientos. Estos resultados sugieren que el material de autoayuda es tan eficaz como los tratamientos dirigidos por el terapeuta, sin embargo, hemos de tener en cuenta que pocos estudios fueron llevados a cabo con muestras clínicas.

Por lo que respecta al tipo de grupo control que se utilizaron en los 70 estudios analizados, 41 estudios utilizaron grupos control lista de espera, 19 utilizaron grupos control placebo y 10 utilizaron ambos tipos de grupo control en el mismo estudio. Los resultados mostraron que el grupo placebo tenía un menor tamaño del efecto que el grupo de lista de espera. Esto puede sugerir que una porción de la eficacia del material de autoayuda puede ser debida a los efectos de las expectativas.

En este estudio Marrs, destacó la eficacia diferencial del material de autoayuda dependiendo del problema tratado. En este sentido, el material de autoayuda demostró ser más efectivo para problemas de asertividad (especialmente si la terapia se administraba en formato audiovisual), ansiedad y disfunciones sexuales. Otros problemas como la orientación profesional y la depresión responden moderadamente al material de autoayuda. En cambio, el material de autoayuda resulta poco eficaz para problemas de pérdida de peso, control de impulsos y problemas de hábitos estudio.

En general, la cantidad de contacto entre paciente y terapeuta durante la biblioterapia no está relacionado con la eficacia. De hecho, en 48 estudios los participantes mantuvieron un contacto con el terapeuta de menos de 8 minutos y el tamaño del efecto obtenido fue ,506. Aunque en los trabajos llevados a cabo con participantes que padecen problemas de ansiedad y de exceso de peso la respuesta al tratamiento mejora con un mayor contacto con el terapeuta.

En los resultados de este meta-análisis parece que el material de autoayuda tiene una eficacia moderada ($TE=.565$). Al comparar este meta-análisis con el de Scogin, Bynum y Stephens (1990) y el de Gould y Clum (1993) vemos como la eficacia estimada en el actual estudio es menor que la informada por estos estudios anteriores. Marrs (1995) señala que su estudio es de mayor calidad, ya que está basado en un mayor número de trabajos y están analizados de una forma más sofisticada.

Newman, Erickson, Prezeworski y Dzus (2003) revisaron los tratamientos de ansiedad que utilizaban materiales de autoayuda, tratamientos autoadministrados o intervenciones con un contacto mínimo con el terapeuta. Con este objetivo el estudio se focalizó en los siguientes trastornos de ansiedad: fobia específica, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), fobia social y trastornos de ansiedad mixtos. Estos autores clasificaron los estudios según la cantidad de contacto con el terapeuta.

La clasificación que realizaron fue una versión modificada de la utilizada por Glasgow y Rosen (1978). Los grupos fueron los siguientes: a) terapia autoadministrada (contacto con el terapeuta en la evaluación); b) predominantemente autoayuda (contacto con terapeuta en la evaluación y en controles periódicos, así como en la explicación de cómo utilizar la herramienta de autoayuda); c) terapia con contacto mínimo (el terapeuta tiene un papel activo, incluye aquellos tratamientos en los que el terapeuta ayuda a la construcción inicial de la jerarquía), y d) tratamientos administrados por el terapeuta (los pacientes tienen un contacto regular con el terapeuta durante un número de sesiones establecido, pero el estudio quiere determinar si el uso de material de autoayuda aumenta el impacto de la terapia standard).

Por lo que respecta a las conclusiones a las que llegan Newman et al. (2003) en esta revisión las veremos agrupadas según la clasificación que acabamos de ver. En primer lugar, con respecto a la terapia autoadministrada podemos afirmar:

- Ha demostrado ser efectiva para el tratamiento las fobias específicas.
- Los datos apuntan que para el TOC y el trastorno de pánico es necesario cierto contacto con el terapeuta.
- Para trastornos de ansiedad diferentes a las fobias específicas, la terapia autoadministrada puede ser una herramienta adecuada para las personas que estén esperando para ser atendidos por un terapeuta o como estrategia de mantenimiento de los logros terapéuticos.
- En los trastornos que hemos dicho es eficaz la terapia autoadministrada los pacientes responden bien a este tratamiento siempre y cuando la herramienta de autoayuda parezca ser creíble y los pacientes estén motivados.

En cuanto a las conclusiones a las que llegaron Newman et al. (2003) para la terapia predominantemente de autoayuda:

- El tratamiento de exposición in vivo predominantemente de autoayuda para la fobia específica y el trastorno de pánico es igualmente eficaz que otro tratamiento con un mayor contacto con el terapeuta.
- La terapia predominantemente de autoayuda funciona bien cuando es aplicada a una muestra con diversos trastornos de ansiedad.
- La terapia predominantemente de autoayuda es útil para mantener los logros obtenidos en terapia en muestras con personas con trastorno de pánico o diversos trastornos de ansiedad.

- Los pacientes que responden mejor a la terapia predominantemente de autoayuda son aquellos que están motivados, con síntomas no muy graves, jóvenes, sin trastornos de personalidad y no habían tenido ataques de pánico recurrentes.

En cuanto a la terapia con contacto mínimo estos autores concluyen:

- La terapia con contacto mínimo es eficaz para el tratamiento de la fobia específica y el trastorno de pánico, aunque en este último es insuficiente para tratar a personas con una agorafobia graves.
- Para el TOC la terapia con contacto mínimo es superior a un tratamiento aplicado después de un tiempo de lista de espera y es suficiente para un tercio de las personas tratadas.
- Para la fobia social la terapia con contacto mínimo fue igual de eficaz que un tratamiento estándar.
- En una muestra de personas que sufrían distintos trastornos de ansiedad, la terapia con contacto mínimo fue igual de eficaz que otra terapia con mayor contacto con el terapeuta.
- Las personas que se beneficiaron más de la terapia con contacto mínimo fueron aquellos con un mayor nivel de ansiedad y evitación en el pretest.

Por lo que respecta al tratamiento administrado por el terapeuta Newman et al. (2003) tan solo encontraron 2 estudios controlados que estudiaron el efecto de las herramientas de autoayuda en la terapia estándar. Los resultados obtenidos en estos estudios fueron contradictorios, por lo tanto no se pueden sacar conclusiones.

En cuanto a los trabajos centrados específicamente en fobia social Newman et al. (2003) hicieron referencia únicamente a los estudios de Gruber, Moran, Roth y Taylor (2001) y de Salaberría y Echeburúa (1976). Ambos estudios aplicaron terapia cognitiva y técnicas de exposición mediante terapia con contacto mínimo. Gruber et al. (2001) utilizaron el ordenador para dirigir la terapia (estudio descrito en el apartado 3.2.) y Salaberría y Echeburúa (1976) utilizaron la biblioterapia en el estudio. Los resultados apoyaron la utilidad de la terapia con contacto mínimo para la fobia social.

Como conclusión de la revisión de Newman et al. (2003) podemos decir que la terapia autoadministrada es más eficaz en pacientes con fobias específicas que están motivados para realizar el tratamiento. La terapia predominantemente de autoayuda es más eficaz para el trastorno de pánico y muestras con distintos trastornos de ansiedad y la terapia con contacto mínimo ha demostrado ser eficaz para una mayor variedad de trastornos.

Scogin et al. (1990) llevaron a cabo un primer meta-análisis en el que examinaron la eficacia de los tratamientos autoadministrados. Estos autores compararon los tratamientos autoadministrados con no tratamiento y con tratamientos aplicados por el terapeuta. Los resultados del estudio de 40 artículos indicaron que los tratamientos autoadministrados son más efectivos que el no tratamiento y que las diferencias entre los tratamientos autoadministrados y los aplicados por el terapeuta no son significativas.

Mains y Scogin (2003) centraron su atención en los estudios que utilizaban tratamientos autoadministrado solos o integrados como un componente del tratamiento. Esta revisión la llevaron a cabo en tratamientos para problemas de control de hábitos (fumar y beber alcohol), el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad, y tratamientos para problemas de salud en los niños.

La eficacia de los tratamientos autoadministrados para dejar de fumar es mixta, Curry, Ludman y McClure (2003) no encontraron evidencias que apoyaron la eficacia de los tratamientos autoadministrados solos para dejar de fumar. Sin embargo, los materiales de autoayuda utilizados en conjunción con contacto con el terapeuta, por ejemplo mediante llamadas telefónicas (Zhu, Stetch, Balabanis y Rosbrook, 1996) han mostrado una reducción en la tasa de recaídas.

Por lo que respecta al abuso de alcohol hay algunos estudios que apoyan la utilidad de los tratamientos autoadministrados solos para hacer frente al problema (Miller, Gribskov y Mortell, 1981), aunque no todos los estudios van en esta dirección. En un estudio en el que se comparó la biblioterapia con la evaluación sola y el consejo del médico solo, no se encontraron diferencias en la cantidad de alcohol ingerida entre los grupos (Heather, Champion, Neville y Maccabe, 1987). Lo que se vio en un estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud es que el *counseling* mejora la eficacia de los manuales de autoayuda. Por lo tanto podemos decir que la terapia de autoayuda sola no es efectiva en el tratamiento del abuso de alcohol.

Los tratamientos de autoayuda han sido muy utilizados para tratar la depresión junto a la terapia tradicional. De hecho en una encuesta realizada por Starker (1988) encontró que del 60 al 97% de los terapeutas prescribe biblioterapia como parte del tratamiento. La biblioterapia y los tratamientos por ordenador se han demostrado prometedores en la ausencia o minimización del contacto con el terapeuta (Ackerson, Scogin, McKendree-Smith y Lyman, 1998; Cuijpers, 1997; Selmi, Klein, Greist, Sorrell y Erdman, 1990).

Mains y Scogin (2003) también revisaron los estudios sobre la eficacia de los tratamientos autoadministrados para los trastornos de ansiedad, aunque esto lo hemos visto

más detenidamente en la revisión de Newman et al. (2003). Mains y Scogin (2003) en este apartado también nombran los tratamientos autoadministrados para la fobia social. Principalmente estos tratamientos utilizan terapia cognitiva y técnicas de exposición. Estos autores destacan que hasta ese momento no se había investigado ningún tratamiento totalmente autoadministrado. Los tratamientos autoadministrados que se estudiaron se utilizaron junto a terapia aplicada por el terapeuta y los resultados no indicaron que el tratamiento autoadministrado aumentara el efecto de la terapia.

En su revisión Mains y Scogin (2003) también se centran en los tratamientos autoadministrados utilizados en problemas de salud en niños. Algunos ejemplos de estos tratamientos son vídeos para los padres de hijos con problemas de conducta (Webster-Stratton, Hollinsworth y Kolpanoff, 1989), biblioterapia cognitiva para adolescentes (Ackerson et al., 1998), y libros o cintas de audio para ayudar al manejo del dolor. Estas aplicaciones parecen prometedoras, pero no hay evidencia empírica de su eficacia. Elgar y McGrath (2003) en un revisión sobre los tratamientos autoadministrados para niños y familias concluyeron que era mejor utilizar la autoayuda como apoyo a la terapia tradicional y no sustituyendo a ésta.

Después de realizar la revisión de la eficacia de los tratamientos autoadministrados Mains y Scogin (2003) presentan una serie de recomendaciones:

1. Es aconsejable monitorizar el progreso del paciente y su respuesta al tratamiento. Esto se debe hacer por si hay cambios en la sintomatología del paciente que requieran un tratamiento más riguroso.
2. Otro punto importante es mantener los logros de la terapia mediante un programa de mantenimiento.
3. También hay que considerar las características individuales, los tratamientos autoadministrados no son adecuados para todos. En concreto, personas con trastornos mentales del eje II, con sintomatología severa, evitación emocional y problemas interpersonales es mejor que reciban tratamientos tradicionales. En este caso, los candidatos perfectos para los programas de autoayuda son: personas con una alta motivación, con iniciativa y actitudes positivas hacia la autoayuda.
4. Estos autores recomiendan incorporar diferentes medios como llamadas telefónicas, programas de ordenador y cintas de vídeo o audio en los tratamientos autoadministrados.
5. Además indican que el tener cierto contacto con el terapeuta es mejor que los tratamientos totalmente autoadministrados.

6. Por otra parte, Mains y Scogin destacan que el abuso del alcohol leve, la depresión y trastornos de ansiedad como la fobia específica pueden ser tratados con éxito mediante la terapia autoaplicada.
7. Aconsejan no utilizar los tratamientos autoadministrados en problemas de control de hábitos.
8. Destacan que lo que se ha definido en el mundo de la investigación como contacto mínimo con el terapeuta suele convertirse en la aplicación clínica en nada de contacto.
9. Recomiendan ir con cuidado a la hora de recomendar libros de autoayuda a los pacientes, ya que aunque hay muchos libros de autoayuda en el mercado, en muy pocos han sido evaluada su eficacia.

* * *

En suma, ya existen bastantes estudios que han analizado la utilidad de los procedimientos de autoayuda en el marco de los tratamientos psicológicos y han demostrado su utilidad para el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales. Ahora bien, respecto a la fobia social todavía no hay evidencia concluyente de la eficacia de los tratamientos autoadministrados, ya que no se han llevado a cabo apenas trabajos en este campo.

3. NUEVAS TECNOLOGÍAS Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

El auge de las nuevas tecnologías es un hecho y bastantes personas estarían de acuerdo en señalar que estos avances han mejorado nuestra calidad de vida. Su utilidad ha hecho que la sociedad haya asimilado las nuevas tecnologías muy rápidamente y como consecuencia se desarrollen a una mayor velocidad. Estos avances tecnológicos se han introducido en el campo científico, por lo que respecta a la psicología las nuevas tecnologías se han aplicado en el ámbito experimental, educativo, social, psicométrico y clínico (Bornas, Rodrigo, Barceló y Toledo, 2002). Algunas de las tecnologías utilizadas en este campo de la psicología clínica son los ordenadores PC o MAC, las agendas PDA, ordenadores portátiles, el teléfono, el teléfono móvil (mensajes de texto), Internet, la realidad virtual, la realidad aumentada y la televisión.

Hasta el momento, el ordenador ha sido la tecnología más utilizada como elemento terapéutico, probablemente por ser la herramienta de uso más generalizado y de mayor versatilidad. Por lo que se refiere a los programas aplicados por ordenador, normalmente, se basan en la terapia cognitivo-comportamental, la cual ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de un gran número de trastornos psicológicos. Asimismo, la terapia cognitivo-comportamental es especialmente adecuada para su aplicación por ordenador, ya que es una terapia estructurada que tiene bien delimitados los procedimientos.

La aplicación de las nuevas tecnologías al campo de los tratamientos psicológicos no es un modo distinto de intervención, sino que consiste en aplicar los mismos tratamientos cognitivo-conductuales mediante un formato diferente. Sin embargo, a pesar de contar con datos que demuestran la eficacia de las nuevas tecnologías, los terapeutas en el ámbito clínico han mostrado resistencia a la utilización de los ordenadores en la terapia (Dolezal-Wood, Belar y Snibbe, 1998). Las causas que nombran Bornas et al. (2002) son las siguientes:

- La resistencia al cambio propia de todo ser humano.
- El profesional puede sentirse amenazado al ver que algunas de las nuevas tecnologías pueden ir realizando progresivamente parte de su trabajo y llegar a sustituirlo.
- La falta de conocimiento que muchos terapeutas tienen de la aplicación de las nuevas tecnologías en el campo de la psicología clínica.
- Como la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales es similar a los tratamiento cognitivo-conductuales que incorporan las nuevas tecnologías, muchos optan por la terapia tradicional.

Como hemos visto, en la terapia de conducta desde hace años se han utilizado las nuevas tecnologías, ahora bien, no ha sido una forma masiva de utilización. A nivel de investigación se está trabajando en diseñar aplicaciones terapéuticas eficaces y que resultan rentables desde un punto de vista de coste-beneficio. A este respecto conviene subrayar el trabajo de Norcross y Hedges (2002), estos autores realizaron una encuesta a 62 psicoterapeutas expertos sobre la dirección que creen tomará la psicoterapia en la década que viene. Estos expertos destacaron el crecimiento de las intervenciones directivas, las autoaplicadas y la utilización de las nuevas tecnologías.

3.1. Tratamientos aplicados por ordenador

El uso de los ordenadores para la aplicación de tratamientos psicológicos no es algo nuevo, ya en la segunda mitad de la década de los 70 autores como Porter (1978), Slack (1978), Slack et al. (1976) y Witschi et al. (1976) desarrollaron un programa de ordenador diseñado para incrementar la conciencia de las personas sobre sus hábitos alimentarios con el objetivo de cambiarlos disminuyendo la cantidad de calorías ingeridas. Biglan, Villwock y Wick (1979) realizaron un programa por ordenador para el tratamiento de la ansiedad en situaciones de examen. El programa estaba compuesto por entrenamiento en relajación grabado en audio y desensibilización controlada por el ordenador. Los nueve niños a los que se aplicó el programa mejoraron en el posttratamiento.

En la década de los 80 se utilizaron los ordenadores para llevar a cabo tratamientos psicológicos en áreas como el tratamiento de la depresión (Selmi, Klein, Greist, Johnson y Harris, 1982), fumar excesivo (Schneider, 1986; Schneider, Walter y O'Donnell, 1990), obesidad (Burnet, Magel, Harrington y Taylor (1989), dificultad de adhesión al tratamiento (Sorrell, Greist, Klein, Jonson y Harris, 1982), disfunciones sexuales (Binik, Servan-Schrieber, Freiwald y Hall, 1988; Binik, Westbury y Servan-Schrieber, 1989). Para una revisión más detallada de las aplicaciones que se realizaron durante la década de los 80 en este campo puede verse en Bloom (1992).

Por lo que respecta a la utilización de ordenadores en el tratamiento de trastornos de ansiedad Chandler, Burck, Sampson y Wray (1988) y Chandler, Burck y Sampson, (1986) diseñaron un programa de ordenador para ayudar a superar las fobias mediante desensibilización sistemática. El programa permitía a los participantes crear su jerarquía personalizada. El protocolo de tratamiento estaba formado por el programa de ordenador, una cinta de audio para el entrenamiento en relajación e información impresa. Un total de 5 pacientes con diferentes fobias pasaron por el programa y en los resultados se vio una mejora significativa.

El grupo de investigación de Gosh (Carr, Gosh y Marks, 1988; Gosh y Marks, 1987; Gosh, Marks y Carr, 1988) desarrolló un programa de tratamiento por ordenador que entrenaba a los pacientes para aplicar la exposición in vivo. Carr et al. (1988) utilizaron este tratamiento en participantes agorafóbicos y lo compararon con un tratamiento en el que era una enfermera la que daba las mismas instrucciones que el ordenador. Ambos grupos resultaron ser eficaces y no se encontraron diferencias significativas entre ellos. En otro estudio, Gosh et al. (1988) compararon las siguientes condiciones: a) un grupo tratado por el

ordenador (N=28), b) un grupo tratado por un terapeuta (N=19) y un grupo al que se le proporcionó un libro de autoayuda (N=24). Cada una de las condiciones incluía participantes con agorafobia, fobia social o fobia simple. Como en el estudio anterior no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Gosh y Marks (1987) obtuvieron resultados similares con una muestra de pacientes agorafóbicos.

Un estudio controlado llevado a cabo por Ghosh, Marks y Carr (1984) comparó la eficacia de un programa de tratamiento por ordenador con el mismo programa realizado por un terapeuta y con un libro de autoayuda. Las tres condiciones de tratamiento estaban basadas en la técnica de exposición y daban exactamente las mismas instrucciones. Un total de 71 personas diagnosticadas de fobia simple fueron asignadas aleatoriamente a cada una de las condiciones experimentales. Los resultados obtenidos mostraron que los tres grupos mejoraron durante el tratamiento y esta mejora se mantuvo en el seguimiento a los 6 meses, además no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos después del tratamiento.

Por lo que respecta a los avances realizados en los 90 en la aplicación de los ordenadores en el tratamiento de problemas psicológicos, autores como Smith, Kirkby, Montgomery y Daniels (1997) realizaron un programa de tratamiento computerizado para superar la fobia a las arañas y lo pusieron a prueba en un estudio controlado en el que se compararon 3 versiones de este programa. El tratamiento se basa en autoexposiciones utilizando animaciones interactivas. Las condiciones experimentales son las siguientes: a) tratamiento de exposición a estímulos relevantes con *feedback*, b) tratamiento de exposición a estímulos relevantes sin *feedback*, y c) exposición a estímulos irrelevantes sin *feedback*. Por lo que respecta a los resultados informaron de una mejora significativa en los 3 grupos y ésta se mantuvo en el seguimiento. Además no se encontraron un efecto principal ni un efecto interacción significativos entre los grupos.

En otros casos se ha utilizado la combinación de la tecnología de respuestas telefónicas interactivas por medio de la voz con programas de ordenador. En este sentido, el programa *Behavior Therapy Steps* (Pasos en Terapia de Conducta) para el tratamiento del TOC se ha aplicado en EEUU e Inglaterra vía telefónica (Marks et al., 1998) y, posteriormente fue replicado (Bachofen et al., 1999). El sistema se diseñó con el propósito de que el contacto entre el usuario y el coordinador del programa sea mínimo (contactos vía teléfono o correo), de tal forma que el tiempo medio que dedicó el coordinador a cada participante fue de 90 minutos. El programa se administró a 40 participantes en el trabajo realizado por Marks et al. (1998) y a 21 participantes en el llevado a cabo por Bachofen et al.

(1999). En los resultados vemos cómo la mayoría de los participantes completó la autoevaluación (76%) y un 48% de los que completaron la evaluación iniciaron el tratamiento y mejoraron de forma significativa en la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Coldwell et al. (1998) realizaron el programa *Computer Assisted Relaxation Learning* (Entrenamiento en relajación asistido por ordenador). Este programa es un tratamiento para la fobia al dentista que opera fundamentalmente de dos modos: in vitro, el ordenador controla las secuencias (relajación, exposición); e in vivo, el ordenador presenta directrices para que las pueda utilizar el dentista o higienista mientras está aplicando el programa a un paciente. Este sistema se utilizó durante 18 meses y un total de 52 participantes lo finalizaron. Los resultados mostraron que el programa era eficaz, ya que disminuyó significativamente el miedo a las inyecciones dentales, además de aceptar el recibir una inyección al finalizar el tratamiento y a la semana de terminarlo.

Dolezal-Wood et al. (1998) realizaron un estudio en una muestra de personas con distintos trastornos de ansiedad. Este autor examinó si un programa de ordenador que proporcionaba intervención individualizada en un grupo de terapia incrementaría el binomio coste-beneficio. Para ello comparó dos condicionales experimentales: a) tratamiento de grupo cognitivo-comportamental apoyado con biblioterapia y tareas para casa, y b) tratamiento en el que la mitad de la sesión se llevaba a cabo con el ordenador (solución de problemas) y la otra mitad era terapia de grupo dedicada a procesar la información que acababan de adquirir. Los resultados mostraron que ambas condiciones fueron igualmente efectivas.

Newman, Kenardy, Herman y Taylor (1997) utilizaron una agenda PDA que demostró ser útil para el tratamiento del trastorno de pánico (ver apartado 3.2.). Shaw, Marks y Toole (1999) aplicaron un tratamiento totalmente autoadministrado por ordenador ("*Fearfighter*") a 17 pacientes diagnosticados de trastorno de pánico o claustrofobia, 15 de ellos terminaron el tratamiento y 6 mejoraron de forma importante. Posteriormente, el programa se aplicó a 6 participantes y 3 de ellos mejoraron bastante.

Además de estos estudios que acabamos de nombrar en la década de los 90 se realizaron otros estudios para la aplicación de tratamientos computerizados a la depresión (Bowers, Stuart y MacFlarne, 1993; Osgood-Hynes et al., 1998; Yates, 1996; Selmi et al., 1990), obesidad (Burnett, Taylor y Agras, 1992), dolor crónico (Kenardy y Adams, 1993), alcoholismo (Heter y Delaney, 1997) y tabaquismo (Curry, McBride, Grothaus, Louie y Wagner, 1995; Schneider y Shwartz, 1995), estos estudios ponen de manifiesto la utilidad de los tratamiento por ordenador en trastornos distintos a los trastornos de ansiedad.

En la década actual también se han utilizado tratamientos computerizados para hacer frente a los trastornos de ansiedad, un ejemplo es el tratamiento llamado “Beating the Blues”. Éste es un tratamiento cognitivo-conductual que fue creado por Proudfoot et al. (2003) para aplicarlo a personas ansiosas y/o deprimidas. Este tratamiento se aplicó a 167 personas que cumplían criterios de depresión y/o ansiedad (incluyendo fobias y/o pánico). Los participantes se asignaron aleatoriamente a las siguientes condiciones experimentales: a) ser tratados por “*Beating the Blues*” y b) tratamiento aconsejado por el médico de familia. Los resultados mostraron que los participantes tratados por el programa de ordenador mejoraron significativamente comparados con los participantes tratados por el médico de familia, y estos cambios se mantuvieron a los 6 meses. Estos resultados fueron replicados un año después en una muestra más amplia de 274 participantes (Proudfoot et al., 2004). El mismo año MCrone et al. (2004) realizaron un estudio para analizar el binomio coste-beneficio del programa “*Beating the Blues*”, con este objetivo asignaron aleatoriamente 123 y 138 pacientes a la condición tratados por el médico de familia o por el programa “*Beating the Blues*”. Los resultados mostraron que el tratamiento computerizado era eficaz y significativamente más barato que el aconsejado por el médico de familia.

Cavanagh et al. (2004) realizaron un estudio para comprobar la eficacia del programa “*Beating the Blues*” aplicado en centros de salud con el mínimo apoyo por parte de los investigadores. Un total de 229 personas con problemas de ansiedad y/o depresión completaron el programa. Un profesional de la salud era quien decidía que el programa era adecuado para el paciente y durante el tratamiento un auxiliar clínico se aseguraba durante los 5 primeros minutos de cada sesión que el paciente entendía el funcionamiento del ordenador. Los pacientes mejoraron significativamente en el postratamiento y los resultados se mantuvieron a los 6 meses.

Por lo que respecta a programas por ordenador creados para trastornos de ansiedad, Kenwright, Liness y Marks (2001) realizaron un programa de autoayuda llamado “*FearFighter*” para el tratamiento de las fobias y el trastorno de pánico. Este programa fue aplicado a 54 participantes diagnosticados de fobia o trastorno de pánico, el tratamiento se llevo a cabo en 6 sesiones. En cada sesión el paciente trabajaba 20 minutos con una enfermera y 40 minutos con el ordenador. Los datos de estos 54 pacientes se compararon con los datos de 31 pacientes que recibieron el mismo tratamiento guiado por un terapeuta. Ambos grupos mejoraron en igual medida, pero los pacientes que utilizaron el “*FearFighter*” requirieron el 86% menos de tiempo por parte del terapeuta.

En un estudio controlado llevado a cabo por Marks, Kenwright, McDonough, Wittaker, M. y Mataix-Cols (2003) se demostró que con el mismo dinero “*FearFighter*” podía tratar 4 veces más pacientes por hora que con la terapia cara a cara, ya que no requiere tanto tiempo por parte del terapeuta y no hay tiempo de espera ni por parte del terapeuta, ni del paciente. Un año después publicaron otro estudio controlado (Marks et al., 2004) en el que compararon la eficacia del programa “*FearFighter*” con terapia cognitivo conductual llevada a cabo por un terapeuta (N=90). Los resultados demostraron que este programa es tan eficaz como el llevado a cabo por el terapeuta y, además reduce un 73% el tiempo invertido por el terapeuta. Como veremos más adelante en el apartado de telepsicología, este mismo grupo de investigación modifica este programa para poder acceder a él por Internet desde casa (Kenwright y Marks, 2004).

Algunos de los programas autoadministrados que hemos nombrado se aplicaron en una clínica que se abrió durante 15 meses exclusivamente para aplicar tratamientos autoadministrados por ordenador de forma gratuita (Marks, Kenwright et al., 2003). Los sistemas que se utilizaron fueron: “*FearFighter*” para las fobias y/o el pánico (Kenwright et al., 2001; Marks, Kenwright et al., 2003), “*Cope*” para la depresión y/o la ansiedad (Osgood-Hynes et al., 1998), “*Balance*” para ansiedad generalizada y/o depresión (Yates, 1996) y “*BTSteps*” para el TOC (Marks et al., 1998). Este servicio se anunció en centros de salud, periódicos, etc. Un total de 355 personas se mostraron interesadas, a 266 se les realizó un *screening*, de éstos 210 cumplieron los criterios de inclusión y un total de 108 pacientes completaron el tratamiento. Los resultados mostraron que los participantes que utilizaron el “*FearFighter*”, el “*Cope*” o el “*BTSteps*” obtuvieron una mejoría clínicamente significativa y se mostraron satisfechos con el tratamiento. En este estudio se concluyó que los programas autoadministrados guiados por el ordenador son una opción que reduce el tiempo de interacción terapeuta-paciente, y por lo tanto el coste de la terapia.

Otros campos de aplicación de los tratamientos dirigidos por ordenador que se han llevado a cabo desde el año 2000 son la depresión (Wright, Wright, Basco, Albano y Raffield, 2001) y la bulimia nerviosa (Murray et al., 2003).

Como hemos visto los tratamientos dirigidos por ordenador se han utilizado desde hace tres décadas para el tratamiento de varios trastornos mentales, aunque este campo se ha potenciado con más fuerza desde la década de los 90 hasta la actualidad. Los datos de estos trabajos son alentadores e indican que los programas dirigidos por ordenador resultan eficaces y mejoran el binomio coste-beneficio.

3.2. Agendas personales PDA y ordenadores portátiles

En este apartado analizaremos los trabajos que utilizan las agendas personales PDA y los ordenadores portátiles para el tratamiento de trastornos mentales porque ambos tienen la cualidad de ser portátiles. Algunos estudios han centrado su atención en el uso de estas tecnologías como auxiliares a la terapia cognitivo-conductual, ya que permiten extender la terapia más allá de la hora de terapia individual o grupal y se han utilizado principalmente en los trastornos de ansiedad, concretamente en el TOC (Baer, Minichiello y Janike, 1987; Baer, Minichiello, Janike y Holland 1988), el TAG (Newman, Consoli y Taylor, 1999), el trastorno de pánico (Newman, Kenardy, Herman y Taylor, 1996; Newman, Kenardy et al., 1997), la fobia social (Gruber, Taylor y Roth, 1996; Gruber et al., 2001), aunque también se han utilizado para tratar obesidad (Agras, Taylor, Feldman, Losch y Burnett, 1990; Burnett, Taylor y Agras, 1992) y adicción al tabaco (Brandon, Copeland y Saper, 1995). Las técnicas terapéuticas que habitualmente han aplicado estos ordenadores en los trastornos de ansiedad han sido la reestructuración cognitiva (Newman, Kenardy et al., 1997; Newman et al., 1999; Gruber et al., 1996; Gruber et al., 2001), el entrenamiento en relajación (Newman, Kenardy et al., 1997; Newman et al., 1999), la desensibilización sistemática y la exposición (Gruber et al., 1996). También se han utilizado como monitorización y feedback, además de administración de refuerzos en el tratamiento de la obesidad (Agras et al., 1990; Burnett et al., 1992), así como, en la terapia de adicción al tabaco (Brandon et al., 1995).

Los primeros trabajos publicados que utilizaron estas tecnologías fueron 2 estudios de caso llevados a cabo por Baer, Minichiello y Janike (1987) y por Baer et al. (1988). En estos estudios pacientes con TOC utilizaron el ordenador portátil en casa y una agenda personal PDA fuera de casa. Este tratamiento se aplicó a dos pacientes que no respondían a la terapia comportamental aplicada por el terapeuta. Los pacientes consultaban el programa cada vez que tenían la urgencia de hacer un ritual, éste les daba instrucciones para que se resistieran a hacer el ritual durante 3 minutos y les recordaba que no hacer el ritual no tenía consecuencias negativas. El programa guardaba información sobre la fecha, hora, intensidad y frecuencia en la que se daba la urgencia por hacer el ritual y daba al paciente *feedback* sobre el número de veces al día que no había podido resistirse a hacerlo. Los resultados en ambos estudios de caso mostraron que los pacientes mejoraron en cuanto a la reducción de rituales y obediencia a las instrucciones del ordenador en la prevención de respuesta. Sin embargo, cuando los pacientes no utilizaban el ordenador ni la agenda personal los rituales en los contextos en los

que estaban asociados volvieron a la línea base. En este sentido, es posible que el ordenador portátil y la agenda personal funcionaran como signo de seguridad.

Newman, Kenardy et al. (1997) llevaron a cabo un estudio controlado en el que utilizaron un programa de ordenador para el trastorno de pánico. Las condiciones experimentales fueron las siguientes:

a) Un grupo tratado mediante terapia cognitivo-conductual individual con una duración de una hora semanal durante 12 semanas (CBT12). A los pacientes se les asigna trabajo para casa y lecturas cada semana.

b) El segundo grupo fue tratado mediante terapia cognitivo-conductual en sesiones individuales con el apoyo de una agenda personal. En este caso las sesiones fueron también semanales y fueron un total de 4 (6 horas en total) (CBT4). Los pacientes utilizaron la agenda personal en la línea base como diario, y en el tratamiento como diario y como herramienta de tratamiento. A partir de la cuarta sesión los pacientes utilizaron la agenda personal durante 8 semanas más, finalmente se hizo la evaluación posttest. Ambos tratamientos tuvieron componentes cognitivos, comportamentales y de relajación. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos tratamientos en el posttest en algunas medidas, siendo el CBT12 más eficaz, sin embargo, estas diferencias desaparecen en el seguimiento a los 6 meses. Por lo tanto, a diferencia de Baer et al. (1987), estos investigadores vieron como los pacientes mantuvieron e incluso mejoraron después de haberles eliminado la utilización de la agenda personal PDA.

Newman et al. (1999) desarrollaron un programa de ordenador para el TAG. El programa incorporó evaluación estructurada, terapia cognitiva, respiración lenta, relajación muscular progresiva, imágenes agradables y exposición en imaginación. Tres pacientes que cumplían criterios de TAG fueron tratados mediante el ordenador portátil junto a 6 sesiones de tratamiento cognitivo conductual en grupo. Los pacientes utilizaron el ordenador portátil durante tan solo 12 semanas. A los 6 meses los pacientes mantuvieron los logros del tratamiento y no cumplieron criterios de TAG. Por lo tanto, en este caso la agenda personal tampoco sirvió de conducta de seguridad.

Asimismo, estas tecnologías se han utilizado como apoyo a un programa de tratamiento comportamental para la obesidad (Burnett et al., 1985). La agenda personal PDA se utilizaba en la línea base para registrar variables como cantidad de calorías tomadas o la actividad física, y durante el tratamiento daba información al paciente del total de calorías tomadas, el límite de calorías que podía tomar en un día y el porcentaje de calorías del día tomadas. Este estudio tenía dos condiciones experimentales: a) tratamiento cognitivo

comportamental individual con registros de papel y lápiz, b) tratamiento cognitivo comportamental individual y la agenda personal PDA. Los resultados obtenidos apoyan la utilización de la agenda personal PDA, ya que después del tratamiento los participantes de la condición que utilizaba la agenda personal PDA habían perdido una media de 3,7 kg (SD=1,2 kg) y los que registraban con papel y lápiz una media de 1,5 kg (SD= 1,5 kg). Esta diferencia se mantuvo en el seguimiento a los 8 meses.

Estas nuevas tecnologías también se han aplicado al tratamiento para dejar de fumar (Brandon et al., 1995). En concreto, la utilidad de un pequeño ordenador portátil era dar mensajes de apoyo al paciente que había dejado de fumar, en situaciones de riesgo de recaídas. Por lo tanto, su función era reducir el impacto del afecto negativo mediante mensajes de audio (por ejemplo, “piensa en las ventajas de no fumar que ya has notado”). En este estudio había 2 condiciones experimentales: a) tratamiento cognitivo comportamental standard para dejar de fumar (N=19), y b) el mismo tratamiento seguido de 2 meses utilizando el ordenador con los mensajes (N=22). No se encontraron diferencias entre ambas condiciones en el seguimiento al año. Aunque si que se vio que las personas que utilizaron el ordenador con más frecuencia después del tratamiento hacían uso de las habilidades de afrontamiento más a menudo, y fumaban menos.

Otro programa para una agenda PDA fue creado por Gruber et al. (1996) para la fobia social. Este programa está formado por reestructuración cognitiva e instrucciones de exposición. El estudio utilizó un diseño controlado con las siguientes condiciones experimentales: a) un grupo de personas que recibió tratamiento cognitivo-comportamental en grupo durante 12 sesiones (CBGT12), b) un grupo de tratamiento cognitivo comportamental abreviado realizado en 8 sesiones (CBGT8), y c) un grupo tratado en 8 sesiones mediante tratamiento cognitivo comportamental abreviado y el apoyo de la agenda PDA (CBGT8+ord), y d) grupo control lista de espera. Los resultados mostraron que CBGT12 fue superior al grupo CBGT8+ord, aunque estas diferencias desaparecieron en el seguimiento a los 6 meses.

Gruber et al. (2001) realizaron un estudio en el que asignaron aleatoriamente a 54 fóbicos sociales a uno de estos tres grupos: a) tratamiento cognitivo comportamental administrado en 12 sesiones grupales, b) tratamiento cognitivo comportamental administrado en 8 sesiones grupales utilizando una agenda PDA para facilitar las tareas para casa, y c) el grupo lista de espera. En el postratamiento, el tratamiento cognitivo comportamental demostró ser significativamente mejor que la lista de espera en todas las medidas de autoinforme y en la mayoría de autoinformes relacionados con el test comportamental. Por otro lado, el grupo que utilizó la agenda PDA para cumplimentar las tareas para casa obtuvo

una mejora significativa comparado con la lista de espera en la mayoría de medidas relacionadas con el test comportamental, aunque no se obtuvieron diferencias significativas en las medidas de autoinforme. Cuando se compararon los dos grupos de tratamiento en el postratamiento y en el seguimiento no se encontraron diferencias significativas, excepto que los participantes que realizaron tareas para casa mediante la agenda PDA tuvieron significativamente más pensamientos positivos al final del tratamiento que el grupo tratado mediante tratamiento cognitivo comportamental. Aunque el tratamiento cognitivo-conductual en grupo parecía tener una mayor eficacia que la terapia asistida por ordenador en el postratamiento, en el seguimiento estas diferencias desaparecieron siendo ambos tratamientos igualmente eficaces.

El uso de las PDA y de los portátiles a lo largo del proceso terapéutico tiene una serie de ventajas (Newman, Consoli y Taylor, 1997):

- La terapia cognitivo-comportamental requiere la repetición de instrucciones y demostración de habilidades. Por lo tanto, las tecnologías que hemos nombrado dejan al terapeuta más tiempo para tareas que no sean tan monótonas y poco interesantes. De tal forma que usar ordenadores junto a la terapia incrementa su eficacia y reduce el tiempo de contacto, incrementando el binomio coste-beneficio (por ejemplo, Newman, Kenardy et al., 1997).
- El paciente puede utilizar el PDA o el portátil cuando anticipa, está sufriendo o acaba de sufrir una situación que le provoca ansiedad. En esa situación el ordenador le ayuda mediante técnicas de reducción de la ansiedad. Además, practicar una técnica en ambiente natural refuerza el uso sistemático de habilidades de terapia y ayuda a generalizar su impacto.
- Estas herramientas ayudan al paciente a adherirse al tratamiento, así que en el caso de que no tenga la habilidad de estructurarse, el ordenador le avisa cuando tiene que practicar.
- El tener acceso al ordenador en cualquier momento puede ayudar a los pacientes evitadores a sentirse más equipados para hacer frente a las situaciones temidas. Por ejemplo, Kenardy y Adams (1993) vieron que una mujer agorafóbica informó sentirse protegida con una agenda personal.
- El PDA o el portátil se pueden utilizar para la monitorización de la ansiedad en contexto natural. Esto también ayuda a que el terapeuta pueda llevar a cabo un adecuado análisis funcional y que determine qué técnicas ayudan al paciente en una situación concreta.

- El programa presenta la información al terapeuta de forma resumida y fácilmente interpretable, esto es algo que ahorra tiempo y esfuerzo al terapeuta.

Aunque acabamos de ver bastantes ventajas que apoyan el uso de las agendas personales y los ordenadores portátiles, hemos de admitir que su uso no está exento de inconvenientes (Newman, Consoli et al., 1997):

- Los pacientes pueden tener miedo a utilizar estas herramientas porque pueden llamar la atención de la gente.
- También es posible que los pacientes olviden llevar consigo estas tecnologías.
- En algunos casos, el llevar consigo una PDA o un portátil puede convertirse en una conducta de seguridad.
- El esfuerzo requerido es muy grande para desarrollar un programa de ordenador para la terapia.

Hasta el momento las agendas PDA y los ordenadores portátiles han demostrado ser una herramienta de gran utilidad como apoyo a la terapia de trastornos de ansiedad como el TOC, el TAG, el trastorno de pánico y la fobia social.

3.3. La realidad virtual (RV) aplicada al campo de los tratamientos psicológicos

La realidad virtual es una nueva tecnología a medio camino entre la televisión y los ordenadores, que constituye otro paso en la evolución que nuestra especie ha hecho del uso de herramientas. Aunque es conveniente destacar que se trata de una herramienta algo especial, ya que nos permite ver, oír y sentir en un mundo creado gráficamente en tres dimensiones e interactuar con él (Perpiñá, Botella y Baños, 1997).

Los primeros usos de la RV se llevaron a cabo en grandes compañías aéreas o centros de investigación en todo el mundo, como el programa aeroespacial americano y el programa aeroespacial en Rusia. Actualmente esta tecnología, dado que se ha abaratado mucho, desde un punto de vista de coste beneficio se está utilizando en muchos ámbitos como el de la salud.

Nuestro interés en este apartado se centra en el campo de los tratamientos psicológicos. En este sentido, se han señalado una serie de ventajas que tiene esta herramienta que apoyan la investigación de la RV en el ámbito de la psicología clínica (Botella, Perpiñá y Baños, 2000):

- La exposición en RV permite el control de la situación a la que se está enfrentando el paciente.
- La RV ayuda a la persona a sentirse presente y juzgar la situación como real.
- La RV permite provocar situaciones difíciles que van más allá de la realidad.
- La RV es una fuente importante de eficacia personal.
- La RV ofrece privacidad y confidencialidad.

En cuanto a los trastornos en los que se aplica y se utiliza la RV dentro de la psicología clínica, aquí nos centraremos en la utilización de la RV en los trastornos de ansiedad.

Por lo que respecta a la **acrofobia**, se han invertido muchos recursos en averiguar la eficacia de la terapia de exposición en RV para el tratamiento de la fobia a las alturas. Tras una revisión de la literatura hemos encontrado 4 estudios de caso (Choi, Jang, Ku, Shin y Kim, 2001; Kamphuis, Emmelkamp y Krijn, 2002; North et al., 1996a, 1996b, 1996c; Rothbaum et al., 1995) y cuatro estudios controlados (Emmelkamp, Bruynzeel, Drost y Van der Mast, 2001; Emmelkamp et al., 2002; Krijn et al., 2004; Rothbaum et al., 1995). Todos estos estudios utilizaron por una parte estímulos auditivos y visuales y, por otra, estimulación táctil como una plataforma o una barandilla donde el participante se podía apoyar. En cuanto a los resultados estos estudios apoyan la eficacia de la exposición en RV para los pacientes

acrófbicos, tan solo el estudio de caso de Kamphuis, Emmelkamp y Krijn (2002) no encontró una mejoría significativa después de 3 sesiones de exposición en RV.

La eficacia de un tratamiento de exposición en RV para la **clautrofobia** fue examinada mediante un estudio de caso (Botella et al., 1998) y una serie de casos con un diseño entre grupos de línea base múltiple (Botella, Baños, Villa, Perpiña y García-Palacios, 2000). Los resultados mostraron que tanto el miedo, como la evitación a los espacios cerrados disminuyeron en todas las medidas, y en el segundo estudio esta mejora se mantuvo en el seguimiento al mes y a los 3 meses.

Los estudios que han centrado su atención en la **fobia a conducir** han sido un estudio de caso (Wald y Taylor, 2000), un estudio con un diseño entre grupos de línea base múltiple (Wald y Taylor, 2003) y un estudio abierto en el que Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan y Wiederhold (2003) querían averiguar la eficacia de la combinación de juegos de ordenador en los que había que conducir y ambientes de realidad virtual para el tratamiento de la fobia a conducir. Los resultados de estos estudios apoyaron la utilización de la RV para el tratamiento de la fobia a conducir.

La **fobia a volar** ha sido uno de los trastornos más estudiados en la aplicación de la exposición en RV, quizás tanto el tiempo que uno necesita para exponerse in vivo como el coste económico que supone han sido razones imperantes para llevar a cabo estas investigaciones. Los estudios que se han llevado a cabo en este campo han sido 5 estudios de caso (Baños, Botella Perpiñá y Quero; 2001; North, North y Coble; 1997; Rothbaum, Hodges, Watson, Kessler y Opdyke; 1996; Wiederhold, Gervitz y Weiderhold, 1998; Klein; 2000), 2 estudios no controlados (Kahan, Tanzer, Darwin y Borer, 2000; Mülherberg, Herrmann, Wiedemann, Ellgring y Pauli, 2001), 3 estudios controlados (Maltby, Kirsch, Mayers y Allen, 2002; Mühlberger, Wiedemann y Pauli, 2003; Rothbaum, Hodges, Smith, Lee y Price, 2000) y un estudio controlado con línea base múltiple (Botella, Osma, García-Palacios, Quero y Baños, 2004). Los resultados de estos estudios apoyan la eficacia de la exposición en RV para el tratamiento de la fobia a volar.

El primer estudio realizado en el campo de la RV aumentada y **la fobia a las arañas** fue un estudio de caso que lo llevaron a cabo Carlin, Hoffman y Weghorst (1997). Después de este estudio se llevaron a cabo dos estudios controlados (García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002; Hoffman, García-Palacios, Carlin, Furness y Botella, 2003). Los resultados de estos estudios mostraron que la exposición en RV aumentada era efectiva en el tratamiento de la fobia a las arañas.

En el tratamiento del **trastorno de pánico** algunos autores como Vincelli, Choi, Molinari, Wiederhold y Riva (2000), Moore, Wiederhold, Wiederhold y Riva (2002) y Botella, Villa et al. (2004) han realizado investigaciones con el objetivo de crear ambientes virtuales válidos para el tratamiento del trastorno de pánico. Los estudios controlados llevados a cabo en este campo son los de Vincelli et al. (2003) y Botella et al. (en prensa). Los resultados de estos estudios apoyaron la eficacia de la exposición en RV para el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia.

Por lo que respecta a la aplicación de la RV al tratamiento del **trastorno por estrés postraumático** (TEPT) vemos como la mayoría de estudios realizados son estudios de caso (Botella et al., 2006; Defide y Hofman, 2002; Rothbaum et al., 1999; Rothbaum, Ruef, Linz, Han y Hodges, 2004), aunque también se ha llevado a cabo un ensayo clínico con 10 veterano del Vietnam (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcon, 2001). Estos estudios muestran resultados positivos en cuanto a la utilización de la RV en el tratamiento del TEPT.

3.3.1. La aplicación de la RV al tratamiento de la fobia social

El primer trabajo en este campo lo realizaron North, North y Coble (1998), en el que 16 participantes diagnosticados de MHP fueron asignados a una de las 2 condiciones de tratamiento: a) tratamiento de exposición en RV a escenas relevantes para su miedo (N=8) y b) grupo de comparación en donde se utilizaba exposición en RV a escenas no relacionadas con su MHP, y en el que los participantes fueron guiados por los investigadores para manejar su miedo mediante técnicas de visualización o autoexposición a la situación temida (N=8). En ambos grupos el tratamiento se llevo a cabo en 5 sesiones. Las variables medidas en este estudio fueron: la ansiedad, la evitación, las actitudes y la activación fisiológica asociadas al MHP antes y después del tratamiento. Por lo que respecta a los resultados, se encontraron diferencias significativas entre los 6 participantes que completaron la exposición en RV a escenas relevantes y el grupo de exposición a escenas virtuales no relevantes. El grupo tratado mediante RV a escenas relevantes mostró una mejoría significativa, mientras que en el otro grupo no se encontraron cambios. Los autores concluyeron que la exposición en RV a escenas relevantes era capaz de reducir el MHP. Aunque hay que tener en cuenta al interpretar los resultados de este estudio que presenta limitaciones importantes (Krijn et al., 2004), dado que es tan solo un estudio descriptivo y no hay datos ni análisis que apoyen estas conclusiones.

Otro estudio en el que se utilizó la realidad virtual para el tratamiento del MHP fue el de Harris, Kemmerling y North (2002). Los participantes eran estudiantes universitarios que

puntuaron más de 16 en el PRCS (Paul, 1966) y quisieron participar voluntariamente en el estudio, éstos se asignaron aleatoriamente a una de las siguientes condiciones: a) terapia individual de exposición mediante realidad virtual (N=8) y b) grupo control de lista de espera (N=6). El tratamiento mediante realidad virtual constó de cuatro sesiones de exposición de una duración de 15 minutos. Los participantes de esta condición mejoraron, esto es, hubo una reducción de la ansiedad y la evitación a hablar en público, que se midieron mediante autoinformes y la tasa cardiaca durante una situación de hablar en público. Una limitación importante de este estudio es el no haber utilizado una medida comportamental para medir la eficacia del tratamiento.

Anderson, Rothbaum y Hodges (2003) realizaron 2 estudios de caso en los que utilizaron la exposición en RV pero llevaron a cabo diferentes cursos de tratamiento, por un parte, terapia semanal en 10 sesiones y, por otra, terapia intensiva en 3 días (8 sesiones). Ambas participantes cumplieron criterios de fobia social específica (MHP). El escenario de RV consistía en un escenario con personas en un aula virtual. Los resultados indicaron que el tratamiento tuvo éxito, tanto en la realización de un test de evitación comportamental, como en una disminución en las medidas de autoinforme que miden MHP comparable a la conseguida en los estudios controlados para la fobia social. Además los pacientes manifestaron haber mejorado después del tratamiento. En el seguimiento a los 8 meses obtenido en una de las participantes se mostró como la mejoría continuaba después del tratamiento. Estos resultados preliminares sugirieron que la RV podía ser una herramienta útil para la terapia de exposición en la ansiedad social.

Slater, Pertaud y Steed (1999) diseñaron un software para estudiar aspectos del MHP en ambientes de RV. El escenario era un seminario con 8 avatares sentados en semicírculo de cara al participante. Los avatares podían parpadear, asentir con la cabeza, bostezar, levantarse, aplaudir y salir del seminario, esto es, dar muestra de signos facilitadores o perturbadores. En este estudio 10 participantes voluntarios no clínicos recibieron 9 dólares por su colaboración y tenían que hablar delante de los 8 avatares tres veces. La persona tenía que hablar en 3 situaciones ante un público virtual, en la primera la reacción de la audiencia podía ser agradable o desagradable y, en la segunda, se presentaba la reacción de la audiencia diferente a la anterior. En la tercera exposición la audiencia comenzaba con reacciones hostiles para terminar con reacciones positivas (por razones éticas). De los resultados se desprende que a un mayor interés por parte de la audiencia percibido por el participante una mayor satisfacción con el desempeño de la tarea y mayor reducción en la ansiedad experimentada al hablar en público. También se vio como la presencia influía en la percepción de la audiencia,

de tal modo, que si un participante se sentía presente percibía una “mala” situación como peor y una buena situación como “mejor”. Por lo tanto parece que las personas responden apropiadamente a las audiencias negativas o positivas, incluso cuando estas son totalmente virtuales.

Unos años más tarde Pertaud, Slater y Baker (2002) procedieron a la validación del software que acabamos de nombrar. En este trabajo estudiaron la respuesta de ansiedad de 40 participantes diagnosticados de MHP al realizar una presentación de 5 minutos ante una audiencia virtual. La audiencia podía tener un comportamiento neutro, positivo o negativo. Otra variable independiente a tener en cuenta era la inmersión: la mitad de los participantes afrontaron la audiencia virtual mediante un casco de RV (*head-mounted display*) y, la otra mitad, solo utilizaron un monitor. Cada participante dio la charla 2 veces, cada una ante una audiencia diferente, aunque en el análisis se presentaron tan solo los resultados de la primera charla, siendo un diseño entre grupos (los que hablaron ante una audiencia negativa, positiva y neutra). Los resultados mostraron que la confianza al hablar en público, medida por el cuestionario PRCS (Paul, 1966), correlacionó significativa y positivamente, en las audiencias que mostraron un comportamiento positivo y neutro, en cambio, en las audiencias con un comportamiento negativo no se encontró una correlación significativa. Por lo que respecta a la respuesta somática los participantes mostraron un mayor nivel de ansiedad para las audiencias negativas. En cuanto al nivel de satisfacción con el desempeño de la charla era mayor en la audiencia neutra.

El grupo de investigación dirigido por Légeron diseñó un protocolo clínico con el objetivo de evaluar la eficiencia de la terapia en RV en el tratamiento de la fobia social. Roy et al. (2003) llevaron a cabo un ensayo clínico con un diseño entre grupos en 10 participantes diagnosticados de fobia social. En este estudio preliminar compararon el protocolo de tratamiento en RV (N=4) con el tratamiento cognitivo-comportamental en grupo para la fobia social (N=6). El tratamiento en RV constaba de 12 sesiones, una primera sesión en la que se introducía la terapia a la persona y ésta se familiarizaba con el mundo virtual y 11 sesiones de exposición a los escenarios de RV. Se utilizaron cinco escenarios, uno de ellos fue creado con el propósito de familiarizarse con el ambiente virtual, los demás son específicos para el tratamiento de la fobia social. Cada uno de los cuatro escenarios virtuales creados con una finalidad clínica recibieron un nombre, el escenario de **ejecución** consistía en una sala de reuniones en la que el paciente tenía que presentar un proyecto ante siete personas, el objetivo de este ambiente era que el paciente aprendiera a hablar en público. Otro escenario lo llamaron **intimidación** y en éste el paciente aprendía a establecer contacto con los vecinos y

amigos. El escenario era un apartamento con una mesa preparada para comer, un salón, una cocina y objetos decorativos como lámparas, estanterías y cuadros. La situación en la que el paciente se encontraba era que un amigo lo invitaba a comer junto con cuatro amigos, el paciente se tenía que presentar a los demás, hablar sobre la decoración de la casa y contestar a algunas preguntas. El escenario llamado **escrutinio** fue creado para que el paciente aprendiera a moverse y hablar cuando había personas que lo estaban observando. En este ambiente el paciente caminaba por la calle hasta una cafetería, había bastante gente en la calle que lo estaba mirando desde los bancos, las terrazas o estando de pie, él tenía que entrar en la cafetería, buscar a un amigo, coger una silla libre y comenzar una conversación con él, después el camarero se acercaba a tomar nota y además había un error en la cuenta que el paciente tenía que reclamar. El escenario de **asertividad** es el que el paciente aprendía a proteger sus intereses y puntos de vista y a ser respetado. El ambiente virtual creado para ello fue un edificio con tres plantas, una calle y una tienda. Las situaciones a las que se enfrentaba el paciente eran las siguientes: oír a dos personas que estaban en el ascensor del edificio criticándolo, en el hall tres personas bloqueaban la salida y en la tienda el director y dos dependientas intentaban repetidamente venderle unos zapatos. Los resultados mostraron una mejoría significativa en la sintomatología depresiva y ansiosa medidas mediante el HAD (*The Zigmond and Snaith Hospital Anxiety Depression*; Zigmond y Snaith, 1983) y BDI-13 (*Short Beck Depression Inventory*; Beck y Beamesderfer, 1974). La exposición en RV resultó ser tan eficaz como el tratamiento cognitivo-comportamental en medidas de ansiedad y evitación en fobia social como la LSAS (Liebowitz, 1987) y la RAS (Rathus Assertiveness Schedule; Rathus, 1973).

Dos años más tarde Klinger et al. (2005) realizaron un estudio controlado para comprobar la eficacia del programa diseñado por Roy et al. (2003). La muestra estaba formada por 36 participantes diagnosticados de fobia social, éstos fueron asignados aleatoriamente a una de las 2 condiciones: a) tratamiento cognitivo-conductual mediante exposiciones en RV en sesiones individuales (N=18), y b) tratamiento cognitivo-comportamental en grupo (N=18). Ambos tratamientos se llevaron a cabo en 12 semanas y las sesiones se realizaron de acuerdo con un manual de tratamiento. Los resultados mostraron una mejoría estadística y clínicamente significativa para ambos grupos en medidas de ansiedad social como la LSAS (Liebowitz, 1987), la RAS (Rathus, 1973) y el SCIA (*The Questionnaire on Social Contexts Inducing Anxiety*; André y Légeron, 1995). Por lo que respecta al funcionamiento general de los participantes medido mediante la HAD (Zigmond y Snaith, 1983), la CGI (*The Clinical Global Impressions*; Guy, 1976), *The Sheehan Incapacity*

Scale (Sheehan, Ballenger y Jacobsen, 1980), se obtuvieron diferencias significativas en ambos grupos entre el pre y el posttest en todas estas medidas excepto en la escala de depresión del HAD.

Se ha intentado hacer avances en este campo, por ejemplo Lee, Ku, Jango, Kim, Choi, Kim y Kim (2002) han diseñado un ambiente virtual más realista comparado con las dos técnicas utilizadas hasta entonces para crear ambientes virtuales para el MHP: *model-based* (es un ambiente virtual formado por avatares, en el que las personas no son reales) y *movie-based* (son vídeos de audiencias reales). Los ambientes virtuales creados por la técnica *model-based* son poco realistas y poco naturales. Por lo que respecta a la técnica *movie-based* tiene un inconveniente y es que no se puede controlar el comportamiento de la audiencia. Por estas razones estos autores utilizaron el método *Image-based rendering* y *Chroma keying* para crear ambientes virtuales. El método *Image-based rendering* permite crear ambientes virtuales más realistas porque las imágenes están tomadas con una cámara digital panorámicamente. Además el *Chroma keying* permite controlar la actitud de cada miembro de la audiencia, de tal forma que un operador puede seleccionar acciones neutras, positivas o negativas mientras el participante da una charla. Esta herramienta no ha sido validada todavía.

El campo de tratamiento del MHP mediante RV es un campo importante dada la prevalencia del trastorno y el grado en el que éste puede interferir en la vida. Es conveniente subrayar que ya existen trabajos que ponen de manifiesto la utilidad de las nuevas tecnologías en este ámbito e incluso ya hay un estudio controlado en este campo. Por lo tanto, aunque todavía hay muchos trabajos por hacer los datos apuntan a la conveniencia de seguir trabajando en ese camino.

* * *

En resumen, la aplicación de la RV en el tratamiento de los trastornos de ansiedad es algo que se viene haciendo desde mediados de los 90, a medida que ha ido pasando el tiempo cada vez han ido apareciendo más trabajos con un mayor rigor metodológico en este campo. Esto pone de manifiesto la utilidad de esta herramienta y apunta a que en el futuro puede convertirse en un procedimiento potente.

3.4. Telepsicología

La telepsicología es un área que pertenece al campo de la telesalud. La telesalud es un término elegido por el *Standing Comitee of Faminy and Community Affairs* (1997) que se define como “la provisión de salud a distancia”. La principal característica de los sistemas de telesalud es la distancia entre el servicio y el usuario, y la utilización de las tecnologías de la comunicación con el propósito de facilitar esta interacción (Banshur, 1995). Autores como Hill (1997) definen la telesalud como “cualquier aplicación que suponga la realización de actividades relacionadas con la salud (por ejemplo, un servicio de salud, educación y/o información) a distancia utilizando ordenadores y las telecomunicaciones”.

La telesalud es un término muy utilizado que incluye varias disciplinas relacionadas como son la telemedicina y la telepsiquiatría o la telepsicología. Las tecnologías utilizadas por estas disciplinas son: la videoconferencia, el teléfono, el ordenador, Internet, el fax, la radio y la televisión. Por lo que respecta a la telepsiquiatría o telepsicología han sido definidas como “el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud con el propósito de posibilitar un diagnóstico efectivo, educación, tratamiento, consultas, transmisión y almacenamiento de datos médicos del paciente, investigación y otras actividades relacionadas con la provisión de los cuidados de salud” (Brown, 1998).

El primer trabajo en el que se utilizó la telemedicina en psiquiatría es una descripción publicada en 1972 de un programa llevado a cabo en la Universidad de Nebraska, el cual estaba en marcha desde el 1959 y unía el Centro Médico de la Universidad con el Hospital del Estado para de hacer interconsultas por televisión (Wittson y Benschoter, 1972). Desde entonces el interés por la utilización de los nuevos avances tecnológicos en el ámbito de la psiquiatría ha ido creciendo, de tal forma que ya existen algunos programas que se han instalado en áreas rurales poco pobladas de Australia (Kavanagh y Yellowlees, 1994; Yellowlees y McCoy, 1993) y Estados Unidos (Blackmon, Kaak y Ranseen, 1997; Rohland, Saleh, Rohrer y Romiti, 2000). Por ejemplo, el sistema de telepsiquiatría de Adelaida en el sur de Australia que opera con éxito desde 1994 (Kalucy, 1998).

Hasta hace poco la posibilidad real de poner en marcha sistemas de telemedicina o telepsicología era baja, debido al coste del equipo de telecomunicaciones, la falta de infraestructuras adecuadas, los criterios y los protocolos de utilización, la utilidad respecto al binomio coste-beneficio y grado de aceptación del usuario. Aparte de dichos inconvenientes también podemos nombrar la velocidad de la red y la ausencia de tecnología para la

comprensión de audio/ vídeo en tiempo real. Sin embargo, los últimos avances tecnológicos en las telecomunicaciones, ordenadores multimedia y sistemas de información están posibilitando el diseño y uso de programas de telepsicología cada vez más complejos. En ese sentido, los avances nombrados han permitido la aparición de una serie de trabajos en este campo, por ejemplo Graham (1996) utilizó la tecnología digital para proporcionar servicios de salud mental a pacientes crónicos que vivían en áreas apartadas. Harvey, Roques, Fox y Rosor (1998) sometieron a prueba la posibilidad de utilizar el teléfono y el correo electrónico para llevar a cabo diagnósticos y proporcionar consejo a población psiquiátrica juvenil con demencias. Kavanagh y Hawker (2001) después de revisar la literatura existente hasta el momento, afirman que la evaluación psicopatológica mediante videoconferencia es tan fiable como la evaluación cara a cara. En este sentido, hay algunos trabajos que se han centrado en la utilización de la telemedicina para la evaluación de pacientes diagnosticados de TOC Baer et al. (1995), pacientes esquizofrénicos (Zarate et al., 1997), niños y personas mayores con trastornos psiquiátricos (Jones y Ruskin, 2001; Lindberg., 1997). En la misma línea (Baer et al., 1995) utilizaron la escala Yale-Brown de Obsesión Compulsión y la escala de Depresión de Hamilton, en una entrevista tradicional y por medio de videoconferencia, obtuvieron correlaciones que variaban entre ,97 y ,99.

Se ha comprobado que existe un alto grado de aceptación de este nuevo método de provisión de salud mental, ya que en la mayoría de los estudios las personas consultadas informan de un grado de satisfacción similar entre la atención proporcionada a distancia y las consultas tradicionales. Autores como Blackmon et al. (1997) aplicaron un programa de psiquiatría infantil a distancia desde la Universidad de Kentucky, todos los niños tratados afirmaron estar satisfechos con la atención recibida y el 98% de los padres indicaron que su nivel de satisfacción era el mismo que si se hubiera realizado la consulta en persona. Resultados parecidos obtuvo Jacobs (1999), además tanto los pacientes como los terapeutas informaron de que la tecnología era fácil de utilizar. Emer (1999) utilizó un programa de telepsiquiatría para niños y adolescentes, éstos valoraron la calidad de las interacciones clínicas como comparables a los encuentros cara a cara. También Capner (1999) dijo que la experiencia de ser entrevistado por medio de videoconferencia es valorada por el usuario de forma positiva. A partir del año 1999 han ido creciendo los estudios que utilizan Internet para el tratamiento de trastornos mentales y a continuación veremos estos estudios y su eficacia.

3.4.1. Eficacia de los tratamientos aplicados vía Internet

Durante los últimos años han aparecido una serie de trabajos en los que se pone a prueba la eficacia de una serie de tratamientos autoadministrados vía Internet. En el presente apartado clasificaremos estos estudios en función de la clasificación de los materiales de autoayuda que realizan Glasgow y Rosen (1978).

3.4.1.1. Tratamiento con contacto mínimo con el terapeuta

En este apartado nos centraremos en la eficacia de aquellos estudios que hayan utilizado Internet como medio para administrar un tratamiento de autoayuda con algunos contactos con el terapeuta vía correo electrónico, por teléfono o cara a cara. Nos centraremos primero en aquellos programas creados para tratar problemas distintos a los trastornos de ansiedad, pasaremos a continuación a aquellos programas que tratan los trastornos de ansiedad y, finalmente, ahondaremos en el problema que aquí nos ocupa, el miedo a hablar en público.

3.4.1.1.1. Otros problemas

La utilización de Internet como medio de tratamiento autoadministrado junto a un contacto mínimo con el terapeuta se ha llevado a cabo en problemas como la depresión, el dolor de cabeza, el manejo del estrés y los trastornos alimentarios.

Christensen, Griffiths y Jorm (2004) sometieron a prueba la eficacia de dos intervenciones mediante Internet para el tratamiento de la **depresión**; a) una página Web con información sobre depresión (BluePages; <http://bluepages.anu.edu.au>) y b) una página Web que ofrece terapia cognitivo conductual (MoodGYM; <http://moodgym.anu.edu.au>). Ambos grupos se compararon con la condición control, en la que un entrevistador los llamaba cada semana durante 6 semanas para discutir diferentes temas como su estilo de vida, los hábitos de trabajo y los factores del ambiente que influían en la depresión.

Los participantes fueron elegidos del censo electoral, se les envió una carta a casa con los cuestionarios y se eligieron a aquellas personas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: a) querer participar en el experimento, b) tener acceso a Internet, c) puntuar 22 o más en el cuestionario de depresión de Kessler, y d) no estar recibiendo tratamiento psicológico. Un total de 525 personas cumplieron los criterios de inclusión y fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos. En las condiciones de tratamiento también había contacto telefónico semanal con el participante para dirigir el uso de la web y decirle lo que iban a hacer durante esa semana. La tasa de abandonos para el tratamiento MoodGYM fue el

25%, para el BluePages 15% y para el grupo control 11%. Por lo que respecta a los resultados, estos autores encontraron que tanto la información vía Internet como el tratamiento cognitivo comportamental fueron más eficaces que el grupo control en reducir los síntomas de depresión. En cambio, tan solo la terapia cognitivo conductual disminuyó los pensamientos disfuncionales. Por otra parte, el conocimiento de los tratamientos eficaces basados en la evidencia aumentó significativamente en el grupo en que se daba información.

En el campo de los tratamientos vía Internet para el **dolor de cabeza** Andersson, Lundström y Ström (2003) llevaron a cabo un estudio controlado con el objetivo de averiguar si el contacto telefónico con el terapeuta reduciría la tasa de abandonos. En este caso fueron 44 los participantes con dolores de cabeza los que se asignaron aleatoriamente a una de las condiciones experimentales: a) tratamiento autoadministrado vía Internet con contacto por e-mail (N=20), o b) tratamiento autoadministrado vía Internet con apoyo por e-mail y llamadas telefónicas individualizadas semanales (N=24). Además 8 participantes control fueron reclutados para recibir el mismo tratamiento autoadministrado sin recibir llamadas telefónicas fuera del estudio.

Por lo que respecta a los resultados, vemos como el porcentaje de abandonos es de 29% para el grupo que tienen contacto telefónico con el terapeuta y esta tasa es de 35% para el grupo sin contacto con el terapeuta. Esto sugiere que las llamadas telefónicas no afectan a la tasa de abandonos, ya que la diferencia entre grupos no llega a ser significativa. Por otra parte, los resultados muestran una reducción significativa en la interferencia relacionada con el dolor de cabeza, depresión, estrategias de afrontamiento desadaptativas y estrés percibido en ambos grupos. De este estudio podemos concluir que el tratamiento autoadministrado vía Internet para el dolor de cabeza es igual de eficaz y tiene la misma tasa de abandonos, independientemente de que haya contacto telefónico con los usuarios o no lo haya.

En otro ámbito en el que se ha utilizado un programa autoadministrado en la red es en el **manejo del estrés** (Zetteqvist, Maanmies, Ström y Andersson, 2003). El tratamiento autoadministrado vía Internet consistía en siete componentes. Una introducción que estaba formada por información general sobre estrés, una pequeña descripción del tratamiento y seis módulos de tratamiento se dividieron en 3 secciones: relajación, ejercicios adicionales e información. Un total de 85 participantes fueron asignados aleatoriamente a una de estas condiciones: a) grupo de tratamiento autoadministrado (N=38) y b) grupo control lista es espera (N=47). La tasa de abandonos para el grupo de tratamiento fue 39,47% y para el grupo control 14,89%.

Para mantener el contacto con los participantes durante el proceso, éstos registraban la frecuencia y la duración de los ejercicios de relajación que practicaban en un diario y lo enviaban al investigador una vez por semana. Además cuando pasaban más de 2 semanas sin tener información de un participante se le enviaba un correo electrónico. En cuanto a los resultados medidos antes frente a después del tratamiento ambos grupos mejoraron significativamente, pero se observó que todavía hubo diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la mejoría siendo el grupo de tratamiento el que más mejoró.

Student Bodies es un programa de prevención de **trastornos alimentarios** aplicado vía Internet para estudiantes universitarias. Este programa fue creado para reducir diferentes factores de riesgo que están relacionados con los trastornos alimentarios, como es la preocupación por el peso o la forma corporal, y reducir comportamientos no saludables para regular el peso. Las actividades que tenían que hacer las participantes eran leer secciones dedicadas a la IC, nutrición, dieta y actividad física, completar ejercicios cognitivos-conductuales, escribir pensamientos y sentimientos en su diario sobre imagen corporal *online* y enviar al menos 2 mensajes al grupo de discusión. Aunque el número de participantes podía ser ilimitado, el tamaño ideal del grupo era de 20 a 30 participantes y el programa duró de 8 a 10 semanas.

En el primer estudio controlado en el que se puso a prueba la eficacia del programa se utilizó, por una parte, un CD-ROM y, por otra, el e-mail para hacer un grupo de discusión (Winzelberg et al., 1998). En cambio las siguientes aplicaciones se realizaron vía Internet y en estas también se utilizó un grupo de discusión guiado por un moderador.

Se llevaron a cabo cuatro estudios controlados para comprobar la eficacia de este programa, estos estudios tienen diferentes períodos de seguimiento, siendo el período más largo el seguimiento a los 6 meses (Celio et al., 2000; Winzelberg et al., 1998; Winzelberg et al., 2000; Zabinski, Pung et al., 2001). En cada uno de estos estudios, aproximadamente 60 mujeres fueron asignadas aleatoriamente al programa *Student Bodies* o al grupo control, aunque el estudio de Celio et al. (2000) también incluyó una condición en la que se administró una intervención cara a cara (Springer, Winzelberg, Perkins y Taylor, 1999). En estos estudios se encontraron evidencias de que el programa es más efectivo en mujeres con alto riesgo de padecer trastornos alimentarios (Celio et al., 2000; Winzelberg et al., 1998). Los resultados encontrados indican una mejora significativa en las participantes del grupo experimental comparado con el grupo control en medidas de psicopatología alimentaria y preocupaciones relacionadas con la forma y el peso corporales. En el estudio de Celio et al. (2000) no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y la intervención

cara a cara después del tratamiento, aunque si que se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo tratado por *Student Bodies*. Por lo que respecta a la tasa de abandonos en el estudio de Celio et al. (2000) el 12% de los participantes abandonaron el programa *Student Bodies*, el 20% la intervención cara a cara y el 3,7% la condición control lista de espera. Para el estudio de Winzelberg et al. (2000) el 12,9% abandonaron el *Student Bodies* y el 13,79% el grupo control.

Una vez comprobada la utilidad del programa *Student Bodies*, el próximo reto fue investigar sobre la posibilidad de utilizar medios de comunicación sincrónicos, como el Chat, para ayudar a reducir la patología alimentaria en mujeres con riesgo a padecer trastornos alimentarios. Con el objetivo de averiguar en qué medida esta intervención podía ser factible y aceptada por los usuarios, se llevó a cabo un estudio piloto en una muestra subclínica de mujeres con una elevada preocupación por la imagen corporal (Zabinski, Wilfley et al., 2001). Esta muestra estuvo formada por 4 mujeres de una universidad pública, las cuáles participaron en una intervención que duró 6 semanas. En general las participantes estuvieron muy satisfechas con la intervención y con la tecnología utilizada. En cuanto a los resultados, se encontró que esta intervención fue capaz de reducir las preocupaciones por la imagen corporal y la psicopatología alimentaria.

Después de observar en este estudio piloto que el programa sincrónico podía ser factible y era bien aceptado por las participantes se llevaron a cabo 2 estudios controlados para poner a prueba la eficacia de este tratamiento. La intervención se adaptó a partir del programa *Student Bodies*, lo único que cambiaba era el uso de las tecnologías sincrónicas de la comunicación. El contacto con las participantes tenía lugar varias veces a la semana a través del correo electrónico y mediante la sesión sincrónica del Chat. Los resultados obtenidos en ambos estudios fueron positivos y las participantes se mostraron satisfechas con el tratamiento, además la mayoría de participantes valoraron que la comunicación a través del Chat era mejor que la conversación cara a cara. Por otra parte, también encontraron una reducción significativa en la patología alimentaria.

Por lo tanto, los resultados obtenidos en el programa *Student Bodies* y las intervenciones mediante el chat, nos indican que las intervenciones computerizadas son útiles para aplicarlas a estudiantes de universidad con un alto riesgo de padecer trastornos alimentarios y, lo que es más, son efectivos en reducir las preocupaciones relacionadas con el cuerpo y el peso (Zabinski, Wilfley et al., 2001b).

Otro estudio realizado sobre trastornos alimentarios es el que llevaron a cabo Winett et al. (1999). Ellos crearon un programa llamado *Eat4life* cuyos objetivos eran incrementar el

consumo de frutas, verduras, fibra y comidas regulares, y reducir el consumo de tentempiés o productos lácteos con alto contenido en grasa y beber sodas. Este programa estaba formado por 5 módulos los cuales contenían texto, gráficos y dibujos bastante interactivos y tácticas para establecer cambios en la conducta. En este estudio se compararon 2 grupos: a) chicas que utilizaron el programa Eat4life además de acudir a clases de promoción de la salud (N=103) y b) chicas que acudieron a clases de promoción de la salud, pero no utilizaron el programa (N=77).

Los resultados encontraron que las participantes del grupo experimental informaron de un cambio significativo en casi todas las áreas trabajadas excepto la reducción del consumo de productos lácteos con un alto contenido en grasa. Además, estas participantes redujeron el consumo de comida rápida y aumentaron la frecuencia en la que practicaban ejercicio aeróbico. Estos cambios no se observaron en el grupo que recibió clases informativas sobre salud. Así que podemos concluir que el *EAT4life* aplicado mediante Internet puede ser un arma preventiva eficaz que produce cambios en la conducta, al menos a corto plazo.

Hemos visto como los tratamientos autoadministrados con un contacto mínimo con el terapeuta se han aplicado a problemas como por ejemplo, la depresión, el manejo de estrés o los trastornos alimentarios y a otros problemas como el dolor de cabeza, ahora bien merece subrallarse que estos estudios se han llevado a cabo en población no clínica o población subclínica, en ningún caso en población clínica. En estas poblaciones los tratamientos autoadministrados han demostrado su eficacia, por lo tanto sería interesante ver como funcionan estos programas en personas que realmente tienen un trastorno mental diagnosticado.

3.4.1.1.2. Trastornos de ansiedad

En el campo de los trastornos de ansiedad se ha utilizado la red para el tratamiento de problemas mentales como el **TEPT**. El primer trabajo en este campo lo realizó Lange, Schrieken, Van de ven, Bredeweg y Emmelkamp (2000). En este trabajo utilizaron un diseño cuasi-experimental llevado a cabo en población subclínica para evaluar un programa aplicado por medio de Internet para tratar el TEPT. El tratamiento constaba de 3 fases, una primera fase de autoconfrontación en la que el participante escribía el evento traumático en primera persona y en presente, en la segunda fase se trabajaba la reestructuración cognitiva y en la tercera los efectos positivos de compartir su experiencia traumática con alguien, la duración de todo el proceso terapéutico fue de 5 semanas. En la mitad de cada una de estas fases el terapeuta daba feedback al paciente sobre sus escritos y le daba instrucciones explicándole

como seguir el tratamiento. Un total de 21 participantes terminaron el tratamiento, éstos mostraron una mejora significativa después del tratamiento y la mejoría se mantuvo en el seguimiento a las 6 semanas. La tasa de abandonos fue el 12,5%.

Lange, van de Ven, Schrieken y Emmelkamp (2001) llevaron a cabo un estudio controlado en el que aplicaron el mismo tratamiento a estudiantes que habían sufrido un evento traumático al menos hacía tres meses. Los estudiantes recibieron créditos a cambio. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a una de las siguientes condiciones experimentales: a) grupo de tratamiento (N=13) y b) grupo control lista de espera (N=12). Por lo que respecta a la tasa de abandonos, un 13,3% abandonaron el tratamiento y un 20% el grupo control lista de espera. Los participantes del grupo de tratamiento mejoraron significativamente en síntomas relacionados con el trauma y en psicopatología general comparado con los participantes de la lista de espera.

En el estudio realizado por Lange et al. (2003) la posibilidad de participar en el estudio se ofrecía en la página *web* de Interapy (www.interapy.nl) donde había información sobre el tratamiento. A continuación los participantes tenían que completar un *screening* inicial y el propio sistema corregía los instrumentos e informaba inmediatamente a los participantes si cumplían los criterios de inclusión. Los participantes admitidos completaban el pretest *online* y hacían una pequeña descripción del evento traumático que les llevo a buscar tratamiento. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a la condición de tratamiento (N=122) o al grupo control lista de espera (N=62). Por lo que respecta a las tasa de abandonos el 36,07% abandonó el grupo de tratamiento y el 48,39% el grupo control. El tratamiento comenzaba cuando los terapeutas habían recibido el consentimiento informado por parte de los participantes. Una vez terminado el tratamiento los participantes completaron el post-test *online* y al cabo de 6 semanas un seguimiento.

Los resultados indicaron que se produjeron disminuciones estadísticamente significativas en la sintomatología específica de TEPT en el grupo de tratamiento, sin embargo, esta mejora no se dio en el grupo control. Además se observaron disminuciones significativas en la presencia de psicopatología general como ansiedad, depresión, somatización y problemas de sueño. Estos resultados replican los obtenidos por Lange et al. (2000) en un estudio no controlado y por Lange et al. (2001) en un estudio controlado en el que el programa se aplica a estudiantes.

Por otra parte, se ha utilizado el soporte de Internet para aplicar un programa de tratamiento para el **trastorno de pánico**. En un estudio controlado Klein y Richards (2001) evaluaron los efectos de un programa que proporciona información vía Internet. Este

programa estaba formado por 2 módulos que contenían información acerca de la naturaleza, los efectos y las causas del pánico, formas útiles de manejar el pánico y breves sugerencias de cómo afrontar los errores cognitivos. Un total de 22 participantes diagnosticados de trastorno de pánico fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento y al grupo control lista de espera. El porcentaje de abandonos para el estudio fue 4,3%, aunque no informaron de la tasa de abandonos de cada condición por separado. El estudio se llevó a cabo durante 3 semanas, la primera semana fue de línea base, la segunda semana los participantes tenían acceso al programa y en la tercera semana tan solo monitorización. Los participantes del grupo control no tuvieron acceso al programa en la segunda semana, simplemente siguieron registrando. La función del terapeuta fue realizar la entrevista diagnóstica, demostrar al participante como utilizar el programa y comprobar que los pacientes estaban utilizando el programa durante la semana de tratamiento. La utilización del programa se asociaba a un decremento en la frecuencia de los ataques de pánico, el miedo anticipatorio al pánico, la ansiedad general y la vigilancia del cuerpo, y un incremento de la autoeficacia para manejar el pánico.

Richards y Alvarenga (2002) mejoraron el programa de tratamiento anterior y los sometieron a prueba. El programa constaba de 5 módulos que contenían información más detallada que los dos módulos anteriores. Nueve participantes diagnosticados de trastorno de pánico trabajaron el programa durante 5-8 semanas y fueron evaluados 3 meses después del tratamiento. La tasa de abandonos en este estudio fue el 36%. El uso del programa estuvo asociado a reducciones significativas en la gravedad del trastorno de pánico (frecuencia de los ataques de pánico y malestar durante los ataques). Los participantes también obtuvieron una menor puntuación en una medida de interpretaciones erróneas de sensaciones corporales ambiguas. En este estudio la presencia del terapeuta era limitada, éste telefoneaba cada semana a los participantes para controlar su progreso y ver si tenían algún problema al utilizar el programa.

Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius y Andersson (2001) diseñaron un programa administrado vía internet para el tratamiento del trastorno de pánico que incluía los siguientes componentes: a) psicoeducación, b) reestructuración cognitiva, c) exposición interoceptiva, d) exposición in vivo y e) prevención de recaídas. Este programa se utilizó junto a un contacto mínimo vía e-mail entre paciente y terapeuta. Un total de 500 personas solicitaron el tratamiento y 41 de éstas cumplieron los criterios de inclusión. Los 41 participantes fueron asignados aleatoriamente a una de estas dos condiciones experimentales: a) un grupo tratado mediante un programa autoadministrado vía Internet para el trastorno de pánico, y b) el grupo control de lista de espera. En cuanto a la tasa de abandonos para el grupo de tratamiento fue

12, 2%. En general, la duración del tratamiento no fue la misma en todos los participantes, el rango de duración estuvo entre 7 y 12 semanas. Por lo que respecta a los datos obtenidos los participantes mejoraban significativamente en los cuestionarios que medían sensaciones corporales relacionadas con el arousal, pensamientos anticipatorios y catastróficos, evitación agorafóbica, severidad de los síntomas de ansiedad y depresión. En la misma línea fueron los resultados del diario de pánico, en éste se aprecia una mejora significativa en la frecuencia, intensidad y duración de los ataques de pánico. Por otra parte, se encontraron diferencias significativas en la puntuación de los diferentes autoinformes entre el grupo de tratamiento y el grupo control, mejorando los participantes tratados.

Los resultados del estudio anterior sugieren que el tratamiento cognitivo-comportamental para el trastorno de pánico vía Internet produce mejoras en esta condición. Sin embargo, no sabemos si esta forma de tratamiento es más eficaz que otras formas de tratamiento autoadministrado. Klein (2002) llevó a cabo un estudio controlado en el que comparó la eficacia del tratamiento cognitivo-comportamental vía Internet con un manual de autoayuda (Barlow y Craske, 1994) y un grupo control. Un total de 55 participantes fueron asignados aleatoriamente a cada una de las condiciones experimentales. La tasa de abandonos fue de 5,2% en el tratamiento vía Internet, 16,7% en el libro de autoayuda y de 27,8% en el grupo control. El programa de Internet era totalmente estructurado, agrupado en módulos que podían ser completados en 6 semanas. A lo largo del tratamiento los participantes eran guiados por un terapeuta vía e-mail. En la condición de tratamiento mediante el libro de autoayuda el terapeuta llamaba por teléfono al participante una vez por semana para ayudarlo a trabajar en el libro, aunque el autor no especificó el tiempo que estaban hablando. Los participantes del grupo control que solo recibieron información tuvieron acceso a un programa de Internet que tenía información acerca de la naturaleza, causas y efectos de pánico, pero no tenía información detallada de cómo afrontar los ataques de pánico. Los participantes de esta condición también recibieron llamadas telefónicas del terapeuta para animarlos a que siguieran leyendo la información.

Los resultados mostraron que ambas condiciones de tratamiento estuvieron asociadas con una mejora en medidas relacionadas con el pánico en comparación con el grupo control. Además, hay que destacar que el tratamiento vía Internet fue superior al tratamiento mediante el manual en medidas de gravedad del trastorno de pánico, gravedad de la evitación agorafóbica, frecuencia y miedo a los pensamientos agorafóbicos y bienestar. Tanto en el postratamiento como el seguimiento, un gran número de participantes en ambas condiciones de tratamiento obtuvieron una mejora clínicamente significativa en bastantes variables,

aunque más personas consiguieron esta mejora en el programa de tratamiento vía Internet. Por lo tanto, parece que el tratamiento cognitivo-comportamental vía Internet con un pequeño apoyo por parte del terapeuta es más eficaz que otro procedimiento de autoayuda.

El grupo de investigación de Carlbring, Ekselius y Andersson (2003) compararon la relajación aplicada de Öst (1987) vía Internet con el programa cognitivo conductual para el trastorno de pánico anteriormente nombrado, en ambos tratamientos se llevo a cabo un contacto mínimo con el terapeuta mediante e-mail. Un total de 22 participantes fueron asignados aleatoriamente a cada condición. Por lo que respecta a la tasa de abandonos en la condición de relajación aplicada vía Internet el 18% de los participantes abandonó y en la condición de tratamiento cognitivo comportamental vía Internet el 27%. En este estudio los resultados demostraron que la relajación aplicada de Öst vía Internet tiene una eficacia similar al tratamiento cognitivo conductual vía Internet en el trastorno de pánico, en ambos casos se dio una mejora clínicamente significativa.

Dos años después Carlbring et al. (2005) publicaron un estudio controlado en el que compararon 10 sesiones individuales cara a cara de tratamiento cognitivo-comportamental para el trastorno de pánico con un programa de 10 módulos autoadministrado vía Internet junto a contacto mínimo con el terapeuta por e-mail. Estos autores asignaron alatoriamente a 49 participantes diagnosticados de trastorno de pánico (con o sin agorafobia) a uno de ambos tratamientos. Los resultados mostraron que el tratamiento autoadministrado vía Internet puede ser igual de eficaz como el tratamiento cognitivo-comportamental tradicional. En el ANOVA de medidas repetidas se obtuvieron diferencias significativas entre el pre y el post-test en ambos grupos (Cohen's $d = ,78$ en el tratamiento vía Internet y Cohen's $d = ,99$ en el tratamiento tradicional) y entre el pre-test y el seguimiento al año (Cohen's $d = ,80$ en el tratamiento vía Internet y Cohen's $d = ,93$ en el tratamiento tradicional). Sin embargo, cuando compararon ambos tratamientos entre si se obtuvieron diferencias significativas, siendo el tratamiento tradicional el que obtuvo ventaja sobre el tratamiento vía Internet, con un tamaño del efecto muy bajo (Cohen's $d = ,16$). En cuanto a la tasa de abandonos para el grupo tratado vía Internet fue el 12 % y para el grupo tratado por el terapeuta el 12,5 %. Estos resultados proporcionan evidencia empírica que apoya el uso y el desarrollo de los tratamientos autoadministrados vía Internet.

Carlbring, Bohman et al. (en prensa) han realizado un estudio en el que 60 participantes diagnosticados de trastorno de pánico con o sin agorafobia fueron asignados aleatoriamente a una condición control lista de espera o a la condición de tratamiento autoadministrado vía Internet junto a contacto mínimo con el terapeuta por e-mail y teléfono

(10 minutos a la semana). Por lo que respecta a la tasa de abandonos en la condición de tratamiento fue el 10 % y en la condición de lista de espera fue el 3,3 %. Los resultados mostraron una mejora significativa después del tratamiento en medidas de interpretaciones de las sensaciones corporales, pensamientos negativos, evitación, ansiedad general, depresión y calidad de vida. La media del tamaño del efecto entre grupos fue Cohen's $d = 1,10$ en el post-test y $d = ,95$ en el seguimiento a los 9 meses. Por lo tanto, podemos decir que el tratamiento autoadministrado vía Internet junto a contacto mínimo con el terapeuta es eficaz para el tratamiento del trastorno de pánico.

En un estudio piloto Kenwright y Marks (2004) aplicaron el programa “*fearfighter*” por Internet a 10 participantes que dijeron no podían ir a la clínica donde se llevaba a cabo este programa de autoayuda para sus problemas. Por lo que respecta a los diagnósticos de los participantes seis de ellos sufrían trastorno de pánico con agorafobia, tres padecían fobia social y uno tenía fobia a insectos y claustrofobia. Estos pacientes accedían al programa de autoayuda por Internet desde casa y el terapeuta les daba un breve apoyo por teléfono. Ninguno de los participantes abandonó el tratamiento. Los resultados mostraron que todos los participantes mejoraron de forma importante y estaban satisfechos con el programa, estos resultados eran parecidos a los obtenidos por Marks, Kenwright et al. (2003) en la clínica donde aplicaban el mismo tratamiento computerizado y el contacto con el terapeuta no era por teléfono sino cara a cara.

Gega, Marks y Mataix-Cols (2004) describen el funcionamiento de una clínica que proporciona tratamientos autoadministrados computerizados mediante el estudio de tres casos. Estos tratamientos en un principio se llevaban a cabo en la misma clínica, como hemos visto anteriormente (Kenwright et al., 2001; Marks et al., 1998; Marks, Kenwright et al., 2003; Osgood-Hynes et al., 1998; Yates, 1996), pero un poco más tarde existía la posibilidad de llevarlos a cabo desde casa por Internet o teléfono. Los problemas que pueden tratar estos programas son: trastorno de pánico y fobias (“*Fearfighter*”), depresión (“*Cope*”), TOC (“*BTYStep*”) y ansiedad general (“*Balance*”). En este estudio realizan tres formulaciones de caso en los que se aplicaron los programas “*fearfighter*”, “*Cope*” y “*BTSteps*” a tres personas con éxito.

Con respecto a la fobia social Andersson et al. (2006) realizaron un estudio controlado en el que 64 participantes diagnosticados de fobia social fueron asignados aleatoriamente al grupo lista de espera o al grupo de tratamiento multimodal basado en la terapia cognitivo-comportamental. El grupo de tratamiento se autoadministrado una terapia para la fobia social vía Internet durante 9 semanas seguida de 2 sesiones de exposición en vivo en grupo. Los

participantes del grupo de tratamiento mejoraron significativamente en medidas de ansiedad social, miedo, evitación, depresión, ansiedad general y satisfacción con la vida, sin embargo, en la lista de espera no se apreció ninguna mejora. El grupo de tratamiento tuvo un tamaño del efecto intragrupos muy alto ($d = ,91$), el cual podemos comparar con el tamaño del efecto intragrupos informado por Taylor (1996) para el grupo placebo ($d = ,48$), la exposición sola ($d = ,81$), la terapia cognitiva ($d = ,63$), el entrenamiento en habilidades sociales ($d = ,65$), y la terapia cognitiva y la exposición combinada ($d = ,63$). Por lo que respecta a la tasa de abandonos, en el tratamiento autoadministrado junto a 2 sesiones de grupo la tasa de abandonos fue el 6,25 % y para la lista de espera el 0 %. Los resultados de este estudio apoyan la utilidad del tratamiento autoaplicado vía Internet junto a contacto mínimo con el terapeuta por e-mail en conjunción con una breve exposición en grupo para el tratamiento de la fobia social.

Una limitación importante del estudio de Andersson et al. (2006) es que no está claro qué componente fue el responsable de la mejoría en los participantes, la parte autoadministrada, la parte de exposición en vivo o la combinación de ambas. Por esta razón Carlbring et al. (2006) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de medir el efecto del tratamiento que aplicaron Andersson et al. (2006), pero esta vez sin el componente de exposición en vivo. Este tratamiento junto a contacto mínimo con el terapeuta fue administrado a 26 participantes diagnosticados de fobia social. Los resultados mostraron que los participantes mejoraron significativamente en medidas de ansiedad social, ansiedad general, depresión y medidas de calidad de vida. La media del tamaño del efecto en todas las medidas fue $d = ,88$ en el post-test y $d = 1,31$ en el seguimiento a los 6 meses. En cuanto a los abandonos los autores del trabajo informan de una tasa de abandonos del 0 %, aunque en realidad el 38 % de los participantes no terminan todos los módulos del tratamiento. El presente estudio aporta datos preliminares que apuntan a la utilidad del tratamiento autoaplicado vía Internet con contacto mínimo con el terapeuta para el tratamiento de la fobia social.

Por lo que respecta a la aplicación de tratamientos vía Internet con un contacto mínimo con el terapeuta en el campo de los trastornos de ansiedad, hemos visto como estos estudios se han llevado a cabo principalmente en población clínica diagnosticada de trastorno de pánico y fobia social, y en población subclínica con traumas recientes. Además los tratamientos vía Internet con un contacto mínimo con el terapeuta han demostrado ser eficaces, aunque hubiera sido interesante introducir otra condición experimental sin contacto habitual con el terapeuta para ver si había diferencias.

3.4.1.2. Tratamiento autoadministrado

En este punto nos centramos en la eficacia de los tratamientos totalmente autoadministrados que utilizan Internet como medio de aplicación.

Existen estudios que han centrado su atención en la creación y puesta a prueba de programas autoadministrados vía Internet para tratar la **depresión**, como el de Clarke et al. (2002). Este es un estudio controlado en el que se sometió a prueba la eficacia diferencial entre 2 condiciones experimentales: a) grupo tratado mediante un tratamiento autoadministrado vía Internet (N=144), y b) grupo control de lista de espera (N=155). Los participantes eran usuarios de servicios de salud mental diagnosticados de depresión que habían recibido atención médica o psicológica en los últimos 30 días. Este programa autoadministrado estaba dividido en 7 capítulos, cada uno de los cuáles presentaban una nueva habilidad o técnica y ofrecía ejemplos interactivos y la oportunidad de practicar esta habilidad.

Los resultados no mostraron diferencias entre el grupo control y la condición experimental en la escala de depresión CES-D (Radloff, 1977). Sin embargo, análisis post-hoc mostraron un modesto efecto de mejoría entre las personas con una depresión ligera. Estos resultados negativos se pueden explicar quizás por no haber estructurado de forma adecuada elementos importantes que están presentes en la biblioterapia para la depresión. Otra posibilidad sería la gravedad de la depresión en la muestra reclutada, eran personas con una depresión grave que probablemente no se podían beneficiar del programa de autoayuda. Aunque el 74% de los participantes completaron algún seguimiento los participantes usaron muy poco la página Web, en concreto 2,6 veces por paciente y una desviación típica de 3,5. Además la tasa de abandonos en el grupo de tratamiento se indica que era muy alta, aunque no ponen de manifiesto acerca de cuánto fue esta tasa.

Christensen, Griffiths y Korten (2002) desarrollaron un programa de tratamiento cognitivo-comportamental llamado MoodGYM, diseñado para tratar y prevenir la depresión en gente joven y dirigido a todos los usuarios de Internet, sobre todo a aquellos que no tienen contacto con un profesional de la salud. Durante 6 meses un total de 2909 personas se registraron en la página y 1503 completaron al menos una evaluación. Además, 71 estudiantes de universidad de la asignatura Psicología Anormal visitaron la página para formarse y éstos fueron examinados por separado. Los resultados mostraron que se entró en la página Web un total de 817284 veces y 17646 sesiones separadas. El tiempo utilizado en el servidor fue de más de 16 minutos en el 20% de los casos. Las personas que se registraron en la página Web

y realizaron al menos una evaluación informaron de síntomas de depresión y ansiedad más graves que los vistos en estadísticas realizadas en población general y en la muestra de estudiantes universitarios. Los resultados mostraron que la puntuación de los participantes en medidas de depresión y ansiedad disminuyó significativamente a medida que los participantes iban avanzando en los módulos del tratamiento.

Por otra parte, se ha utilizado el soporte de Internet para aplicar un programa de tratamiento autoadministrado para el **insomnio** (Ström, Pettersson y Andersson, 2004). Se mostraron interesados en este estudio un total de 268 personas de las cuales 109 (41%) cumplieron los criterios de inclusión. De los 109 participantes 28 (24%) abandonaron en diferentes niveles de tratamiento quedando una muestra de 81 participantes. Se evaluó a los participantes en tres momentos diferentes: pretest, posttest y seguimiento a los 9 meses. Después de la primera evaluación cada uno de los participantes fueron asignados aleatoriamente a una de la condiciones experimentales: a) grupo tratado mediante el programa autoadministrado de una duración de 5 semanas (N=30), y b) grupo en lista de espera de 2 meses (N=51). Durante todo el proceso los participantes podían contactar con los terapeutas por teléfono en el caso de tener algún problema con el programa. El porcentaje de abandonos para el grupo de tratamiento fue 44, 44% y para el grupo control el 7,27%.

Los resultados indicaron que Internet es un medio potencialmente útil para el tratamiento psicológico del insomnio. Aunque por otro lado también se encontró una mejora significativa en el grupo de lista de espera. Por esta razón los autores indican que sería conveniente replicar este estudio para obtener datos concluyentes sobre la eficacia de este tratamiento.

Otro campo en el que se ha aplicado un protocolo de tratamiento *online* es en personas con **dolor de cabeza** recurrente (Ström, Petterson y Andersson, 2000). En este estudio se sometió a prueba la eficacia de un programa aplicado por medio de Internet a lo largo de 6 semanas, en el que se enseñaba a los participantes un procedimiento de relajación y tácticas de solución de problemas frente a otra condición control de lista de espera. Fueron 122 personas las interesadas en participar en el estudio y 102 cumplieron los siguientes criterios de inclusión. Por lo que respecta a la tasa de abandonos un 56% de los participantes abandonaron el estudio, aunque los autores no especifican cuantas personas abandonan cada una de las condiciones. Los resultados apoyaron la eficacia del programa, ya que se produjo una disminución media de los dolores de cabeza del 31% y la mitad de los participantes obtuvo una reducción clínicamente significativa en sus dolores de cabeza (una reducción mayor del 50%).

Devineni y Blanchard (2005) pusieron a prueba en un estudio controlado la eficacia de un tratamiento comportamental autoadministrado vía Internet para el dolor de cabeza. Este tratamiento constaba de los siguientes módulos: relajación progresiva, *biofeedback* limitado con entrenamiento autógeno y manejo del estrés. Las condiciones experimentales fueron: a) tratamiento mediante el programa que acabamos de describir (N=28), y b) grupo control lista de espera que monitorizaba los síntomas (N=21). Los resultados mostraron una mejora significativa en la actividad del dolor de cabeza en el grupo de tratamiento comparado con el grupo control. En el seguimiento a los 2 meses el 47% de los participantes mantuvieron la mejoría. En cuanto a la tasa de abandonos durante el tratamiento el 38,1% de los participantes abandonó y no realizaron el seguimiento el 64,8% de los participantes, sin embargo no nos informan de la tasa de abandonos del grupo control. Los resultados demuestran la eficacia y la mejora del binomio coste-beneficio con el tratamiento comportamental *online* para el dolor de cabeza recurrente, aunque habría que diseñar estrategias para disminuir la tasa de abandonos.

También se ha aplicado un tratamiento cognitivo conductual vía Internet para disminuir el malestar asociado al **tinnitus** (percepción de sonidos en ausencia de cualquier estimulación externa, a menudo esos sonidos son zumbidos o timbres) (Andersson, Strömngren, Ström y Lyttkens, 2001). Un total de 117 participantes con este problema fueron reclutados a través de páginas de Internet y anuncios en periódicos y se asignaron aleatoriamente al grupo experimental o al grupo control. Hubo una primera fase en la que se llevo a cabo el estudio controlado, en esta fase 26 participantes del grupo experimental completaron todo el tratamiento (el 51% abandonó) y 64 participantes del grupo control completaron las medidas después del período de espera (0% de abandonos). Después de esta fase a todos los participantes se les ofreció la posibilidad de completar el programa y en el seguimiento al año 96 participantes completaron las medidas enviadas.

En cuanto a los resultados, se encontró que el malestar relacionado con el tinnitus, la depresión y la molestia informada diariamente disminuyeron significativamente. Además en el *Tinnitus Reactions Questionnaire* el grupo experimental mostró una mejoría significativamente mayor que en el grupo control y en el seguimiento al año se mantuvieron los resultados.

Por lo tanto, hemos visto como los tratamientos autoadministrados vía Internet son eficaces para tratar problemas como la depresión leve, el insomnio, el dolor de cabeza y el Tinnitus. Sin embargo, en la depresión mayor no ha demostrado ser eficaz.

En cuanto a los trabajos llevados a cabo en los trastornos de ansiedad en la Universidad de Queensland se llevó a cabo un estudio centrado en la prevención de los

trastornos de ansiedad utilizando población subclínica. Este programa se llamaba *Online Anxiety Prevention* (Kenardy, McCafferty y Rosa, 2003) y era una intervención cognitivo comportamental administrada vía Internet a individuos con una alta sensibilidad a la ansiedad. El programa se aplicaba en seis sesiones, las cuales proporcionaban información sobre ansiedad, entrenamiento en relajación, exposición interoceptiva, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. En el estudio participaron un total de 83 jóvenes, los cuales puntuaron 24 o más en el ASI y aceptaron participar en el estudio. Estos participantes se asignaron aleatoriamente a una de las siguientes condiciones experimentales: a) grupo tratado mediante el *Online Anxiety Prevention* y b) grupo control: estos participantes se evaluaban a principio del estudio y a las 6 semanas.

A todos los participantes se les mostró cómo acceder a los cuestionarios en Internet. Además, los participantes del grupo de tratamiento tuvieron otra sesión introductoria en la que se les explicó como usar el *password* y el programa. Una vez terminadas las 6 sesiones completaron la evaluación post y se les envió un cuestionario de satisfacción por correo electrónico. La tasa de abandonos del grupo de tratamiento fue 13,95% y la del grupo control 5%. Los resultados de este estudio demostraron que el *Online Anxiety Prevention Program* redujo las cogniciones relacionadas con la ansiedad y el afecto negativo.

En suma, tan solo un estudio ha aplicado un tratamiento totalmente autoadministrado vía Internet en trastornos de ansiedad. Por lo tanto este es un campo importante a desarrollar, ya que los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia y hay muchas personas que buscan ayuda psicológica por estos problemas. En este sentido, los tratamientos totalmente autoadministrados vía Internet pueden mejorar enormemente el binomio coste-beneficio.

Por lo respecta al tratamiento del MHP, que nosotros tengamos noticias, solo existe un programa de tratamiento autoadministrado vía Internet llamado “Háblame” que ha diseñado y desarrollado nuestro grupo de investigación (Botella et al., 2000). El primer trabajo que se realizó con este programa fue un estudio de caso que llevaron a cabo Botella, Hofmann et al. (2004), en el que describieron detalladamente el programa de tratamiento “Háblame” y la aplicación de este programa a una estudiante de derecho de 22 años. En el momento de la evaluación la participante cumplía criterios DSM-IV de fobia social generalizada. La participante informó que experimentaba miedo en situaciones sociales como fiestas, conocer a gente nueva, hablar con gente desconocida, hablar con figuras de autoridad, ser asertiva, iniciar una conversación, pedir ayuda o información a otros, participar en clase o en reuniones y hablar formalmente ante un grupo. Además dijo que evitaba estas situaciones cuando era posible. En cuanto al nivel de interferencia del problema la participante informó de

una interferencia de 3 en una escala Likert de 0 a 4. Ella dijo que su ansiedad social interfería principalmente en los estudios, ya que evitaba preguntar al profesor cuando no entendía algo. Aunque en esos momentos lo que más le preocupaba era una charla de apertura que tenía que dar en las fiestas de su pueblo, temía al hecho de hablar ante mucha gente y la posibilidad de hacerlo mal.

La conducta objetivo principal fue hablar ante un público de personas desconocidas. Su miedo y evitación a esta conducta era de 9 y 8 respectivamente (en una escala de 0 a 10). Su pensamiento negativo ante esta situación era “me bloquearé” y “no sabré que decir”, y la paciente creía que esto ocurriría un 9 en una escala de 0 a 10.

Después de la evaluación inicial la participante llevó a cabo 6 sesiones de exposición en un período de 3 semanas. A lo largo de estas sesiones ella se expuso a 8 escenarios. Cada sesión duró entre 1 y 2 horas. Cuando terminó el tratamiento el grado de temor y evitación de cada una de las conductas objetivo disminuyó considerablemente. Además la paciente indicó un grado de realismo de 9 (en una escala de 0 a 10) y un grado presencia de 9 (en una escala de 0 a 10). La participante estaba muy satisfecha con los resultados del tratamiento tanto en el post-tratamiento (10) como en el seguimiento al mes (8). Otro dato relevante es la utilidad del tratamiento, ya que consideró que el tratamiento era útil en un 10 (escala de 0 a 10) en el postratamiento y en un 8 en el seguimiento. Lo más importante es que algunos meses después del tratamiento ella fue capaz de realizar la charla de apertura que ella tanto temía antes del tratamiento. Este estudio de caso proporcionó evidencia empírica preliminar de la eficacia del Háblame, un programa de tratamiento autoadministrado online para el MHP.

Guillén (2001) estudió la eficacia de este programa en una serie de 4 casos. En este estudio el programa se aplicó a 4 participantes diagnosticadas de fobia social según los criterios del DSM-IV. Todas las participantes eran mujeres de entre 19 y 29 años, tres de ellas eran estudiantes de universidad y una cuarta licenciada. Por lo que respecta a los resultados se observó una importante disminución en las puntuaciones de todas las participantes tanto en el miedo como en la evitación, antes frente a después de la terapia y esta mejoría se mantuvo, o incluso en algunas variables continuó aumentando, en el seguimiento. Los datos obtenidos en los cuestionarios específicos de MHP indicaron que las 4 participantes mejoraron, tanto en lo que se refiere al número de situaciones que podían afrontar, como en la cantidad e intensidad de las sensaciones de ansiedad que experimentaban al hablar en público. También se observó como este miedo interfería menos en las vidas de las participantes y todas ellas valoraban la gravedad del problema como mucho menor. Además las participantes informaron que habían experimentado una notable mejoría en el

MHP respecto al inicio del tratamiento. En este sentido, nos gustaría señalar que la mejoría obtenida en el MHP por medio del programa “Háblame” se generalizó a situaciones “reales” de la vida cotidiana. En cuanto al diagnóstico realizado después del tratamiento se vio como ninguna de ellas cumplían criterios DSM-IV (APA, 1994) para la fobia social.

Las participantes valoraron la experiencia como bastante real, en dos casos las puntuaciones se sitúan (en una escala de 0 a 10) alrededor de 8-9 y en dos casos alrededor de 5-6. Incluso una de las participantes no pudo dormir una noche pensando en el examen que tenía que realizar al día siguiente ante el escenario de cinco profesores y que antes de comenzar el examen, la sensación era la misma que sentía en un examen real. Además al igual que sucede en las exposiciones tradicionales, la ansiedad aumentaba al afrontar la situación temida por medio del programa “Háblame” y luego, gradualmente, disminuía a lo largo de las sesiones de exposición.

También tenemos que destacar que todas las participantes estaban muy motivadas para realizar el tratamiento y tenían confianza en que tendría efectos beneficiosos para mejorar su MHP. Asimismo, todas las participantes cuando finalizaron el programa informaron de estar satisfechas con el programa e indicaron que les había resultado útil. Una de las participantes dijo que cuando trabajó en verano en una frutería se sentía más segura con los pacientes, les daba más conversación y también hablaba más en las cenas con los amigos. Otra de las participantes indicó que había sido una experiencia muy gratificante que le había permitido enfrentarse a cualquier situación que implicara hablar en público, que había disfrutado con las exposiciones y que incluso había mejorado su relación con “este tipo de aparatos”.

Botella et al. (en prensa) realizaron una serie de 12 casos en la que se presentan datos de eficacia del mismo programa. Las participantes eran chicas de entre 19 a 29 años que estaban estudiando o acababan de terminar la carrera. Por lo que respecta al diagnóstico todas las pacientes cumplieron criterios DSM-IV (ADIS-IV; Brown et al., 1994) de fobia social. Además de los criterios DSM-IV utilizamos los criterios de Heimberg para dividir a la muestra en subtipos (Heimberg y Holt, 1989), el 8,33% fueron diagnosticados de fobia social generalizada, el 66,66% fueron diagnosticados de fobia social no generalizada y el 25% de fobia social específica. En este estudio la evaluación antes del tratamiento se llevó a cabo, por una parte, por el ordenador y, por otra, por el terapeuta, el grado de acuerdo entre el diagnóstico del ordenador y el del terapeuta fue elevado (83,33 %).

Por lo que respecta a la motivación de las participantes antes de comenzar el tratamiento, tenemos que decir que las pacientes informaron estar muy motivadas para

realizar el tratamiento, además para favorecer esta motivación las participantes pagaban un módico precio de 6 euros cada sesión. En cuanto a la satisfacción después del tratamiento también fue elevada, probablemente porque “Háblame” alcanzó sus expectativas. Además informaron de una confianza elevada antes de comenzar el tratamiento y esta confianza incrementó incluso después de cumplimentar el programa aunque no significativamente. Es muy importante la aceptación por parte de la gente de esta nueva forma de aplicar terapia, ya que esto puede ayudar a incrementar el número de gente que se beneficie de este tratamiento psicológico, gente que de otro modo no acudiría a terapia. En este estudio con estas 12 participantes “Háblame” también demostró ser eficaz.

En resumen, “Háblame”, un programa de autoayuda autoadministrado que utiliza Internet como soporte ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del MHP, aunque resulta necesario llevar a cabo un estudio controlado que permita analizar su eficacia de forma mucho más precisa.

* * *

En la revisión que hemos realizado de los programas de autoayuda vía Internet hemos comprobado que muchos de éstos se han utilizado junto a un contacto mínimo con el terapeuta, sobre todo en los trastornos de ansiedad donde tan solo encontramos dos programas totalmente autoadministrados, uno llevado a cabo en población subclínica y otro llevado a cabo en población clínica. El programa llevado a cabo en población clínica se llama “Háblame” y se ha aplicado a personas con MHP con éxito.

Antes de concluir el apartado consideramos relevante tener en cuenta las ventajas e inconvenientes de los tratamientos de autoayuda vía Internet. Landau (2001) destacó algunas ventajas de la psicoterapia *online*:

1. La principal ventaja es que este tipo de psicoterapia está al alcance de todo tipo de personas, incluso personas que no tendrían la oportunidad de buscar terapia de otro forma, porque no pueden salir de sus casas por su incapacidad o porque viven en áreas rurales en donde no hay un fácil acceso a la terapia tradicional.
2. Permite el anonimato.
3. Es menos costosa que la terapia tradicional con el terapeuta.
4. Además esta autora también destacó que este tipo de psicoterapia puede ser más atractiva para niños y adolescentes dado su gran interés por los ordenadores.

Por su parte, Zabinski, Celio, Jacobs, Wilfley y Taylor (2003) a partir de su revisión de los trabajos que proporcionan servicios psicológicos a través de Internet concluyen las siguientes ventajas:

1. El anonimato permite a los individuos dar más información sobre ellos mismos sin barreras sociales (Miller y Gergen, 1998).
2. Los usuarios pueden utilizar este medio las 24 horas al día durante los 7 días de la semana.
3. Internet permite a las personas que viven en áreas rurales a encontrar apoyo desde sus propias casas.
4. El uso de Internet se expande rápidamente y es especialmente popular en jóvenes adultos.
5. Internet hace fácil el compartir información.
6. Internet permite encontrar apoyo social.
7. El cumplimiento del tratamiento puede ser monitorizado cuidadosamente a través de seguimientos computerizados.

A pesar de las ventajas destacadas, Zabinski et al. (2003) también ponen de manifiesto los problemas que podemos encontrar en el uso de Internet como herramienta terapéutica:

1. No todo el mundo tiene acceso a un ordenador con Internet.
2. En la terapia vía Internet, Zabinski et al. (2003) destacaron que a excepción de la videoconferencia, el terapeuta no tiene la posibilidad de observar la expresión facial y el contacto visual que pueden ayudar a comprender mejor las palabras y frases en el contacto cara a cara. Sin embargo, actualmente esto no es así, ya que mediante una Web cam (una pequeña cámara), con un micrófono y unos auriculares puedes observar y conversar con él paciente.
3. Estos autores apuntan que es difícil intervenir en situaciones de crisis, aunque en nuestra opinión puede ser igual de difícil que intervenir en estas situaciones en la terapia cara a cara, ya que es posible que el paciente tenga tu móvil o que te llegue un mensaje a tu agenda PDA cuando necesite ayuda.
4. La privacidad es una posible preocupación, ya que algunos usuarios tienen que utilizar Internet desde un sitio público o la oficina y en estas situaciones es difícil controlar las interrupciones.
5. En cuanto a la confidencialidad es muy importante el uso de servidores seguros y que el paciente tenga acceso al tratamiento mediante un *login* y un *password*.
6. En Internet está la información disponible para todos y se puede malinterpretar e incluso hay páginas en donde pueden promocionar el problema, como por ejemplo la Bulimia:

http://foros.hispavista.com/salud_y_medicina/5/4255/m/%C2%A1%C2%A1necesito-ayuda-para-poder-vomitarse-von-facilidad!!/2

7. La posibilidad de que las amistades vía Internet reemplacen los contactos cara a cara.

Como hemos visto, Internet es una herramienta que tiene un enorme potencial como medio para realizar intervenciones psicológicas, ahora bien es importante tener en cuenta los aspectos éticos para su uso en la práctica clínica.

3.4.2. Aspectos éticos

En los últimos años ha habido un importante aumento en la oferta de los servicios psicológicos a través de Internet, aunque esta expansión no se ha correspondido con el desarrollo de normativas legales y profesionales al respecto. Por esta razón los psicólogos que utilizamos esta herramienta para la terapia debemos hacer un esfuerzo en recopilar la información existente sobre aspectos éticos en la terapia *on-line*.

En España el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya publicó un documento pionero sobre las intervenciones realizadas por la red llamado: *Recomendacions i criteris deontològics de la intervenció psicològica mitjançant Internet*, que junto al documento “*The provision of Psychological Services via the Internet and other non-direct means*” elaborado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2001), son las directrices más adecuadas, hasta el momento, a disposición de los psicólogos españoles.

The Ethics Code Task Force (APA, 2002), que es la novena revisión del Código Ético del APA, aportó información importante al respecto. Esta comisión concluyó que no era necesaria una sección especial para el código ético de la telesalud. Sin embargo, decidieron que era importante subrayar la relevancia de cinco apartados para psicólogos que utilizaban Internet y otros medios de comunicación electrónicos para uso profesional: a) normas generales, b) consentimiento informado, c) los límites de la confidencialidad, d) evitar declaraciones falsas o engañosas, y e) presentación por los medios de comunicación. En este sentido, Fisher y Fried (2003) y del Río (2005) nombran una serie de requisitos para una práctica profesional *on-line* ética basados en el documento “*The provision of Psychological Services via the Internet and other non-direct means*” elaborado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2001) y en el “*Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*” elaborado por la APA (2002):

- a) Competencia: un psicólogo que proporciona psicoterapia *on-line*, por una parte, no debe ofrecer servicios en áreas en las que no ha sido formado, y, por otra, debe de

- tener las habilidades necesarias para la comunicación *on-line*. Además un psicólogo no puede aplicar una técnica que no ha sido probada científicamente o aprobada por profesionales entendidos en el tema.
- b) Conflictos de interés: los psicólogos deben ser objetivos, competentes y hábiles para llevar a cabo su rol, de tal forma que no se vea interferido por intereses personales.
 - c) Consentimiento informado: cuando un psicólogo realiza una evaluación, terapia, consejo o servicios de consulta por Internet debe obtener el consentimiento informado del individuo en el que proporciona información sobre los servicios que le ofrece, las tarifas y los límites de la confidencialidad.
 - d) Privacidad y confidencialidad: es importante proteger la confidencialidad del paciente, así como la privacidad y la dignidad de las personas, aunque esto suponga buscar profesionales que puedan llevar a cabo técnicas con este fin.
 - e) Seguridad: los psicólogos deberán estar familiarizados y actualizados respecto a los medios técnicos que faciliten la seguridad de la información y la legislación vigente en materia de protección de datos.
 - f) Declaraciones públicas y publicidad: un psicólogo no puede hacer declaraciones públicas fraudulentas relacionadas con actividades laborales u organizaciones en las cuales el psicólogo está afiliado.
 - g) Servicios de evaluación computerizados: el código ético prohíbe a los psicólogos dar opiniones que no estén fundamentadas en información suficiente o las técnicas utilizadas no sean las adecuadas.
 - h) Identidad del psicólogo: el psicólogo debera verificar si identidad e incluir una ubicación física. Es importante informar sobre su titulación, experiencia y su pertinencia al Colegio Oficial de Psicólogos.
 - i) Identidad de los usuarios: normalmente se deberá solicitar la identificación del usuario, aunque en algunas circunstancias se podría aceptar el animato del usuario como indica el EFPA (2001), teniendo en cuenta que los servicios que se pueden ofrecer a anónimos son limitados.
 - j) Titulación, capacitación y ámbito de actuación: existe un gran debate en norteamérica sobre la proporción de servicios mediante la red a países en los que el psicólogo no está acreditado para ejercer legalmente (Haas, Benedict y Kobos, 1996), principalmente por la dificultad que tendrían los usuarios para realizar acciones legales contra el terapeuta. Pero no hay nada claro en este campo todavía.

Por lo tanto, ya existen directrices que tendría que seguir cualquier psicólogo que utilice Internet como medio para el tratamiento de sus pacientes. Como hemos visto sería adecuado seguir las directrices internacionales (APA, 2002) y, más concretamente, las europeas (EFPA, 2001). Aunque en estos documentos se pone de manifiesto que no son tan diferentes de las cautelas que ya rigen los aspectos éticos en la consulta cara a cara, por un lado, proteger al paciente y, por otro, dejar claro que el psicólogo que esta prestando sus servicios es una persona válida.

La protección de datos en la red es algo en lo que debemos poner empeño, ya que es muy importante que nadie más que el propio psicólogo tenga acceso a la historia clínica del paciente. Por esta razón debemos hacer un esfuerzo en el futuro y crear sistemas de encriptación más sofisticados a los que ningún hacker pueda acceder.

Actualmente, cada vez más, hay páginas web en las que los psicólogos acreditan que son personal especializado informando del número de colegiado y la formación que han recibido. Además estas páginas web pueden estar ligadas a páginas seguras. Es decir, que hay formas de salvaguardar los aspectos éticos, aunque éste es un tema al que hay que prestar atención y por eso le hemos dedicado este pequeño apartado a los aspectos éticos en esta tesis doctoral.

CAPITULO II: MARCO EXPERIMENTAL

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo principal de este trabajo es comparar la eficacia de un programa de tratamiento para el MHP totalmente autoadministrado que utiliza Internet como soporte, frente al mismo programa aplicado por el terapeuta y frente a un grupo control lista de espera. Por lo que respecta a los objetivos específicos, estos serían los siguientes:

1. Analizar la eficacia conseguida por este programa autoadministrado vía Internet para el tratamiento del MHP.
2. Analizar la eficacia conseguida por el programa aplicado por el terapeuta para el tratamiento del MHP.
3. Comparar la eficacia del tratamiento autoadministrado vía Internet para superar el MHP con el tratamiento aplicado por el terapeuta.
4. Comparar la eficacia del tratamiento autoadministrado vía Internet y del mismo programa aplicado por el terapeuta, frente al grupo control lista de espera.
5. Comprobar si los logros conseguidos por los tratamientos se mantienen en el tiempo.

Teniendo en cuenta los objetivos que acabamos de nombrar nos planteamos las siguientes hipótesis:

- a) En el grupo tratado mediante el programa de tratamiento autoadministrado se observarán cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de los participantes entre el pre y el post-test, en el sentido de acercamiento a la normalidad.
- b) En el grupo tratado por el terapeuta se observarán cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de los participantes entre el pre y el post-test, en el sentido de acercamiento a la normalidad.
- c) No se observarán diferencias significativas entre el programa de tratamiento autoadministrado vía Internet y el programa aplicado por el terapeuta.
- d) Ambos tratamientos serán más eficaces que el grupo control lista de espera.
- e) La mejoría observada en el post-test en los grupos de tratamiento se mantendrá en los seguimientos a los 3 y 6 meses.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. La muestra

2.1.1. Selección de la muestra

La muestra se obtuvo entre las personas que acudieron al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaume I, en respuesta a los anuncios que se establecieron desde este servicio para dar a conocer la puesta en marcha de un proyecto en el que se administraba un tratamiento psicológico gratuito para el MHP.

Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Cumplir criterios DSM-IV de Fobia Social.
- Duración del trastorno como mínimo de un año.
- Edad entre 18 y 60 años.

Y los siguientes criterios de exclusión:

- Alcoholismo
- Adicción a drogas
- Depresión mayor
- Psicosis
- Retraso mental
- Estar recibiendo ayuda psicológica por fobia social
- Padecer otros trastornos psicológicos con necesidad inmediata de tratamiento

2.1.2. Descripción de la muestra

Como podemos ver en la tabla 2, se interesaron por el tratamiento de MHP un total de 176 personas, 24 tan solo pidieron información por teléfono o correo electrónico, a 152 se les realizó el *screening* inicial, 8 no cumplieron criterios de MHP, 7 fueron excluidos del estudio debido a diversas razones: una persona cumplía criterios de trastorno depresivo mayor, 3 presentaban un diagnóstico de abuso de sustancias, 2 estaban recibiendo ayuda psicológica por el problema de MHP en el momento de pedir ayuda y un participante presentaba un diagnóstico de retraso mental leve. Un total de 137 cumplieron criterios de MHP, 8 de ellos abandonaron antes de iniciar el tratamiento y 129 comenzaron el estudio.

Tabla 2

Distribución de las personas que se interesan por el tratamiento del MHP.

	N
Interesados	176
Screening	152
No cumplen criterios de MHP	8
Excluidos	7
Cumplen criterios de MHP	137
Abandonan antes de iniciar el tratamiento	8
Comienzan el estudio	129

Por lo tanto, la muestra estuvo formada por 129 participantes. El rango de edad de éstos osciló entre 17 y 48 años, siendo la media de 24,19 años (5,40). Respecto al género, 108 eran mujeres (83,7%) y 21 eran varones (16,3%). En cuanto al nivel de estudios, tan solo una persona había cursado estudios primarios (0,8%), 5 personas estaban estudiando o tenían estudios secundarios (3,9%) y, finalmente, 123 estaban estudiando o tenían estudios superiores (95,3%). La mayoría de los participantes, en concreto, 116 eran solteros (89,9%), 12 casados o vivían con su pareja (9,3%) y 1 divorciado (0,8%).

Tabla 3

Variables sociodemográficas

		N	%
Estudios	Mujeres	108	83,7
	Varones	21	16,3
Estudios	Primarios	1	0,8
	Secundarios	5	3,9
	Superiores	123	95,3
Estado civil	Solteros	116	89,9
	Casados	12	9,3
	Divorciados	1	0,8

Respecto al diagnóstico de los participantes se tuvieron en cuenta los distintos subtipos atendiendo a la clasificación de Heimberg y Holt (1989), un total de 60 participantes cumplieron criterios de fobia social específica MHP (46,5%), 46 de fobia social no generalizada (35,7%) y 23 de fobia social generalizada (17,8%).

Tabla 4
Diagnóstico en función de la clasificación de Heimberg y Holt (1989).

	N	%
Fobia social específica	60	46,5
Fobia social no generalizada	46	35,7
Fobia social generalizada	23	17,8

2.1.3. Diseño y condiciones experimentales

El presente trabajo utiliza un diseño entre grupos de medidas repetidas (con pre-test, post-test, seguimiento a los 3 y los 6 meses) con tres condiciones experimentales. Una vez establecido el diagnóstico de los participantes y confirmado que cumplían los criterios de inclusión y de exclusión establecidos en el estudio se asignaban aleatoriamente a una de las siguientes condiciones experimentales:

- a) Un programa de tratamiento totalmente autoadministrado para el MHP que utiliza Internet como soporte de aplicación. El programa “Háblame”.
- b) Este mismo programa de tratamiento pero aplicado por un terapeuta de forma tradicional.
- c) Un grupo control (lista de espera): en esta condición los participantes fueron evaluados cuando solicitaron ayuda y se repitió la evaluación al cabo de 4 semanas. Estos participantes una vez terminado el proceso recibieron ayuda por su problema.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a cada una de las condiciones experimentales. Además, a lo largo del proceso se realizó un control de los aspectos más centrales del problema, se tuvieron en consideración los subtipos de fobia social que estuvieron igualmente representados en las tres condiciones experimentales, y aspectos como la gravedad y la interferencia del problema, y variables como el FNE y el SAD.

En la tabla 5 vemos el número de participantes clasificados en cada una de las condiciones en base a los subtipos de fobia social según Heimberg y Holt (1989).

Tabla 5

Diagnóstico en función de la clasificación de Heimberg y Holt (1989) para cada condición experimental

	Autoadministrado		Terapeuta		Lista de espera	
	N	%	N	%	N	%
Fobia social específica	28	43,8	14	41,2	16	55,2
Fobia social no generalizada	24	37,5	13	38,2	9	31
Fobia social generalizada	12	18,8	7	20,6	4	13,8

Como ya hemos comentado, los participantes fueron asignados al azar a las tres condiciones experimentales, aunque la proporción de participantes asignados al grupo de tratamiento autoadministrado fue aproximadamente de 2 a 1*. De los 129 participantes que cumplieron criterios de MHP 64 fueron asignados al programa autoadministrado, 36 al programa aplicado por el terapeuta y 29 al grupo de lista de espera. Por lo que respecta a los abandonos 32 abandonaron el programa autoadministrado (50%), 14 el aplicado por el terapeuta (38,89%) y 4 la lista de espera (13,79%). Terminaron el tratamiento autoplicado 30 participantes, el aplicado por el terapeuta 22 y la lista de espera 25 personas. Por lo que respecta al tratamiento autoadministrado una persona comenzó un curso para mejorar el MHP cuando estaba a mitad del programa, la participante se había apuntado a este curso antes de comenzar el tratamiento y una participante pidió ayuda a mitad del tratamiento porque su madre estaba muy enferma y era algo que le causaba mucho malestar y le interfería en ese momento.

Con respecto a las razones por las que los participantes abandonaron el tratamiento, en la condición autoadministrada 20 participantes no informaron de las causas del abandono, 1 persona indicó que iba a cambiar de vivienda a un sitio donde no tenía acceso a Internet, otra señaló que no le gustaba realizar el tratamiento mediante ordenador, 2 abandonaron por motivos de salud, 3 participantes abandonaron por problemas técnicos (no conseguían descargarse los vídeos), 4 personas no consiguieron “meterse” en los escenarios y uno dijo tener demasiada libertad y eso hacía que nunca encontrara el momento apropiado para realizar el programa. En la condición de tratamiento aplicado por el terapeuta 4 personas no

* Se observará que la asignación de participantes al grupo de tratamiento autoadministrado fue mayor que a las demás condiciones experimentales, esto se produce por dos razones, en primer lugar, en la literatura (Andersson, Strömgren, Ström y Lyttkens, 2002; Hecker et al., 1996; Ström et al., 2000) se pone de manifiesto que el porcentaje de abandonos en los tratamientos autoadministrados era mayor que en los aplicados por un terapeuta y, en segundo lugar, vimos a medida que avanzaba el estudio que había más abandonos en el grupo autoadministrado y se iban asignando más participantes a esta condición, aunque también habían abandonos en el tratamiento aplicado por el terapeuta.

informaron de las causas del abandono, 5 personas dijeron que estaban muy ocupados y no tenían tiempo para acudir a terapia, una persona indicó que prefería la exposición in vivo, una persona abandonó al encontrarse mejor, otro participante explicó que en el momento del abandono el problema interfería poco en su vida y, finalmente, 2 personas se fueron a vivir a otra ciudad durante el tratamiento y no podían acudir a terapia. En cuanto a la condición de lista de espera tan solo 4 personas abandonaron el estudio, una porque había hecho una exposición y se encontraba mejor, otra por falta de tiempo, y otras dos no entregaron los cuestionarios en el post-test y no se dispone de información sobre ellas.

Tabla 6

Resumen de los participantes asignados a cada una de las condiciones.

	Asignados	Abandonos	% Abandonos	Han terminado	Comienzan curso de MHP	Otros problemas
TA	64	32	50	30	1	1
TAT	36	14	38,89	22	0	0
LE	29	4	13,79	25	0	0

2.2. Instrumentos utilizados en la evaluación

En el anexo se presenta el protocolo de evaluación administrado.

2.2.1. Entrevistas

Entrevista de *screening* (Botella, Baños y Perpiñá, 1988): Es una entrevista que se utiliza de forma rutinaria en el Servicio de Asistencia Psicológica y fue diseñada por nuestro grupo de investigación. Esta entrevista es útil para tener una primera aproximación al diagnóstico y permite ver si existen indicios sobre la presencia de MHP en los participantes. Además la entrevista permite rastrear si los participantes cumplen los criterios de inclusión y exclusión anteriormente nombrados.

Entrevista estructurada ADIS-IV (Brown et al., 1994): Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Esta entrevista incluye una serie de preguntas que rastrean los criterios diagnósticos y una serie de situaciones sociales respecto a las que el participante ha de indicar el grado de temor y de evitación que presenta en la actualidad, la frecuencia con la que se encuentra en dichas situaciones y si la ansiedad en situaciones sociales es inmediata o anticipada. También se analizan los episodios actuales y pasados de ansiedad social, la etiología, la interferencia con el funcionamiento cotidiano y la posible presencia de ataques de pánico. En este caso se utilizaba la sección de fobia social, además añadimos una pregunta referida a la gravedad del problema informada por el participante. Tanto la gravedad como la interferencia se medían en una escala Likert de 5 puntos en la que 0 es “nada grave” y 4 es “muy grave” (en el punto 1.2. hay información más detallada de este instrumento).

Ordenador: Para realizar la evaluación por ordenador se adaptó la entrevista ADIS-IV (DiNardo et al., 1994). La adaptación que se realizó para “Háblame” incluye tres preguntas del ADIS-IV que hacen referencia a los criterio A y D del DSM-IV, para delimitar la presencia de fobia social. También rastrea el grado de temor y de evitación que experimenta la persona ante una serie de situaciones sociales y el tiempo que lleva sufriendo el problema. Además, al igual que en la entrevista realizada por el terapeuta, añadimos una pregunta referida a la gravedad del problema informada por el participante.

2.2.2. Autoinformes

La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (*Fear of Negative Evaluation Scale*, FNE; Leary, 1983). Esta escala evalúa el aspecto más cognitivo de la

ansiedad social y para ello se centra en el temor que la persona experimenta ante la posibilidad de ser juzgada negativamente por parte de los demás.

Existen dos versiones de este instrumento, una larga y una abreviada. La escala más larga consta de 30 ítems de tipo dicotómico (verdadero vs. falso). La escala breve de 12 ítems (Leary, 1983) tiene un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Esta escala está descrita con más detalle en el apartado 1.2.2.

La Escala de Evitación y Malestar Social (*Social Avoidance and Distress Scale*, SAD, Watson y Friend, 1969). Se trata de un escala de 28 ítems, con dos posibilidades de respuesta (verdadera vs. falso), referidos a la ansiedad que experimenta la persona en situaciones sociales (14 ítems) y la evitación activa o deseo de evitación de esas situaciones (14 ítems). Podemos ver esta escala descrita con mayor precisión en el apartado 1.2.2.

Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público (CAIP; adaptado de Bados, 1986). Nuestro equipo de investigación adaptó este instrumento para esta investigación a partir del cuestionario de “Autoeficacia para hablar en público” de Bados (1986). El instrumento contiene 6 situaciones que implican intervenir en público y cada una de ellas conlleva distintos grados de dificultad (hacer una pregunta en clase, exponer una conferencia, dar una charla improvisada, etc.). Este cuestionario mide el grado en que la persona podría afrontar, en la actualidad, diferentes situaciones relacionadas con hablar en público, utilizando una escala en la que 1 es “claramente no podría realizarlo” y 10 es “claramente sí podría realizarlo”.

Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público (*Self-Statements During Public Speaking*, SSPS; Hofmann y DiBartolo, 2000). Es un cuestionario de 10 ítems basado en el SISST (*The Social Interaction and Self-Statement Test*) de Glass et al. (1982) y mide las autoafirmaciones de la persona y el grado de malestar experimentado mientras habla en público. Su formato de respuesta es tipo Likert que va de 0 (“en absoluto de acuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”) y presenta dos subescalas: la subescala de autoverbalizaciones positivas (SSPS-P) y la subescala de autoverbalizaciones negativas (SSPS-N). Este cuestionario está descrito más detalladamente en el apartado 1.2.2.

El Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (*Personal Report of Confidence as Speaker*, PRCS; Paul, 1966) adaptado a población española por Bados (1986). Esta escala fue diseñada originalmente por Gilkinson (1942) y posteriormente modificada por Paul (1966). Los 101 ítems originales se redujeron en la segunda versión a 30 ítems con un formato verdadero-falso. En España, Bados (1986) sustituyó el formato de respuesta verdadera-falso por una escala de 6 puntos, de 1 (“completamente de acuerdo”) a 6

(“completamente en desacuerdo”). Este cuestionario está descrito con mayor detalle en el apartado 1.2.2.

Ordenador: En el estudio de Guillén (2001) se realizó una adaptación de este instrumento para la evaluación por ordenador y la llamó **Cuestionario de miedo a hablar en público** (CMHP). Los ítems seleccionados fueron el 3, 5, 8, 19, 20, 24, 25 y 28. Además se cambió la escala de respuesta, para el CMHP se utilizó una escala de once puntos, en la que 0 es "completamente en desacuerdo" y 10 es "completamente de acuerdo". En este instrumento la persona valora la presencia e intensidad de una serie de síntomas de ansiedad cuando tiene que hablar en público o piensa en la posibilidad de hacerlo.

2.2.3. Test de evitación comportamental

Tarea del Discurso Improvisado (TD) (Beidel et al., 1989). Es una tarea adaptada por nuestro grupo de investigación. Esta prueba consiste en hablar durante 10 minutos ante 3 personas de las que, al menos, una es conocida. Hay una lista de 20 temas de opinión (por ejemplo, teléfonos móviles, la contaminación, etc.) de los cuales el participante tiene que coger 5 temas al azar y elegir como máximo 3 temas. Tiene 3 minutos para prepararse dos temas y como mínimo ha de hablar durante 3 minutos. Para más detalles de esta prueba ver apartado 1.2.2.

2.2.4. Instrumentos clínicos generales

Hoja de consentimiento informado: Hoja en la que después de recibir información sobre el estudio el participante acepta voluntariamente recibir este tratamiento psicológico y que los datos que se deriven del mismo puedan ser utilizados para investigación.

Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1983), adaptado por TEA (1988) para población española. Este cuestionario consta de dos escalas, que están formadas por 20 ítems cada una. En la escala de ansiedad-rasgo, los participantes tienen que describir cómo se sienten generalmente, y en la escala ansiedad-estado, cómo se sienten en el momento de contestar. Las categorías de respuesta en la escala ansiedad-rasgo son: casi nunca, a veces, a menudo y casi siempre. En la escala de ansiedad-estado las categorías son: nada, algo, bastante y mucho. El cuestionario permite obtener puntuaciones para las dos escalas. El coeficiente de fiabilidad test-retest en el caso de la escala ansiedad-estado es bajo ($,40$), como es deseable, mientras que para la ansiedad-rasgo es de $,81$.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-13; Beck, Rial y Rickels, 1974), adaptado por Conde y Franch (1984). Beck et al. (1974) realizaron una versión corta de 13 ítems entresacados de los 21 ítems originales (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Ergbaugh, 1961). En esta versión, al igual que en la anterior, los ítems tenían cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad. La persona debe señalar cual de las afirmaciones describe mejor sus sentimientos actualmente. Se puntúa de cero a tres cada uno de los ítems y la puntuación total es el sumatorio de todas las puntuaciones. Los puntos de corte son los siguientes, 0-4: depresión ausente o mínima; 5-7: depresión leve; 5-15: depresión moderada; 16 o más: depresión grave. Por lo que respecta a la correlación entre la forma corta y la forma larga es de ,96.

Escala de miedo y evitación (EME) (Servicio de Asistencia Psicológico, UJI) (adaptado Marks y Mathews, 1979). El terapeuta y el participante establecen de dos a cuatro conductas objetivo. Estas situaciones son los objetivos o metas de terapia que el participante propone conseguir a lo largo del programa de tratamiento. El siguiente paso es valorar el grado de temor que produce el enfrentarse a cada una de las conductas objetivo en una escala de 0 a 10, donde el 0 sería “Nada de miedo” y el 10 “Miedo extremo”, el grado de evitación en una escala de 0 a 10, donde 0 sería “Nunca lo evito” y el 10 “Siempre lo evito” y el grado de creencia en el pensamiento catastrófico relacionado con las diferentes conductas objetivo en una escala de 0 a 10, donde el 0 sería “No creo que suceda” y 10 “Seguro que sucede”.

Ordenador: Este instrumento se adaptó para la evaluación por ordenador y lo llamamos **Conductas Objetivo Ordenador** (COO) (Servicio de Asistencia Psicológico, UJI) (adaptado Marks y Mathews, 1979): evalúa el grado de miedo y evitación que el participante tiene a la hora de afrontar cada una de las situaciones que plantean los escenarios del programa Háblame (clase de 8 personas, clase de 20 personas, entrevista de trabajo masculina, etc.). La escala Likert utilizada es de 11 puntos que va del 0 = “sin miedo”/ “nunca lo evito” al 10 = “mucho miedo”/ “siempre lo evito”. En función de las respuestas a este cuestionario “Háblame” realizará la jerarquía de exposición del participante.

Escala de expectativas de cambio y motivación hacia el tratamiento (EEMT) (Servicio de Asistencia Psicológico, UJI) (Botella et al., 2001a): Este instrumento está formado por tres ítems; en qué medida el participante está motivado para comenzar el tratamiento, en qué medida confía en la eficacia de los tratamientos psicológicos en general y en qué grado espera mejorar en la conducta objetivo principal que se ha establecido con el terapeuta. La escala de respuesta es tipo Likert de 11 puntos, en la que 0 es “Nada en absoluto” y 10 es “Totalmente”.

Cuestionario de confianza hacia el programa de tratamiento (CCPT) (Servicio de Asistencia Psicológico, UJI) (Botella et al., 2001b): Este instrumento está formado por cuatro ítems; en qué medida cree que Internet es un medio en el que se puede encontrar información para solucionar problemas personales, en qué medida confía en los ordenadores para solucionar su problema, en qué medida confía en el tratamiento que va a recibir y, finalmente, estima el grado de confianza que tiene en él/ella mismo/a para aplicarse el programa de tratamiento. La escala de respuesta es tipo Likert y va de 0 = “Nada en absoluto” a 10= “Totalmente”.

Escala de inadaptación (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). La escala que hemos utilizado en este estudio está formada por seis ítems, los cinco primeros hacen referencia a la medida en que cada uno de los siguientes ámbitos se han visto afectados por el problema: el trabajo, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la vida familiar, y el sexto se refiere a cuanto se ha visto afectada la vida en general. La escala de respuesta es una escala tipo Likert que va de 0 = “nada” a 5 = “muchísimo”.

La muestra que utilizaron Echeburúa et al. (2000) para validar este instrumento estuvo formada por 322 participantes, 222 participantes clínicos y 100 participantes normativos. La fiabilidad de la presente escala se midió mediante el coeficiente alfa de Cronbach, para el total de la muestra el alfa fue de ,94, para la muestra clínica fue de ,83 y para la muestra normativa de ,83. En cuanto a la validez convergente en la muestra clínica la EI correlacionó de forma significativa con las distintas medidas de gravedad utilizadas: el Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS; Lesieur y Blume, 1987) ($r = ,38$), la Escala de Estrés y Evitación Social (SAD; Watson y Friend, 1969) ($r = ,25$), la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) ($r = ,42$) y el Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) ($r = ,42$). Para finalizar, por lo que respecta a la validez discriminante el presente cuestionario diferenció entre muestra clínica y sujetos normales.

Ordenador: También se adaptó el Cuestionario de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) para la evaluación por ordenador (EIO). En este caso tan solo se pregunta el nivel de interferencia causada por el MHP en áreas de la vida como el trabajo, la familia, las actividades sociales, y la vida en general. La escala de respuesta es una escala tipo Likert que va de 0 = “nada” a 4 = “muchísimo”.

Evaluación del estado del paciente por el terapeuta (EEPT; adaptado de Guy, 1976). Este instrumento lo cumplimenta el terapeuta a partir de la información recabada en la sesión de evaluación, en concreto está formado por dos ítems el primero hace referencia al

estado global del paciente (0 = “normal”; 8 = “muy gravemente perturbado”) y el segundo al grado de mejoría respecto a la línea base (1 = “mucho mejor”; 7 = “mucho peor”).

Evaluación semanal del paciente (ESP) (adaptado de Guy, 1976). Esta escala está compuesta por 5 ítems. El primer y el segundo ítem pregunta el grado de miedo y evitación a hablar en público en una escala de 0 =“nada” a 10 =“mucho”. El tercer ítem se refiere al grado de interferencia del problema en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 = “nada” a 5 = “mucho”. Finalmente, los dos últimos ítems hacen referencia al grado de mejoría respecto a la semana pasada y respecto al inicio del tratamiento, en este caso la escala va de 1 = “mucho mejor” a 7 =“mucho peor”.

Opinión sobre este tratamiento (OT; adaptado de Borkovec y Nau, 1972): Este instrumento se pasa después del tratamiento y tiene en cuenta en qué medida ha resultado lógico el tratamiento al participante, en qué medida está satisfecho con éste, si lo recomendaría a un amigo, si cree que un tratamiento de estas características podría ser útil para solucionar otros problemas psicológicos y si ha resultado difícil su manejo. También se pregunta al participante en qué medida le han resultado útiles los tres componentes del programa (el componente educativo, la técnica de cambio de pensamiento y la exposición) y la exposición a cada uno de los escenarios (“la clase”, “el tribunal”, “la entrevista de trabajo”, “el congreso”, “la reunión” y “la boda”).

2.2.5 Momentos de evaluación

Se establecieron cuatro momentos de evaluación, uno en un primer momento antes de empezar el tratamiento, otro después del tratamiento, un primer seguimiento a los 3 meses y un segundo seguimiento a los 6 meses. Además, a lo largo de todo el proceso se llevó a cabo una evaluación continuada semanal de la evolución de los participantes.

En la tabla nº 7 podemos ver los instrumentos que se pasaron en cada momento de evaluación.

Tabla 7: Esquema de los instrumentos administrados en el proceso de evaluación

Instrumentos	Pre-test ordenador	Pre-test terapeuta	1ª sesión tratamiento	Durante tratamiento	Post-test ordenador	Post-test terapeuta	S1 (3 meses)	S2 (6 meses)
FNE		*				*	*	*
SAD		*				*	*	*
CAIP	*	*			*	*	*	*
SSPS		*				*	*	*
PRCS		*				*	*	*
CMHP	*	*			*	*	*	*
TD		*				*	*	*
STAI		*				*	*	*
BDI	*	*			*	*	*	*
EME		*				*	*	*
COO	*	*			*	*	*	*
EEMT		*				*	*	*
CCPT			*			*	*	*
EI		*				*	*	*
EIO	*				*			
EEPT		*				*	*	*
ESP		*	*	*	*	*	*	*
OT						*	*	*

FNE: Miedo a la Evaluación Negativa; SAD: Escala de Malestar y Ansiedad Social; CAIP: Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público; SSPS: Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público; PRCS: Cuestionario de confianza para hablar en público; CMHP: Cuestionario de miedo a hablar en público; TD: tarea del discurso; STAI: Inventario de ansiedad estado-rasgo; BDI: Inventario de Depresión de Beck; EME: Escala de miedo y evitación; COO: Conductas objetivo ordenador; EEMT: Escala de expectativas de cambio y motivación hacia el tratamiento; CCPT: Cuestionario de confianza hacia el programa de tratamiento; EI: Escala de inadaptación; EIO: Escala de inadaptación ordenador; EEPT: Evaluación del estado del paciente por el terapeuta; ESP: Evaluación semanal paciente; OT: Opinión sobre este tratamiento.

2.3. El programa de tratamiento

2.3.1. Requerimientos del programa

Los requisitos mínimos del sistema son:

a) Hardware

- Pentium II a 400 hz con 256 RAM, tarjeta gráfica 64 MB o hardware de características similares.
- Periféricos: monitor, teclado, ratón y altavoces.
- MODEM para el acceso a Internet.

b) Software

- Sistema operativo: Windows 98.
- Macromedia flash (player).
- Windows Media Player.
- Internet Explorer 5 o superior.

El usuario tiene la opción de comprobar si su sistema cumple con los requisitos mínimos antes de comenzar el programa, y la propia herramienta le proporciona la información necesaria para instalar el software preciso.

2.3.2. El programa de tratamiento “Háblame”

El programa de tratamiento “Háblame” es un programa de orientación cognitivo-comportamental, diseñado para el tratamiento del MHP, que utiliza Internet como soporte de aplicación. Está formado por un módulo de evaluación, que hemos comentado anteriormente, y un módulo de tratamiento. Por lo que respecta al tratamiento contiene un componente de psicoeducación, un componente de reestructuración cognitiva, un componente de exposición, un componente de cambio de foco atencional y un componente de prevención de recaídas. También es relevante destacar que, a lo largo de todo el proceso, “Háblame” prescribe una serie de tareas para casa al usuario. Además, este programa está organizado en compartimentos estancos con el objetivo de proteger al usuario, esto es, si el usuario no ha entendido bien alguno de los puntos o no ha realizado bien alguna de las tareas que se le piden a lo largo del programa se le impide ir más allá.

2.3.2.1. El componente de psicoeducación

En la psicoeducación se les explica a los participantes qué es el MHP y la importancia en el mantenimiento del problema de la evitación. También se plantean técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición y cambio del foco atencional para la superación del MHP.

a) Conceptos básicos

El objetivo de este componente terapéutico es que el participante comprenda qué es la ansiedad y qué es el miedo mediante su definición y poniendo algunos ejemplos de cuando aparecen y qué función tienen. Los contenidos tratados son los siguientes:

1. ¿Qué es el miedo?
2. ¿Qué es la ansiedad?
3. ¿En qué se parecen el miedo y la ansiedad?
4. ¿En qué se diferencian el miedo y la ansiedad?
5. ¿Qué son las fobias?

La información que se da en el programa está apoyada por imágenes y dibujos que interpretan algunos ejemplos, no hay mucha información en cada página y la información está muy ordenada, destacando en negrita los conceptos más importantes.

b) La importancia de la evitación

El objetivo de este componente es aprender qué es la evitación y las conductas de seguridad y el papel que ambas juegan en el mantenimiento del problema. Además de aprender a afrontar las situaciones que se temen mediante exposición. El programa explica que para realizar la exposición es importante la práctica regular, avisa de lo que pasará durante la exposición y los pasos que se deberían dar para llevarla a cabo adecuadamente.

c) La reestructuración cognitiva

Este módulo en el programa se denomina cambio de pensamientos y señala la importancia de los pensamientos automáticos negativos en el mantenimiento del problema. Para ayudar al participante a solucionar su problema, se le explica las características de los pensamientos automáticos negativos para poder identificarlos y se le anima a que piense en alguna situación en la que se haya sentido ansioso relacionada con MHP e intente detectar el pensamiento irracional. Después se le enseña a retar estos pensamientos explicándole los pasos de la discusión cognitiva y poniendo un ejemplo

de un chico que piensa “Estoy diciendo tonterías” cuando habla con unos compañeros en una cafetería.

d) El cambio del foco atencional

También se les da información a los participantes sobre la importancia de la focalización de la atención durante las situaciones relacionadas con hablar en público. Es frecuente que las personas con MHP centren su atención en fuentes de peligro (por ejemplo, me tiembla la voz o las manos) y como nuestra capacidad de atención es limitada, si prestamos atención a aspectos perturbadores de la situación no podemos atender a aspectos relevantes para la tarea. Por esta razón se le explica el entrenamiento en cambio del foco de atención (Baños et al., 2000), esto es, que el participante aprenda a focalizar su atención en aspectos facilitadores o neutros de la situación y no en aspectos perturbadores.

Al finalizar cada uno de los módulos de psicoeducación que acabamos de ver, el participante tiene que contestar a una serie de preguntas que el programa le hace para asegurarse de que ha comprendido la información. En caso de no contestarlas correctamente el participante debe repasar la información que se le ha dado. De igual forma, cuando el participante termina todos los módulos de la psicoeducación realiza un pequeño examen compuesto por 10 preguntas acerca de todo lo que ha aprendido el usuario hasta ese momento. El usuario puede pasar a la siguiente fase si contesta bien a al menos 8 preguntas. Si no es así, el programa recomienda al usuario volver a repasar lo dado hasta el momento.

2.3.2.2. El componente de exposición

Este es el componente central de este programa de tratamiento, la exposición. Para llevar a cabo la exposición la novedad importante de este programa es que cuenta con una serie de escenarios en los que la audiencia no son avatares sino personas reales, en concreto fueron actores contratados los que interpretaron los papeles centrales. Los escenarios son videos de audiencias reales, se decidió utilizar videos dada la dificultad que existía en ese momento, y sigue existiendo, para lograr un grado adecuado de realismo en los avatares de realidad virtual. Otra razón por la que se utilizaron los videos es que los resultados obtenidos hasta el momento en programas de tratamiento en los que se utilizan videos son buenos. Los escenarios utilizados en la exposición son los siguientes:

La clase: en concreto existen dos escenarios, el primero se llamó clase 1 y está formado por ocho estudiantes que están atendiendo, en el segundo llamado clase 2 está formado por veinte personas. Los dos ambientes son universitarios y las personas de la audiencia tienen desde 19 a 28 años. En ambos casos la audiencia está sentada y todos los estudiantes están mirando al usuario, el cual está situado en la tarima de la clase.



La entrevista de trabajo: hay dos escenarios, una entrevista de trabajo llevada a cabo por una mujer y una entrevista de trabajo realizada por un hombre. Ambos van vestidos formalmente y preguntan al usuario sobre su interés por trabajar en la empresa, además de interesarse por algunos puntos de lo que expone el usuario.



El tribunal: hay varios escenarios que muestran un tribunal de oposición. El número y el género de los profesores que componen el tribunal varían de acuerdo con las necesidades del usuario. Los usuarios pueden elegir entre dos, tres o cinco profesores.



La reunión de trabajo: en este escenario el usuario ha de exponer un proyecto ante nueve compañeros de trabajo, en los cuales está incluido el jefe, todos ellos están sentados alrededor de una mesa de conferencias.



La boda: la situación es la comida de una boda, el usuario y una serie de personas están sentadas alrededor de una mesa de restaurante todos están llevando una conversación y en algunas ocasiones los demás animan al usuario para que cuente una historia o un chiste.



El congreso: este escenario está formado por unas 50 personas vestidas formalmente que están atendiendo al usuario en un salón de actos.



En todos los escenarios existen una serie de estímulos facilitadores, neutrales o perturbadores. Además, cada miembro de la audiencia adopta un papel “falicitador”, “perturbador” o “neutro”. El papel facilitador lo realizan asintiendo y sonriendo, el papel perturbador se consigue mostrando signos de impaciencia o aburrimiento y finalmente en el neutro el espectador atiende sin realizar signos facilitadores o perturbadores.

Antes de comenzar el componente de exposición el programa informa al usuario de que tiene que preparar una charla sobre un tema como tarea para casa. “Háblame” hace hincapié en la importancia de tener preparados textos para exponer que tengan que ver con la vida cotidiana del participante, por ejemplo un estudiante puede preparar un tema de clase, y que sean apropiados para cada escenario. Incluso el programa ofrece ejemplos de cómo adaptar un tema a diferentes circunstancias.

Los escenarios de exposición se presentan al participante en función de los datos que ha obtenido el programa en la evaluación acerca del grado de miedo que el participante tiene a los distintos escenarios que contiene el sistema.

“Háblame” anima al participante a repetir las exposiciones a los escenarios intentando tener en mente situaciones que resultan más o menos difíciles para el participante. Un ejemplo de esto podría ser que un usuario que al principio realiza la charla con un guión delante después el programa le anima a realizar la misma exposición sin guión, para finalizar dando una charla improvisada.

Antes de cada exposición el programa describe la situación y recuerda al usuario el objetivo de la exposición. Los usuarios son instruidos para introducirse lo máximo posible en la situación, dejarse llevar y permanecer en la ella hasta que la ansiedad vaya disminuyendo. Además se les recuerda que no utilicen estrategias de evitación o de seguridad. “Háblame” dice al usuario que detecte y rebata los pensamientos automáticos negativos que aparezcan durante la exposición. La última instrucción antes de la exposición es que la persona focalice la atención en aspectos facilitadores o neutros (por ejemplo, un miembro de la audiencia interesado), y no en aspectos perturbadores (por ejemplo, un miembro de la audiencia que parece aburrido).

Antes y después de cada exposición los usuarios informan del nivel de ansiedad que provoca el escenario. Además, durante la exposición “Háblame” pregunta el nivel de ansiedad cada 5 minutos, permitiendo al usuario ser consciente de la evolución de su respuesta de miedo a lo largo de la exposición. El programa guarda los niveles de ansiedad durante la exposición e inmediatamente después de la exposición el usuario obtiene feedback mediante una gráfica que representa su nivel de ansiedad durante la exposición.

Después de cada exposición “Háblame” felicita al usuario por su esfuerzo y le recuerda que está trabajando para superar su problema. En el caso de que la ansiedad se mantenga durante la exposición el programa recomienda al usuario seguir en la situación hasta que la ansiedad disminuya. Además, el programa enfatiza la importancia de seguir practicando las habilidades cognitivo-comportamentales siguiendo “Háblame” y realiza unas preguntas al usuario antes de finalizar para saber en cuántos aspectos facilitadores y perturbadores se ha centrado y cómo cree que ha sido su ejecución. A continuación explica la agenda de la siguiente sesión y, en base a los escenarios que acaba de completar el usuario, el programa ofrece distintas sugerencias para las exposiciones que el usuario tendrá que realizar como tareas para casa.

Número de sesiones de exposición: como hemos comentado “Háblame” anima a los participantes a repetir las exposiciones tantas veces como les sea necesario, en este sentido, los participantes que se asignaron a la condición de tratamiento autoadministrado realizaron una media de 12,77 (5,52) sesiones de exposición, en cambio los participantes de la condición aplicada por el terapeuta realizaron una media de 7,73 (,70) sesiones. En la tabla 8 vemos el número de sesiones que se realizaron en cada condición a cada escenario. En general en la condición autoadministrada los participantes realizan un mayor número de sesiones.

Tabla 8
Número de sesiones de exposición para cada escenario.

	TA	TAT
Escenarios	Número de sesiones	Número de sesiones
Clase	51	38
Tribunal	93	12
Entrevista	68	12
Congreso	23	19
Reunión	29	5
Boda	20	1

TA: Tratamiento autoadministrado, TAT: Tratamiento administrado por el terapeuta

2.3.2.3. El componente de prevención de recaídas

Como finalización del tratamiento se incluye un componente de prevención de recaídas cuyo objetivo es el mantenimiento de los logros terapéuticos. En este punto el programa felicita al participante por haber superado el programa y le recomienda que realice una lista de las situaciones que todavía le resulten difíciles y las vaya afrontando poco a poco. Además “Háblame” enfatiza que lo que ha conseguido ha sido gracias a su esfuerzo y le aconseja que siga practicando.

2.5. Procedimiento

Desde el Servicio de Asistencia Psicológica se pusieron anuncios utilizando el e-mail y carteles en universidades, institutos, centros de salud, etc. tanto de Valencia como de Castellón. Estos carteles informaban acerca de la puesta en marcha de un programa de tratamiento gratuito para el MHP. Se les llevó a cabo un *screening* a las personas que solicitaron ayuda, en el cual se exploraba si se cumplían los criterios de exclusión y de inclusión. Una vez se establecía la posible existencia de estos criterios se citaba a la persona para establecer el diagnóstico. Los participantes eran evaluados por el terapeuta, pero además algunos de los instrumentos fueron cumplimentados por los participantes utilizando el ordenador. En la evaluación por ordenador no tenían un tiempo limitado para cumplimentarla, el formato de respuesta era en general el mismo que en los cuestionarios de lápiz y papel, pero con letra más grande y el participante seleccionaba la respuesta con el ratón.

Posteriormente, se les explicó el estudio a los participantes y se les pidió el consentimiento informado, aquellas personas que aceptaron participar en el estudio fueron asignados al azar a una de las tres condiciones experimentales.

Las personas que se asignaron al programa de tratamiento autoadministrado podían hacer el tratamiento en su casa si disponían de Internet y si, por el contrario, no tenían acceso a Internet en la universidad tenían una sala disponible para ello a la que podían acceder de las 8 de la mañana a las 10 de la noche recogiendo la llave en conserjería. El participante podía contactar con el terapeuta vía e-mail o por teléfono si tenía algún problema. El tiempo máximo que se establecía para realizar la terapia eran 2 meses, pero en algunos casos y debido a causas justificadas como temporada de exámenes, enfermedad del participante o algún familiar, etc. este periodo temporal se alargó.

Los participantes del grupo tratado por el terapeuta acudían a terapia una o dos veces por semana, según su disponibilidad, hasta completar el tratamiento. La duración del tratamiento fue aproximadamente la misma que en el tratamiento autoadministrado.

Los participantes del grupo control fueron evaluados al solicitar ayuda y al cabo de un mes se evaluaron de nuevo, después de esta segunda evaluación comenzaron el tratamiento. En este caso hubiera sido deseable dejar un periodo de dos meses, al igual que el periodo de tratamiento de las demás condiciones experimentales, pero por

motivos éticos y dado que bastantes participantes tenían pronto los exámenes y presionaron para comenzar pronto el tratamiento, se estableció el periodo de un mes.

Una vez terminado el tratamiento se realizó la evaluación postratamiento por el terapeuta, y además algunos instrumentos los administró el ordenador, y se llevaron a cabo los seguimientos a los 3 y 6 meses.

2.6. Plan de análisis

Los primeros análisis realizados en el apartado de resultados se dedican a describir las características de la muestra en el pre-test, con el objetivo de averiguar si existían diferencias significativas entre los tres grupos experimentales.

Para comprobar la eficacia de los tratamientos utilizados realizamos un análisis de medidas repetidas utilizando como variable intra-sujetos cada uno de los cuestionarios en el pre y el post-test, y como factor inter-sujetos el grupo experimental. En las variables que se obtenía un efecto interacción significativo calculábamos las comparaciones analíticas de la interacción, que es el caculo del ANOVA de las diferencias entre el pre-test y el post-test, con el objetivo de averiguar entre qué grupos habían diferencias significativas.

A continuación, con el objetivo de averiguar si la mejoría de los participantes se mantenía con el tiempo realizamos un análisis de medidas repetidas en el que las variables intra-sujetos eran cada uno de los cuestionarios en el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses y el factor inter-sujetos eran ambos grupos de tratamiento.

3. RESULTADOS

3.1. Diferencias entre las condiciones experimentales antes del tratamiento

Para averiguar si había diferencias significativas entre los tres grupos (el grupo tratado por “Háblame”, el grupo tratado por el terapeuta y el grupo control) antes del tratamiento se realizó un análisis de varianza para cada una de las variables dependientes utilizadas en este estudio. En las Tabla 9 y 10 vemos las medias y las desviaciones típicas de los tres grupos en el pre-test, el valor de la F y el grado de significación del ANOVA. Los resultados obtenidos nos informan de que no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en ninguna variable.

Con respecto a las demás variables demográficas como el estado civil, el género y el nivel de estudios se calculó la χ^2 y no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos experimentales en estas variables (ver Tabla 11). Para la variable edad se calculó la prueba Kruskal-Wallis y como vemos en la Tabla 11 tampoco se observaron diferencias significativas entre los grupos.

3.2. Eficacia diferencial

En el presente apartado se analiza el objetivo principal de la presente tesis doctoral: someter a prueba la eficacia diferencial del “Háblame”, comparándolo con el mismo tratamiento aplicado por un terapeuta y el grupo control lista de espera. Para una mejor estructuración de los resultados hemos dividido este apartado en función de distintos tipos de variables: medidas de fobia social; medidas de interferencia y gravedad; medidas de ansiedad y depresión; medidas de mejoría clínica; medidas de actitudes hacia el programa de tratamiento y de opinión sobre el tratamiento. En cada uno de estos apartados se verán primero los resultados de los ANOVAs que comparan el pre-test con el post-test en las tres condiciones experimentales y una vez vistos estos datos se procederá a la comparación de los dos grupos de tratamiento en el post-test, el seguimiento a los 3 y el seguimiento a los 6 meses.

Tabla 9
Medias y desviaciones típicas de las variables que miden fobia social en el pre-test en cada grupo experimental, el valor de la F y el grado de significación del ANOVA.

VARIABLES	Condición	M	DT	F	p
FNE	TA	42,80	9,32	,22	,802
	TAT	44,14	8,97		
	LE	44,42	8,95		
SAD	TA	12,80	7,42	,30	,742
	TAT	11,67	6,35		
	LE	13,32	7,95		
CMHP	TA	53,27	14,34	1,20	,307
	TAT	50,45	11,86		
	LE	56,64	14,48		
CAIP	TA	22,14	10,33	2,24	,114
	TAT	24,82	11,80		
	LE	28,04	8,47		
SSPS	TA	21,00	9,20	,71	,493
	TAT	23,86	11,56		
	LE	20,04	8,67		
PRCS	TA	75,40	18,71	1,16	,318
	TAT	82,18	18,95		
	LE	74,40	18,74		
Ansiedad (CO)	TA	8,60	1,43	1,39	,254
	TAT	8,95	1,21		
	LE	8,24	1,69		
Evitación (CO)	TA	8,57	2,03	,58	,561
	TAT	7,95	2,66		
	LE	8,08	1,93		
Creencia (CO)	TA	7,68	1,68	,65	,523
	TAT	7,64	2,04		
	LE	7,16	1,60		
Grado de ansiedad en TD P	TA	6,83	2,25	1,62	,205
	TAT	5,64	1,94		
	LE	6,21	2,41		
Grado de ansiedad en TD T	TA	8,38	1,41	1,79	,222
	TAT	6,50	2,12		
	LE	7,00	,00		
Grado de evitación en TD	TA	5,87	3,15	2,30	,108
	TAT	4,41	2,84		
	LE	6,08	2,55		
Ejecución P	TA	3,35	1,11	2,50	,090
	TAT	3,91	1,02		
	LE	3,25	1,07		
Ejecución T	TA	3,25	1,28	,94	,427
	TAT	2,00	1,41		
	LE	3,50	,71		

Nota: FNE: Miedo a la Evaluación Negativa; SAD: Escala de Malestar y Ansiedad Social; CMHP: Cuestionario de miedo a hablar en público; CAIP: Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público; SSPS: Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público; PRCS: Cuestionario de confianza para hablar en público; CO: Conducta objetivo; TD: Tarea del discurso; T: Terapeuta; P: Participante; TA: Tratamiento autoadministrado; TAT: Tratamiento aplicado por el terapeuta; LE: Lista de espera; * p<,05; **p<,01; ***p<,001.

Tabla 10

Medias y desviaciones típicas de las variables de interferencia y gravedad, ansiedad, depresión y mejoría clínica en el pre-test en cada grupo experimental, el valor de la F y el grado de significación del ANOVA.

VARIABLES	Condición	M	DT	F	p
Interferencia trabajo	TA	3,12	1,34	,27	,76
	TAT	3,00	1,24		
	LE	2,86	1,26		
Interferencia social	TA	2,30	1,50	1,23	,30
	TAT	2,68	1,53		
	LE	1,98	1,57		
Interferencia global	TA	2,77	1,29	,39	,68
	TAT	2,70	1,32		
	LE	2,46	1,39		
Gravedad	TA	2,80	,71	,15	,86
	TAT	2,68	,89		
	LE	2,72	,79		
STAI-R	TA	27,04	9,28	1,60	,21
	TAT	25,18	9,85		
	LE	30,08	9,16		
STAI-E	TA	22,04	11,19	1,14	,32
	TAT	18,77	7,59		
	LE	22,46	7,60		
BDI	TA	5,07	4,96	,80	,46
	TAT	3,68	3,08		
	LE	5,04	4,39		
Estado del paciente según el terapeuta	TA	3,60	1,10	1,05	,36
	TAT	3,36	1,43		
	LE	3,12	1,17		
Mejoría valorada por el terapeuta	TA	4,00	0		
	TAT	4,00	0		
	LE	4,00	0		
Mejoría valorada por el participante	TA	3,78	,43	1,29	,283
	TAT	3,61	,98		
	LE	3,92	,28		

Nota: STAI-R: Inventario de ansiedad rasgo; STAI-E: Inventario de ansiedad estado; BDI: Inventario de Depresión de Beck.

Tabla 11

Comparación de las variables demográficas en función del grupo al que han sido asignados los participantes.

VARIABLES	χ^2	gl	p
Estado civil	6,50	3	,17
Género	,22	1	,90
Nivel de estudios	3,96	2	,32
Edad	4,47	2	,11

3.2.1. Medidas de fobia social

3.2.1.1. Diagnóstico

Todos los participantes fueron diagnosticados según los criterios del DSM-IV y además se tuvo en cuenta la clasificación diagnóstica de Heimberg y Holt (1989). Como podemos ver en la Tabla 12 en la condición de lista de espera el diagnóstico apenas varió del pre al post-test, sin embargo, en ambos grupos de tratamiento se observó que después de la terapia había muchas personas que no cumplían los criterios de fobia social, en concreto, 18 participantes del grupo de tratamiento autoadministrado y 14 del grupo tratado por el terapeuta.

Los participantes antes de empezar el tratamiento fueron evaluados por el terapeuta, pero además algunos de los instrumentos fueron cumplimentados por los participantes utilizando el ordenador. Tres criterios diagnósticos del DSM-IV fueron

valorados por el terapeuta y administrados por el ordenador, se llevó a cabo un análisis para ver en qué medida concordaban el diagnóstico establecido por el ordenador y por el terapeuta. Con respecto al primer criterio utilizado (“En situaciones en las que puede ser observado o evaluado por otros, ¿se siente Ud. temeroso/ ansioso/ nervioso?”) el porcentaje de acuerdo entre la respuesta a este criterio en el ordenador y en la entrevista del terapeuta fue el 92,47%. Por lo que se refiere al segundo criterio escogido (“¿Le preocupa de manera general que pueda hacer o decir algo que le ponga en una situación embarazosa o humillante o que los demás puedan pensar mal de Ud.?”) el porcentaje de acuerdo entre la evaluación por ordenador y la tradicional fue 90,32%. Finalmente, para el tercer criterio (“¿Intenta evitar esas situaciones?”) el porcentaje de acuerdo entre ambas evaluaciones fue el 88,17% de los casos.

Tabla 12
Diagnóstico según los criterios de Heimberg y Holt (1989) para cada una de las condiciones experimentales en el pre y el post-test.

		Pre-test	%	Post-test	%
TA	No FS	0	0	18	60
	FS específica	7	3,33	10	33,33
	FS no generalizada	15	50	1	3,33
	FS generalizada	8	26,67	1	3,33
TAT	No FS	0	0	14	63,64
	FS específica	9	40,91	6	27,27
	FS no generalizada	7	31,82	2	9,09
	FS generalizada	6	27,27	0	0
LE	No FS	0	0	0	0
	FS específica	13	52	14	56
	FS no generalizada	9	36	7	28
	FS generalizada	3	12	4	16

Nota: TA: Tratamiento autoadministrado; TAT: Tratamiento administrado por el terapeuta; LE: Lista de espera; FS: Fobia social.

3.2.1.2. Autoinformes de fobia social y la tarea del discurso

En la Tabla 13 se puede observar la media y la desviación típica de las medidas de fobia social en cuatro momentos, el pre-test, el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses. Los resultados de los ANOVAs de medidas repetidas en el pre y el post-test se ofrecen en la Tabla 14, en ésta vemos el valor de la F , el grado de significación, el tamaño del efecto y la potencia observada para el efecto grupo, el efecto momento y el efecto interacción. Por lo que respecta al tamaño del efecto a lo largo de este estudio nos referiremos a un tamaño del efecto grande cuando sea mayor de ,80, medio cuando esté entre ,50 y ,70, y pequeño cuando se menor de ,40 (Cohen, 1988).

Tabla 13

Media y desviación típica de las medidas de fobia social en el pre-test y el post-test para los tres grupos experimentales.

	CE	Pre-test		Post-test		S1		S2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
FNE	TA	42,80	9,32	39,88	10,80	39,47	6,91	36,47	8,03
	TAT	44,14	8,97	40,18	11,24	38,08	8,64	33,33	9,55
	LE	44,42	9,99	45,33	8,63				
SAD	TA	12,17	6,86	7,67	5,81	6,79	5,04	5,79	4,37
	TAT	11,66	6,35	8,29	5,14	6,25	5,31	4,67	5,26
	LE	12,71	7,50	11,28	7,45				
CMHP	TA	53,27	14,34	39,70	15,45	34,19	11,57	29,25	14,10
	TAT	50,45	11,86	39,32	12,97	37,54	14,19	31,15	15,74
	LE	56,64	14,48	56,80	13,72				
CAIP	TA	22,14	10,83	40,79	9,67	43,81	9,24	44,56	8,85
	TAT	24,81	11,80	42,64	9,55	44,31	6,99	45,62	8,28
	LE	28,04	8,47	31,56	8,25				
SSPS	TA	20,87	9,39	13,74	5,75	13,86	6,20	13,43	8,55
	TAT	23,86	11,56	11,86	7,93	11,54	7,85	13,23	7,06
	LE	24,04	8,67	21,29	9,57				
PRCS	TA	77,22	18,27	105,65	17,71	105,79	20,46	111,00	23,34
	TAT	80,95	18,49	103,67	19,89	107,46	20,56	113,15	29,77
	LE	74,40	18,74	75,32	16,90				
Ansiedad (CO)	TA	8,60	1,43	5,00	1,84	4,61	2,64	3,61	2,68
	TAT	8,95	1,21	4,82	2,04	4,73	2,37	4,20	2,83
	LE	8,24	1,69	8,04	1,21				
Evitación (CO)	TA	8,57	2,03	2,97	2,22	3,11	2,76	2,56	2,77
	TAT	7,95	2,66	3,36	2,40	3,00	2,90	2,40	2,67
	LE	8,08	1,93	7,48	2,02				
Creencia (CO)	TA	7,68	1,68	3,60	2,18	3,67	2,19	3,13	2,00
	TAT	7,64	2,04	3,59	2,09	3,53	2,47	3,00	2,54
	LE	7,16	1,60	7,32	1,68				
Ansiedad durante TD P	TA	6,83	2,25	4,17	2,33	3,92	2,53	4,08	2,18
	TAT	5,64	1,94	3,50	1,95	2,57	1,70	2,93	2,06
	LE	5,95	2,44	5,85	1,84				
Ansiedad durante TD T	TA	7,88	1,19	5,04	1,60	5,38	1,19	4,15	1,52
	TAT	7,23	1,38	4,73	1,28	5,21	1,58	3,93	1,54
	LE	7,16	1,98	6,37	1,30				
Evitación ante la TD	TA	6,48	2,68	3,65	3,07	3,69	3,73	4,00	3,46
	TAT	5,91	2,72	3,91	3,04	3,36	3,18	3,21	2,36
	LE	5,71	2,31	5,67	3,17				
Ejecución en la TD P	TA	3,35	1,11	4,17	,98	4,15	,69	4,14	1,07
	TAT	3,91	1,02	4,64	,95	4,64	,50	4,86	,53
	LE	3,20	1,06	4,00	1,26				
Ejecución en la TD T	TA	3,38	1,17	5,25	,98	5,00	,41	5,69	,75
	TAT	3,41	1,40	5,50	,91	5,57	,83	5,50	,85
	LE	3,37	1,34	3,74	1,19				

Nota: FNE: Miedo a la Evaluación Negativa; SAD: Escala de Malestar y Ansiedad Social; CMHP: Cuestionario de miedo a hablar en público; CAIP: Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público; SSPS: Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público; PRCS: Cuestionario de confianza para hablar en público; CO: conducta objetivo; TD: Tarea del discurso; P: Participante; T: Terapeuta.; CE: Condición experimental; TA: Tratamiento autoadministrado; TAT: Tratamiento aplicado por el terapeuta; LE: Lista de espera.

Tabla 14

Análisis de varianza de medidas repetidas entre los tres grupos en las medidas de fobia social en el pre-test y el post-test.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
FNE	,97	,967	,03	,21	8,37	,005**	,11	,81	4,63	,013*	,12	,76
SAD	,65	,653	,02	,15	29,08	,000***	,31	1	1,35	,267	,04	,28
CMHP	6,95	,002**	,16	,92	26,22	,000***	,26	1	7,23	,001**	,16	,93
CAIP	1,31	,277	,04	,27	132,13	,000***	,64	1	18,18	,000***	,33	1
SSPS	3,09	,052	,09	,58	63,35	,000***	,49	1	8,49	,001**	,21	,96
PRCS	7,18	,001**	,17	,92	72,76	,000***	,52	1	17,86	,000***	,35	1
Ansiedad (CO)	8,76	,000***	,19	,97	143,37	,000***	,66	1	30,73	,000***	,45	1
Evitación (CO)	10,57	,000***	,22	,99	166,18	,000***	,69	1	30,02	,000***	,46	1
Creencia (CO)	9,34	,000***	,21	,97	99,66	,000***	,59	1	28,69	,000***	,45	1
Ansiedad TD P	3,05	,055	,09	,57	32,96	,000***	,35	1	7,30	,001**	,19	,91
Ansiedad TD T	2,17	,123	,07	,43	102,67	,000***	,62	1	9,38	,000***	,23	,97
Evitación TD	,77	,469	,02	,18	11,07	,001**	,17	,95	3,32	,042*	,10	,61
Ejecución P	3,41	,039*	,10	,62	27,81	,000***	,31	1	,04	,960	,00	,06
Ejecución T	,50	,010*	,14	,79	77,99	,000***	,56	1	10,26	,000***	,25	,98

Nota: FNE: Miedo a la Evaluación Negativa; SAD: Escala de Malestar y Ansiedad Social; CMHP: Cuestionario de miedo a hablar en público; CAIP: Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público; SSPS: Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público; PRCS: Cuestionario de confianza para hablar en público; CO: conducta objetivo; TD: Tarea del discurso; P: Participante; T: Terapeuta.; * p<.05; **p<.01; ***p<.001.

Por lo que se refiere al FNE se observó un efecto momento y un efecto interacción significativos, en ambos casos el tamaño del efecto fue mínimo y la potencia observada elevada. Los análisis post-hoc (HSD Tukey) revelaron que el grupo control se diferenciaba significativamente del grupo tratado por el terapeuta (límite inferior = -8,96, límite superior = -,79, $p < ,05$), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el de tratamiento autoadministrado, así como entre ambos grupos de tratamiento. Para ver si con el tiempo obteníamos los mismos resultados calculamos el ANOVA de medidas repetidas para el FNE en el pre-test y el seguimiento a los tres meses (utilizando en el grupo de lista de espera los datos en el post-test), se encontró un efecto momento ($F = 18,49$, $p < ,001$, $Eta = ,25$, $PO = ,99$) y un efecto interacción significativos ($F = 9,39$, $p < ,001$, $Eta = ,25$, $PO = ,97$). Al realizar los análisis post-hoc (HSD Tukey) vimos como el grupo control era significativamente distinto del grupo tratado por el terapeuta (límite inferior = -13,03, límite superior = -3,60, $p < ,$) y del grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -8,96, límite superior = ,28, $p < ,05$), como podemos ver en la tabla 13 el grupo control puntuaba más alto que los grupos de tratamiento en el post-test, sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

En el ANOVA de medidas repetidas para el SAD se encontró un efecto momento significativo, con un tamaño del efecto bajo y la potencia observada elevada, sin embargo, no se encontró ni un efecto grupo ni un efecto interacción significativos.

Al realizar el análisis de varianza de medida repetidas entre el pre y el post-test para la variable CMHP se obtuvo un efecto grupo, un efecto momento y un efecto interacción significativos, en los tres casos el tamaño del efecto fue pequeño y la potencia observada elevada. Con el propósito de comparar el efecto interacción calculamos el ANOVA de las diferencias entre el pre y el post-test del CMHP, y en los análisis post-hoc (HSD Tukey) vimos como el grupo control era significativamente distinto al grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -22,73, límite superior = -4,72, $p < ,005$) y al aplicado por el terapeuta (límite inferior = -21,02, límite superior = -1,57, $p < ,05$), observándose una disminución en ambos grupos de tratamiento que no se dio en el grupo control, por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

Para la variable CAIP se observó un efecto momento significativo, con un tamaño del efecto medio y una potencia observada alta. De la misma forma, se vio un efecto interacción significativo, aunque esta vez el tamaño del efecto fue pequeño y la

potencia observada elevada. Al calcular las comparaciones analíticas de la interacción, el análisis post-hoc (HSD Tukey) informó de diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = 8,58, límite superior = 21,69, $p < ,001$), así como entre el grupo control y el grupo de tratamiento aplicado por el terapeuta (límite inferior = 7,27, límite superior = 21,32, $p < ,001$), siendo la puntuación de los grupos de tratamiento en el CAIP mayor que el grupo control en el post-test. No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

Por lo que respecta al SSPS se obtuvo un efecto momento significativo, con un tamaño del efecto moderado y una potencia observada de 1. Igualmente, se observó un efecto interacción significativo, aunque esta vez el tamaño del efecto fue mínimo y la potencia observada elevada. En las comparaciones analíticas de la interacción los análisis post-hoc (HSD Tukey) revelaron que la puntuación en el SSPS en el grupo control era significativamente mayor a la del grupo tratado por el terapeuta en el post-test (límite inferior = -14,63, límite superior = -3,87, $p < ,001$), aunque no se encontraron diferencias significativas entre el grupo autoadministrado y el grupo control, y entre ambos grupos de tratamiento.

En la variable PRCS encontramos un efecto grupo significativo con un tamaño del efecto insignificante y una potencia observada elevada. Por otro lado, también se obtuvo un efecto momento significativo, siendo el tamaño del efecto moderado y la potencia observada alta. Por lo que se refiere al efecto interacción resultó significativo, con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada de 1. Al realizar las comparaciones analíticas de la interacción, el análisis post-hoc (HSD Tukey) indicó que la puntuación del PRCS en el grupo control era significativamente menor en el post-test que la del grupo tratado por el terapeuta (límite inferior = 9,83, límite superior = 33,76, $p < ,001$) y la del grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = 1,84, límite superior = 39,19, $p < ,001$). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

Para la variable ansiedad en la conducta objetivo principal se produjo un efecto grupo significativo, con un tamaño del efecto muy pequeño y una potencia observada alta. El efecto momento y el efecto interacción fueron significativos, en ambos casos el tamaño del efecto fue moderado y la potencia observada elevada. En las comparaciones analíticas de la interacción, el análisis post-hoc (HSD Tukey) reveló que el grupo de lista de espera se diferenciaba significativamente tanto del grupo de tratamiento

autoadministrado (límite inferior = -4,64, límite superior = -2,16; $p < ,001$) como del grupo de tratamiento aplicado por el terapeuta (límite inferior = -5,28, límite superior = -2,60; $p < ,001$), observándose una disminución en ambos grupos de tratamiento que no se vio en el grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento.

Al realizar el ANOVA de medidas repetidas para la variable evitación en la conducta objetivo principal encontramos un efecto grupo significativo, para este efecto principal el tamaño del efecto fue bajo y la potencia observada alta. El efecto momento y el efecto interacción también resultaron significativos con tamaños del efecto moderados y potencias observadas elevadas. Al calcular las comparaciones analíticas de la interacción, el análisis post-hoc (HSD Tukey) indicó que el grupo que era significativamente distinto de los demás era el de lista de espera, el cual obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en el post-test que el grupo autoadministrado (límite inferior = -6,57, límite superior = -3,43; $p < ,001$) y el grupo aplicado por el terapeuta (límite inferior = -5,69, límite superior = -2,29; $p < ,001$). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento autoadministrado y el tratado por el terapeuta.

En la variable creencia en el pensamiento irracional relacionado con la conducta objetivo principal se observó un efecto grupo significativo, con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada grande. El efecto momento y el efecto interacción obtenidos para la misma variable fueron significativos, con tamaños del efecto moderados y potencias observadas elevadas. Comparamos analíticamente el efecto interacción mediante el ANOVA de las diferencias pre y post-test y el análisis post-hoc (HSD Tukey) reveló que el grupo control obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en el post-test que el grupo autoadministrado (límite inferior = -5,77, límite superior = -2,71, $p < ,001$) y el grupo tratado por el terapeuta (límite inferior = -5,78, límite superior = -2,63, $p < ,001$), aunque estas diferencias no se dieron entre los grupos de tratamiento.

Por lo que se refiere a la TD conviene decir que antes del tratamamiento una persona del grupo autoadministrado no realizó la TD, en el grupo de tratamiento aplicado por el terapeuta todos la realizaron y en la lista de espera una persona no la llevo a cabo. En el post-test los participantes de ambos grupos de tratamiento realizaron la TD y cuatro personas del grupo de lista de espera no la realizaron. En cuanto a los datos obtenidos en el seguimiento a los 3 meses una persona del grupo de tratamiento

autoadministrado no realizó la TD, en cambio 19 sí que la realizaron. En el grupo administrado por el terapeuta todos los participantes realizaron la TD en el seguimiento a los tres meses. En el seguimiento a los 6 meses todos los participantes de ambas condiciones realizaron la TD. Finalmente destacar que los análisis se llevaron a cabo con los datos de las personas que realizaron la TD.

La variable ansiedad durante la TD valorada por el participante obtuvo un efecto momento significativo (ver Tabla 13), con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada elevada. También se obtuvo un efecto interacción significativo, aunque esta vez el tamaño del efecto fue muy bajo y la potencia observada alta. Calculamos las comparaciones analíticas y el análisis post-hoc (HSD Tukey) indicó que el grupo control era significativamente distinto al grupo autoadministrado (límite inferior = -4,23, límite superior = -,87, $p <,005$) y al aplicado por el terapeuta (límite inferior = -3,73, límite superior = -,34, $p <,05$), observándose una disminución en ambos grupos de tratamiento que no se dio en el grupo control. Por el contrario no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento autoadministrado y el aplicado por el terapeuta.

La ansiedad de los participantes también fue valorada por el terapeuta y en este caso se obtuvo un efecto momento significativo, con un tamaño del efecto moderado y una potencia observada elevada. Por lo que se refiere al efecto interacción también fue significativo con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada grande. En la comparaciones analíticas de la interacción, los análisis post-hoc (HSD Tukey) informaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -3,24, límite superior = -,85, $p <,001$), así como entre el grupo control y el grupo de tratamiento aplicado por el terapeuta (límite inferior = -2,93, límite superior = -,49, $p <,005$), de tal modo que mejoró la ejecución en la TD de los grupos de tratamiento en el post-test pero no en el grupo control, aunque estas diferencias no se observaron entre ambos grupos de tratamiento.

En el caso de la variable evitación ante la TD se encontró un efecto momento significativo, con un tamaño del efecto mínimo y una potencia observada elevada. Con respecto al efecto interacción también fue significativo, con un tamaño del efecto bajísimo y la potencia observada moderada. Las comparaciones analíticas revelaron mediante el análisis post-hoc (HSD Tukey) que el grupo control puntuaba significativamente más alto en evitación en el post-test que el grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -5,42, límite superior = -,14, $p <,05$), no obstante, no

se observaron diferencias significativas entre el grupo tratado por el terapeuta y el grupo control, como tampoco se vieron entre los dos grupos de tratamiento.

Por otra parte, también se realizó el ANOVA para la valoración que el participante hizo de su ejecución durante la TD, en este análisis se encontró un efecto grupo significativo con un tamaño del efecto mínimo y una potencia observada moderada. También el efecto momento fue significativo, con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada elevada, aunque el efecto interacción no fue significativo.

Por lo que respecta a la ejecución del participante durante la TD valorada por el terapeuta se encontró un efecto grupo significativo (ver Tabla 14), con un tamaño del efecto mínimo y una potencia observada elevada. Del mismo modo, se observó un efecto momento significativo, con un tamaño del efecto moderado y potencia observada alta. En cuanto al efecto interacción también fue significativo, con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada elevada. Al calcular las comparaciones analíticas de la interacción, el análisis post-hoc (HSD Tukey) indicó que el grupo que era significativamente distinto a los demás era el de lista de espera, cuando se compara con el grupo autoadministrado (límite inferior = ,54, límite superior = 2,47, $p < ,005$) y con el grupo aplicado por el terapeuta (límite inferior = ,74, límite superior = 2,71, $p < ,001$), de tal modo que la ejecución en la TD de los grupos de tratamiento en el post-test fue mejor que la del grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

Se calcularon los ANOVAs de medidas repetidas 2 x 3 (grupo x momento) para averiguar si los resultados del tratamiento se mantenían en el tiempo. Como podemos ver en la Tabla 15 el efecto grupo tan solo fue significativo para la variable CMHP, en este caso el tamaño del efecto fue pequeño y la potencia observada moderada. Por lo que respecta al efecto momento fue significativo para las variables FNE, SAD, ansiedad relacionada con la conducta objetivo principal y ansiedad en la TD valorada por el terapeuta, en los tres casos el tamaño del efecto fue mínimo y la potencia observada elevada. Se realizaron contrastes univariados con el objetivo de analizar más detenidamente el efecto momento y se encontraron en los cuatro casos: el FNE ($F(1, 25) = 8,92, p < ,01$), el SAD ($F(1, 24) = 5,60, p < ,05$), la ansiedad relacionada con la conducta objetivo principal ($F(1, 31) = 19,24, p < ,01$) y la ansiedad en la TD valorada por el terapeuta ($F(1, 25) = 11,97, p < ,005$), que las diferencias entre los seguimientos a los 3 y los 6 meses eran significativas, siendo menor la puntuación obtenida en el

último seguimiento. Por lo que se refiere al efecto interacción tan solo fue significativo en la variable ejecución del paciente valorada por el terapeuta, con un tamaño del efecto bajo y una potencia observada alta. El efecto interacción se puede explicar porque como podemos ver en la tabla 13 las medias para el grupo autoadministrado y el grupo aplicado por el terapeuta en los tres momentos se comportan de diferente forma, en el post-test y el seguimiento a los tres meses las medias del tratamiento autoadministrado son ligeramente inferiores al grupo aplicado por el terapeuta, en cambio, en el seguimiento a los 6 meses la media del grupo de tratamiento autoadministrado ($X = 5,69$) es ligeramente mayor que la del grupo aplicado por el terapeuta ($X = 5,50$).

Tabla 15

Análisis de varianza de medidas repetidas entre ambos grupos de tratamiento en las medidas de fobia social. en el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
FNE	,40	,534	,02	,09	9,22	,001**	,43	,96	,30	,744	,02	,09
SAD	,17	,680	,01	,07	4,69	,020*	,29	,73	,20	,824	,02	,08
CMHP	4,11	,028*	,24	,68	,21	,814	,02	,08	,23	,632	,01	,08
CAIP	,12	,730	,00	,06	,87	,431	,06	,18	,14	,867	,01	,07
SSPS	,81	,377	,03	,14	,18	,837	,02	,08	1,28	,297	,10	,25
PRCS	,00	,983	,00	,05	1,80	,187	,13	,34	1,18	,324	,09	,23
Ansiedad (CO)	,05	,828	,00	,06	4,91	,014*	,25	,77	,69	,508	,04	,16
Evitación (CO)	1,43	,256	,09	,28	,25	,782	,02	,09	,01	,923	,00	,05
Creencia (CO)	,40	,533	,01	,09	2,98	,068	,18	,53	,91	,414	,06	,19
Ansiedad TD P	4,16	,052	,14	,50	,87	,434	,07	,18	,55	,583	,04	,13
Ansiedad TD T	,42	,522	,02	,10	5,93	,008**	,33	,83	,12	,886	,01	,07
Evitación TD	,15	,699	,01	,07	,33	,724	,03	,10	,36	,704	,03	,10
Ejecución P	3,43	,076	,12	,43	,37	,693	,03	,10	,91	,415	,07	,19
Ejecución T	1,53	,225	,06	,22	2,21	,132	,16	,41	6,53	,005**	,35	,87

Nota: FNE: Miedo a la Evaluación Negativa; SAD: Escala de Malestar y Ansiedad Social; CMHP: Cuestionario de miedo a hablar en público; CAIP: Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público; SSPS: Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público; PRCS: Cuestionario de confianza para hablar en público; CO: conducta objetivo; TD: Tarea del discurso; P: Participante; T: Terapeuta; * p<.05; **p<.01; ***p<.001.

En resumen, por lo que respecta al diagnóstico de los participantes hemos visto cómo en ambos grupos de tratamiento los participantes mejoran significativamente, en cambio en la lista de espera no se da esta mejora. Para todas las variables que evaluaban fobia social se obtuvo un efecto momento significativo. En cuanto al efecto grupo fue significativo para las variables CMHP, PRCS, ansiedad, evitación y creencia en el pensamiento ante la conducta objetivo, y la valoración de la ejecución en la TD por el participante y el terapeuta. Respecto a las diferencias entre los tres grupos vemos que existen efectos significativos de interacción en los cuestionarios FNE, CMHP, CAIP, SSPS y PRCS, en la ansiedad, evitación y creencia en el pensamiento relacionados con la conducta objetivo, ansiedad durante la TD evaluada por el participante y el terapeuta, evitación ante la TD y la ejecución en la TD valorada por el terapeuta. En todas estas variables, excepto el FNE, el SSPS y la evitación ante la TD, hemos visto que el grupo control se diferenció significativamente de los grupos de tratamiento, observando una

mejora significativa en los grupos de tratamiento frente al grupo control, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento. Por lo que respecta al FNE y el SSPS, tan solo se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el aplicado por el terapeuta, aunque en el FNE al comparar el pre-test con el seguimiento a los 3 meses se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo control y ambos grupos de tratamiento, y estas diferencias no se dieron entre los grupos de tratamiento. En cuanto a la variable evitación ante la TD tan solo se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de tratamiento autoadministrado. Finalmente, los resultados también nos informan de que los logros obtenidos se mantienen en el tiempo y en algunos casos como el FNE, el SAD y la ansiedad ante la conducta objetivo principal incluso mejoran.

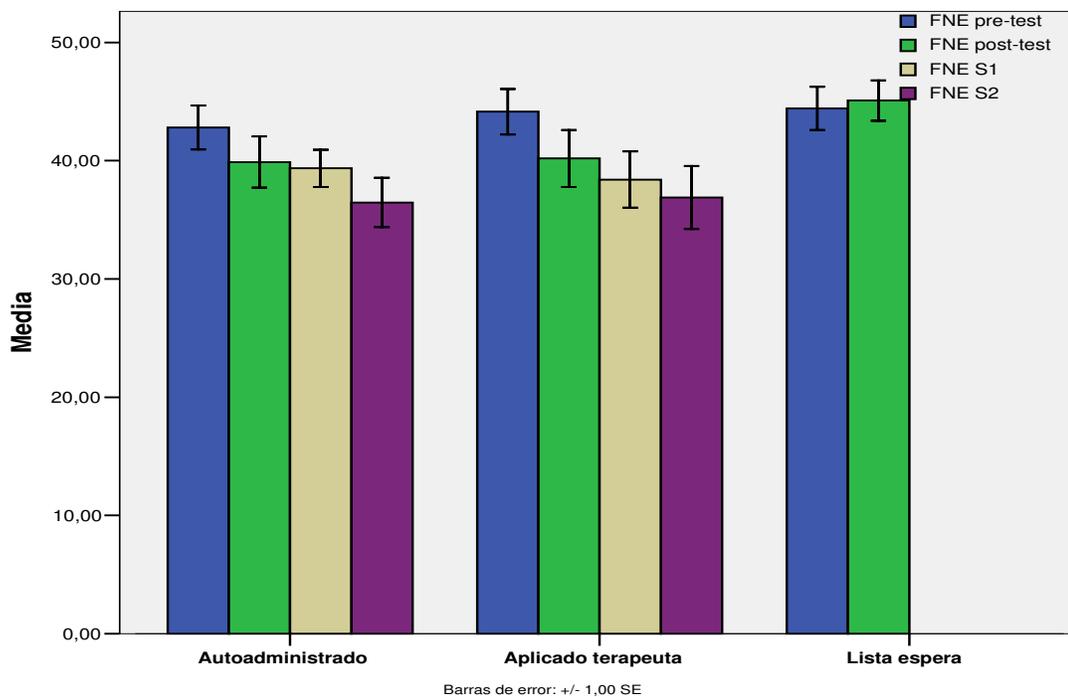


Figura 4: FNE.

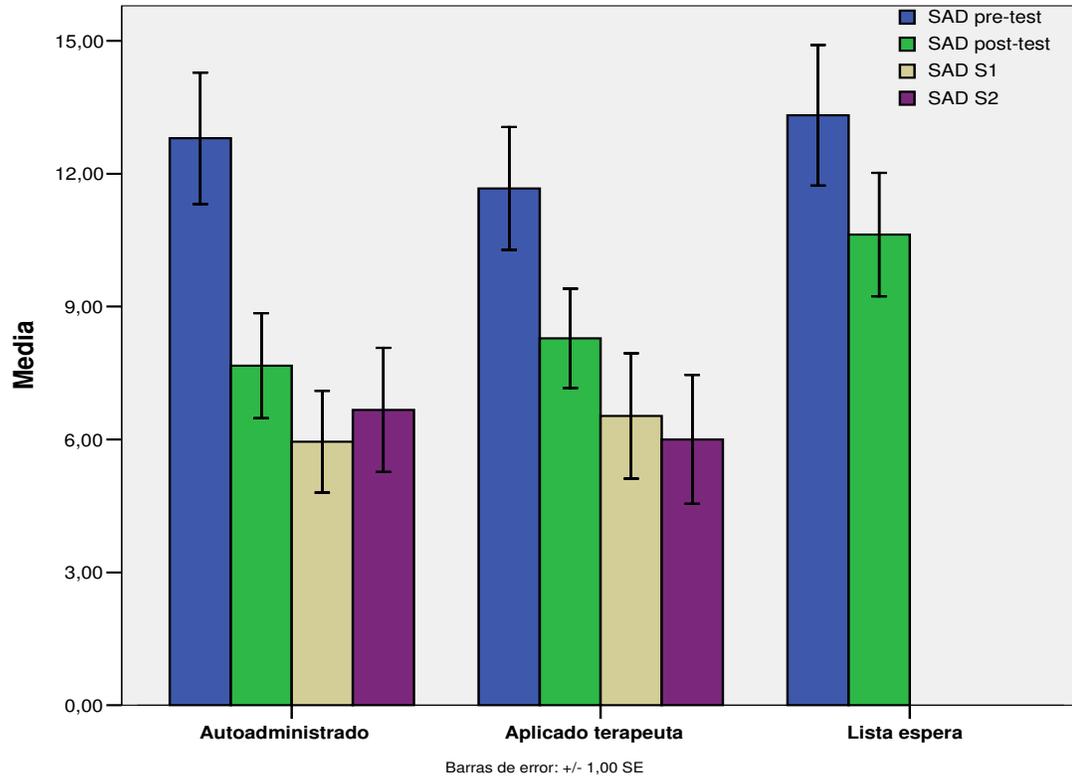


Figura 5: SAD.

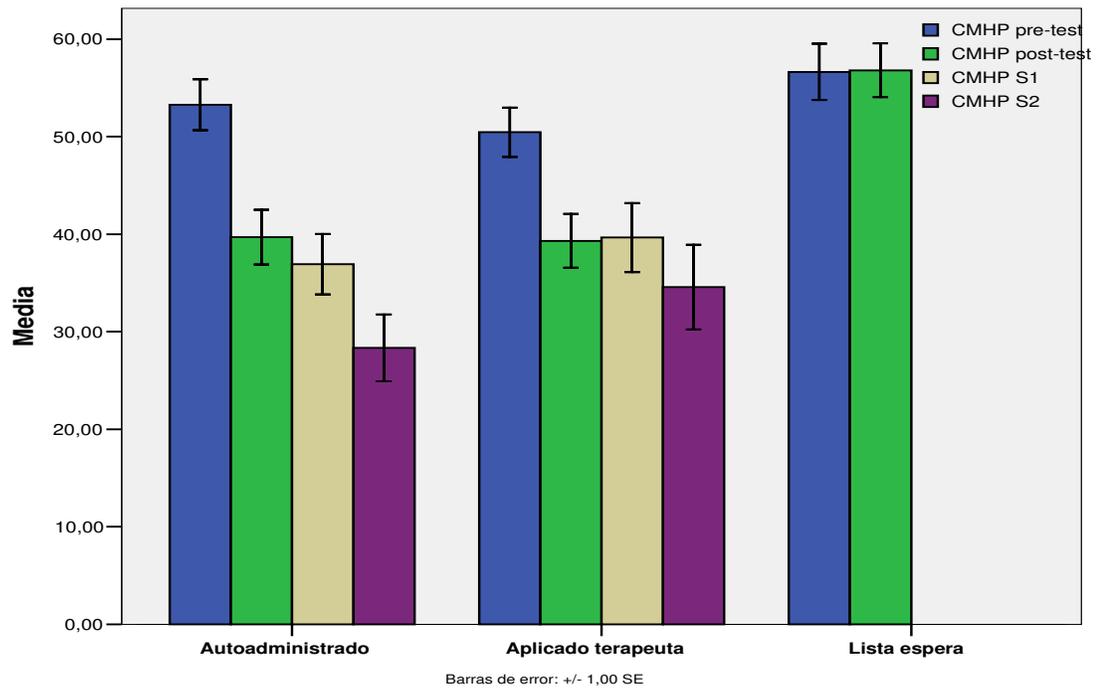


Figura 6: CMHP.

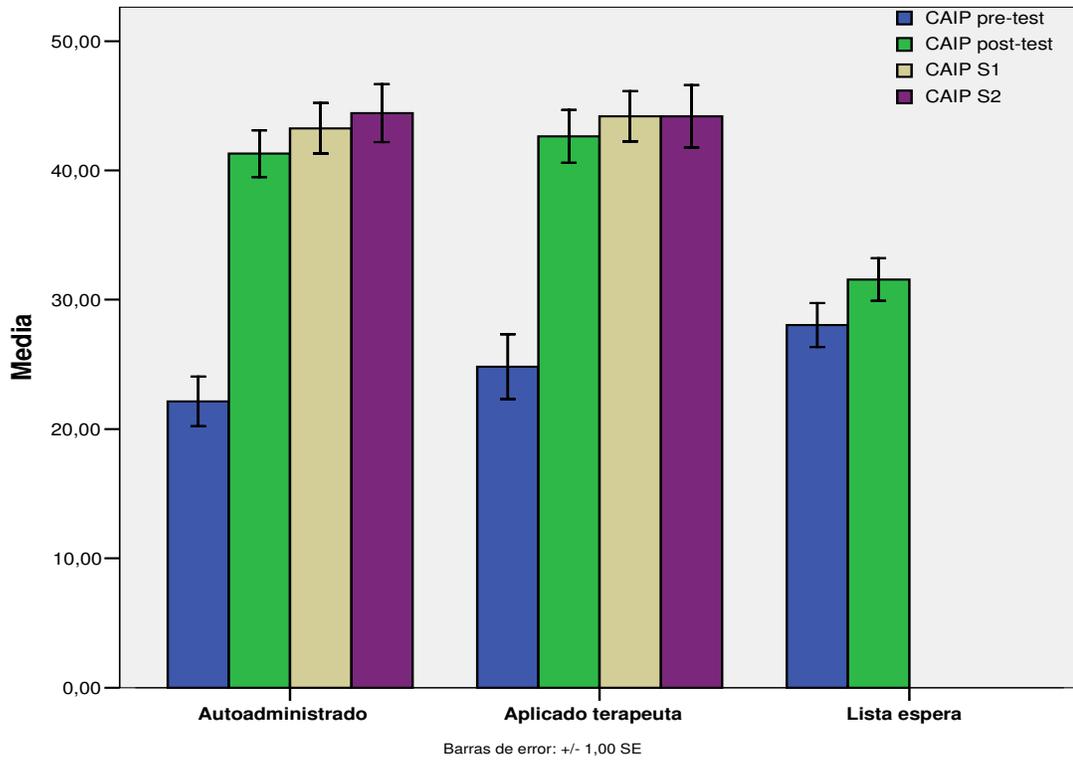


Figura 7: CAIP.

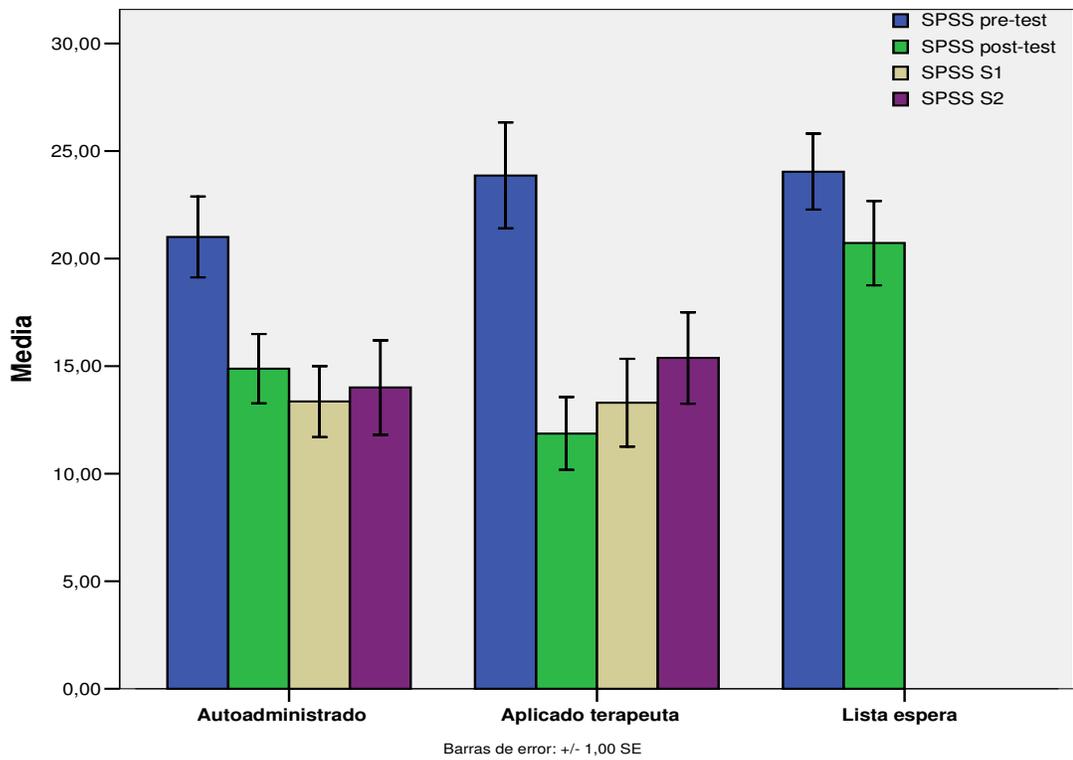


Figura 8: SPSS.

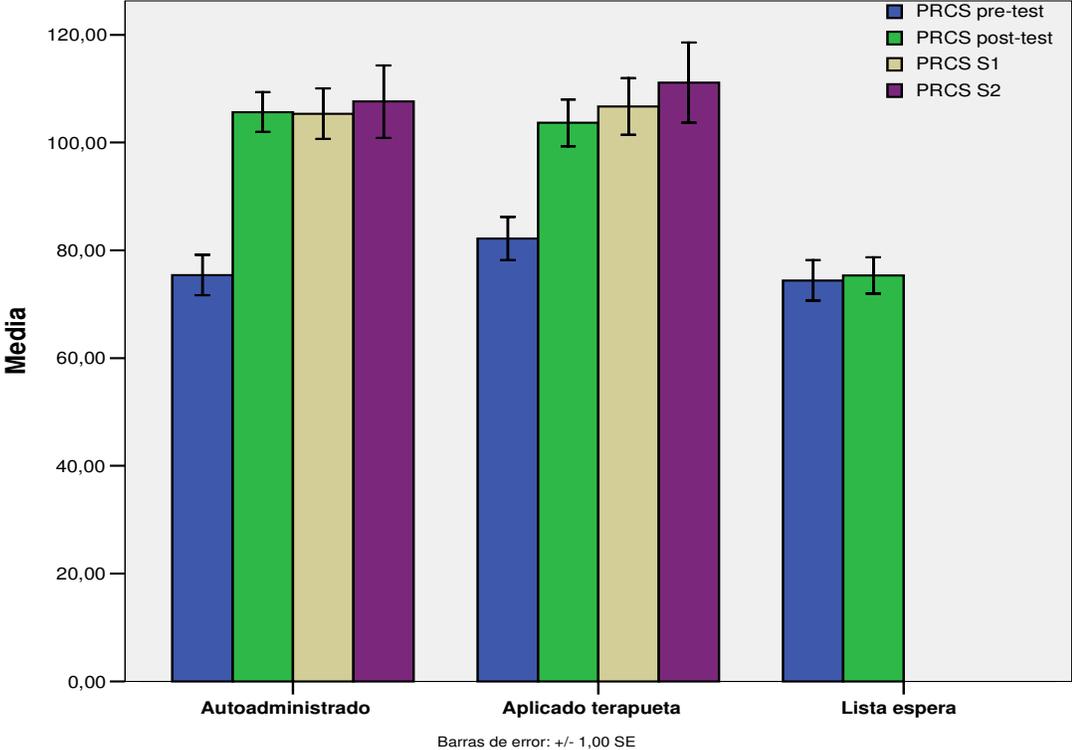


Figura 9: PRCS.

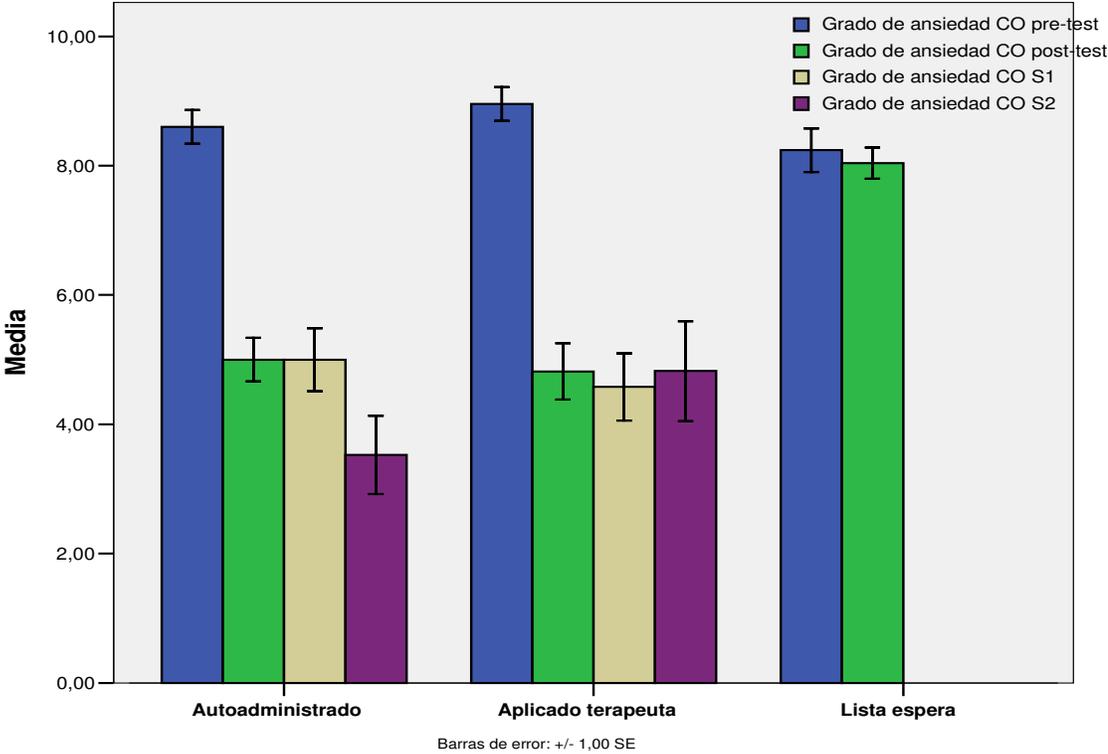


Figura 10: Ansiedad ante la conducta objetivo principal.

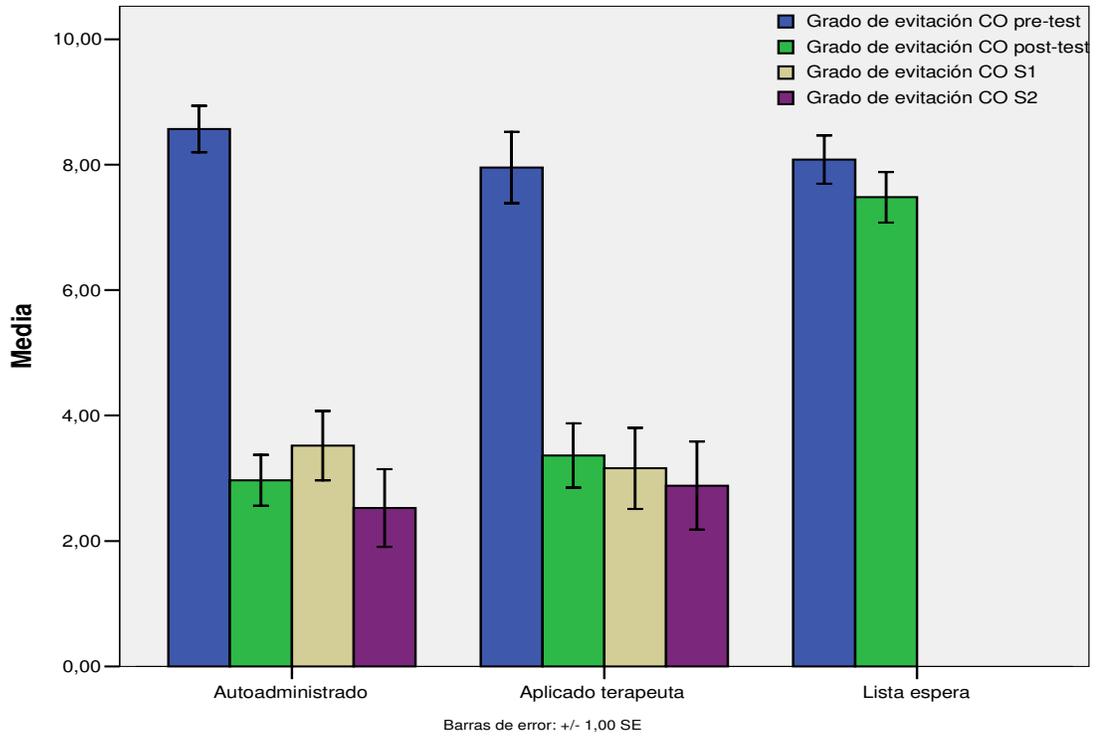


Figura 11: Evitación ante la conducta objetivo principal

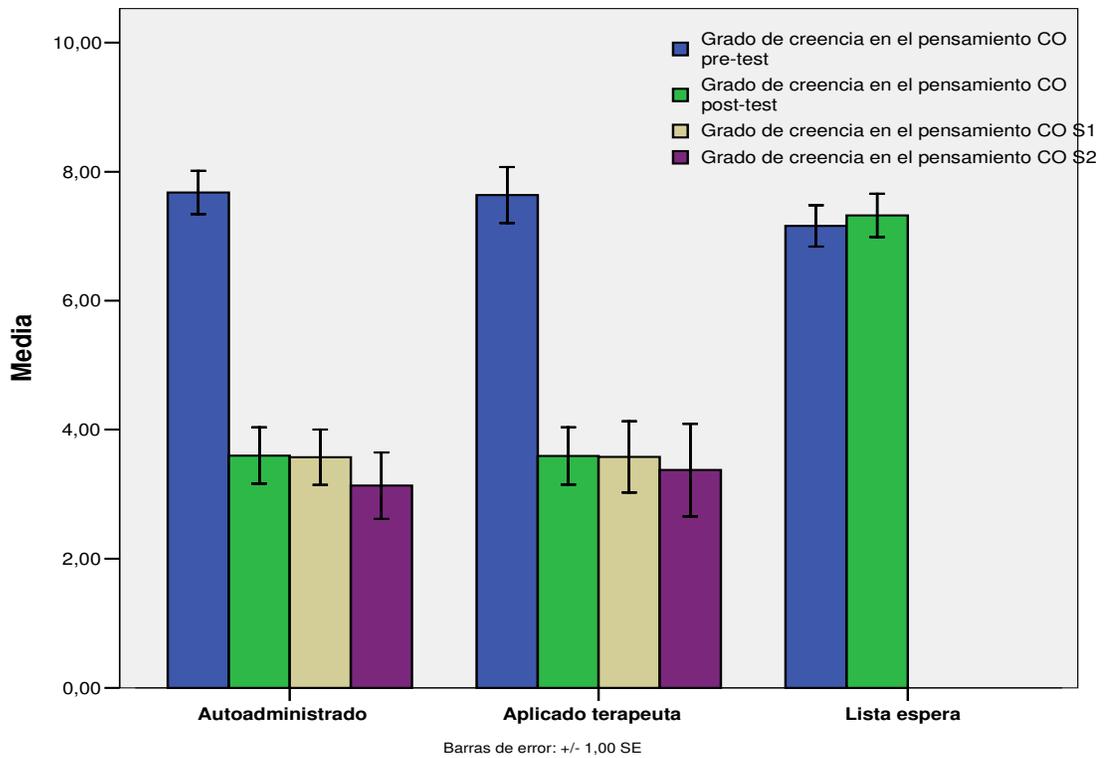


Figura 12: Grado de creencia en el pensamiento irracional.

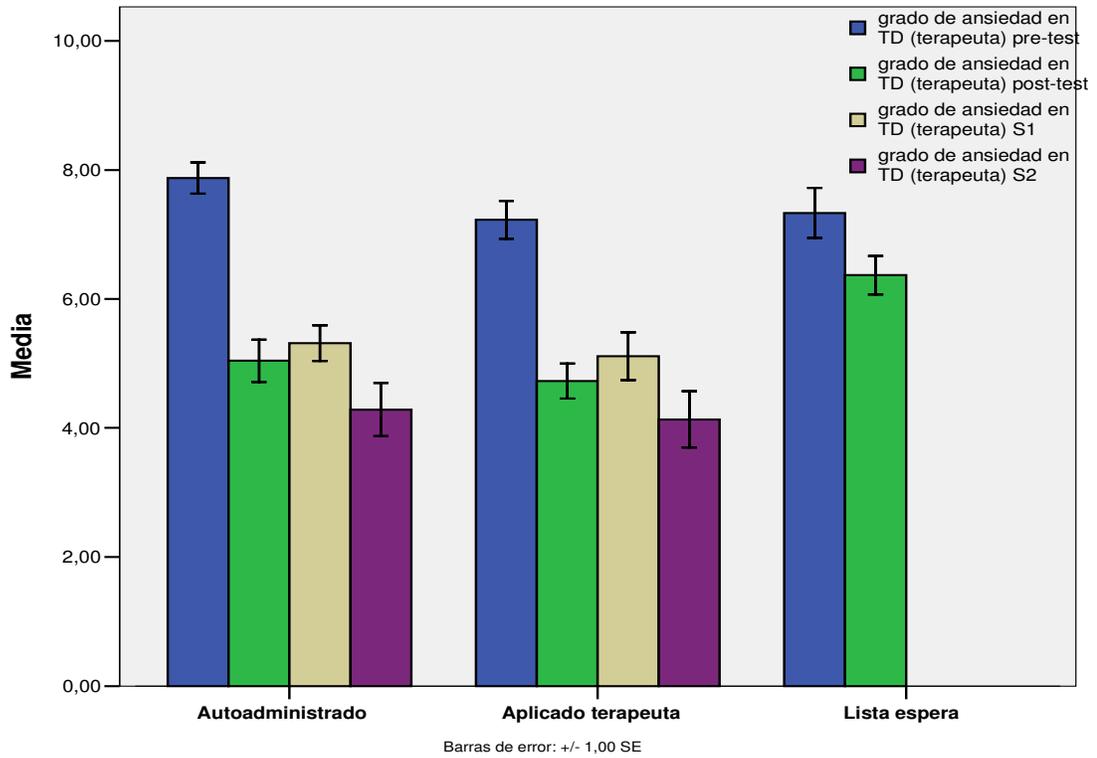


Figura 13: Grado de ansiedad durante la TD valorada por los participantes.

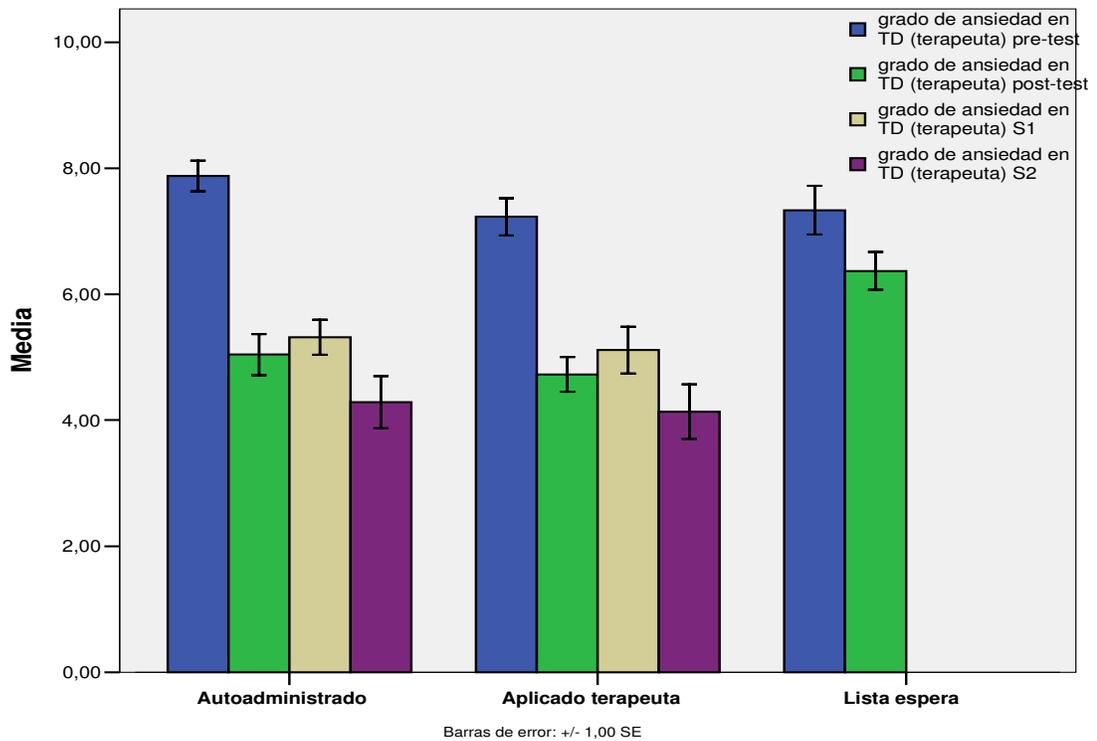


Figura 14: Grado de ansiedad durante la TD valorada por el terapeuta.

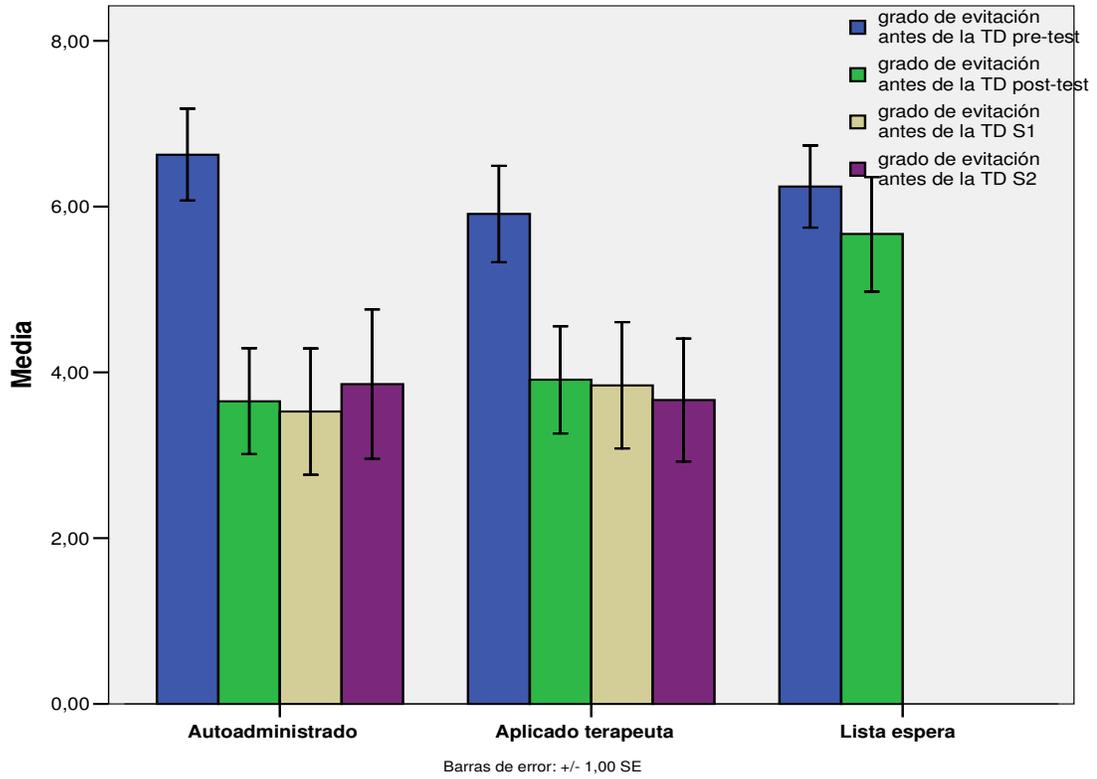


Figura 15: Grado de evitación ante la TD.

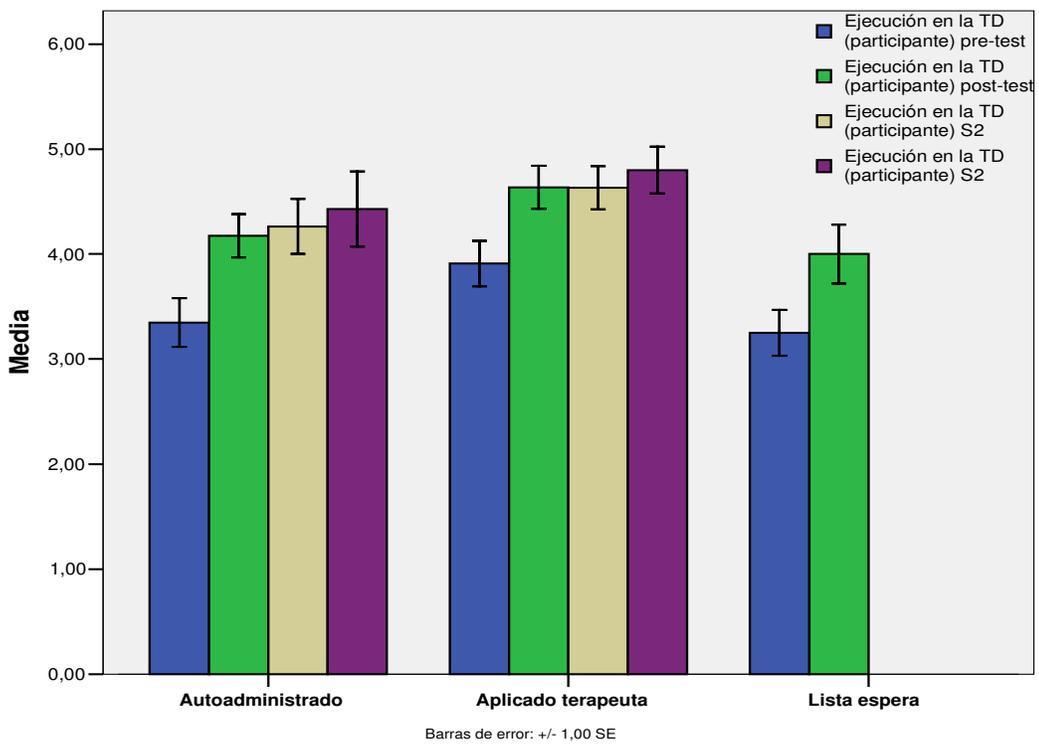


Figura 16: Ejecución en la TD valorada por el participante.

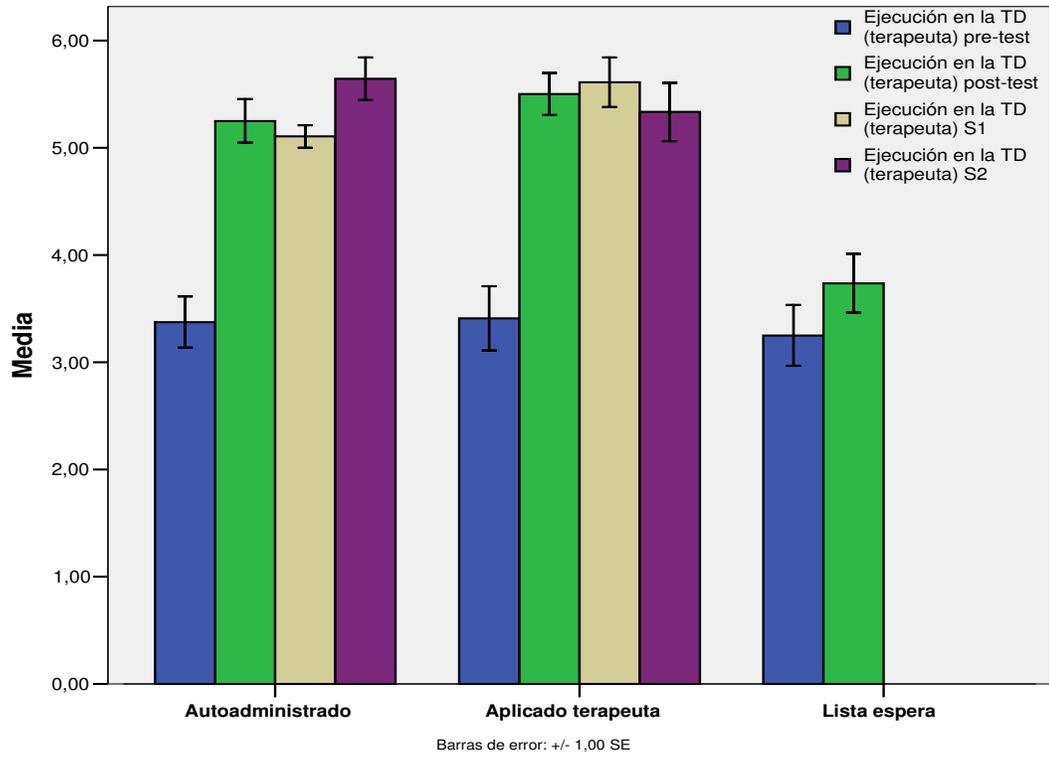


Figura 17: Ejecución en la TD valorada por el terapeuta.

3.2.3. Medidas de interferencia y gravedad del problema en la vida del paciente

En la Tabla 19 podemos ver la media y la desviación típica para las medidas de interferencia y gravedad en el pre-test, el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses. Los resultados de los ANOVAS de medidas repetidas para los tres grupos en el pre y el post-test los podemos ver en la Tabla 20.

Por lo que respecta a la variable interferencia del MHP en el trabajo se encontró un efecto momento significativo, con un tamaño del efecto mínimo y una potencia observada moderada. También el efecto interacción fue significativo, con un tamaño del efecto pequeño y la potencia observada elevada. Al realizar las comparaciones analíticas de la interacción, los análisis post-hoc (HSD Tukey) revelaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -2,13, límite superior = -,15, $p <,05$), siendo menor la interferencia del grupo de tratamiento en el post-test. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de tratamiento aplicado por el terapeuta, así como entre ambos grupos de tratamiento.

Para la variable interferencia del MHP en el ámbito social también se observaron un efecto momento y un efecto interacción significativos, siendo el tamaño del efecto muy pequeño y la potencia observada elevada en ambos. Calculamos las comparaciones analíticas de la interacción y los análisis post-hoc (HSD Tukey) indicaron que el grupo control obtuvo puntuaciones significativamente mayores en el post-test que el grupo autoadministrado (límite inferior = -2,08, límite superior = -,33, $p <,005$) y el grupo tratado por el terapeuta (límite inferior = -2,08, límite superior = -,18, $p <,05$), aunque estas diferencias no se dieron entre los grupos de tratamiento.

Tabla 19
Media y desviación típica de las variables de interferencia y gravedad en el pre-test y el post-test.

Variable	CE	Pre-test		Post-test		S1		S2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Interferencia									
Trabajo	TA	3,12	1,34	1,32	1,16	1,97	1,31	1,69	1,35
	TAT	3,00	1,24	1,77	1,24	1,75	1,54	1,39	1,30
	LE	2,86	1,26	2,20	1,53				
Social	TA	2,30	1,50	1,32	1,16	1,25	1,13	1,13	1,24
	TAT	2,68	1,53	1,77	1,24	1,64	1,21	1,46	1,52
	LE	1,98	1,57	2,20	1,53				
Vida	TA	2,77	1,29	1,48	1,30	1,66	1,38	1,63	1,28
	TAT	2,70	1,32	2,02	1,17	1,97	1,51	1,30	1,49
	LE	2,46	1,39	2,56	1,22				
Gravedad	TA	2,80	,71	1,67	1,67	1,38	,89	1,00	,73
	TAT	2,68	,89	1,45	1,45	1,47	1,19	1,40	,91
	LE	2,72	,79	2,64	2,64				

Nota: CE: Condición experimental; TA: Tratamiento autoadministrado; TAT: Tratamiento aplicado por el terapeuta; LE: Lista de espera.

Tabla 20

Análisis de varianza de medidas repetidas entre los tres grupos en las variables de interferencia y gravedad en el pre-test y el post-test.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
Interferencia												
Trabajo	,61	,547	,02	,15	48,95	,000***	,09	,67	3,80	,027*	,40	1
Social	,76	,470	,02	,18	12,85	,001**	,15	,94	6,35	,003**	,15	,89
Vida	,83	,441	,02	,19	18,51	,000***	,20	,99	8,25	,001**	,18	,96
Gravedad	4,73	,012*	,11	,78	82,15	,000***	,53	1	16,62	,000***	,31	1

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

En cuanto a la interferencia del MHP en la vida en general se obtuvo un efecto momento y un efecto interacción significativos, en ambos casos el tamaño del efecto fue pequeño y la potencia observada elevada. En las comparaciones analíticas de la interacción los análisis post-hoc (HSD Tukey) revelaron que el grupo control puntuaba significativamente más alto en el post-test que el grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -2,20, límite superior = -,57, $p < ,001$), aunque no se encontraron diferencias significativas entre el grupo tratado por el terapeuta y el grupo control, y entre ambos grupos de tratamiento.

Para la variable gravedad del problema encontramos un efecto grupo significativo, con un tamaño del efecto mínimo y una potencia observada elevada. También obtuvimos un efecto momento significativo, siendo el tamaño del efecto moderado y la potencia observada elevada. En cuanto al efecto interacción fue significativo, con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada grande. Al calcular las comparaciones analíticas de la interacción el análisis post-hoc (HSD Tukey) indicó que el grupo control era significativamente distinto al grupo tratado por el terapeuta (límite inferior = -1,69, límite superior = -,60, $p < ,001$) y al grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -1,56 límite superior = -,55, $p < ,001$), observándose una disminución de la gravedad en ambos grupos de tratamiento que no se dio en el grupo control. Por el contrario no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

Finalmente, se calcularon los ANOVAs de medidas repetidas para ambos grupos de tratamiento en el post-test, el seguimiento a los 3 meses y a los 6 meses. Como podemos ver en la Tabla 21 tan solo para la variable gravedad el efecto interacción resultó significativo, al observar las medias vemos como mientras que en el post-test la gravedad del tratamiento autoadministrado es ligeramente más elevada que en el tratamiento aplicado por el terapeuta, en los seguimientos a los 3 y los 6 meses las medias del grupo de tratamiento autoadministrado son más bajas que las del grupo

aplicado por el terapeuta. Estos resultados corroboran que para la interferencia y la gravedad del problema se mantienen los logros a los 3 y los 6 meses.

Tabla 21

Análisis de varianza de medidas repetidas entre ambos grupos de tratamiento en las variables de interferencia en el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
Interferencia												
Trabajo	,14	,709	,01	,07	,83	,448	,06	,18	,41	,670	,03	,11
Social	,41	,527	,01	,10	2,03	,151	,13	,38	,49	,619	,04	,12
Vida	,00	,953	,00	,05	2,93	,070	,17	,53	1,49	,243	,10	,29
Gravedad	,05	,825	,00	,06	2,76	,080	,17	,50	4,58	,019*	,25	,73

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Hemos visto como para el ANOVA de medidas repetidas entre pre y post-test el efecto grupo tan solo fue significativo para la gravedad del problema. Sin embargo, el efecto momento y el efecto interacción han resultado ser significativos para todas las variables de interferencia y para la gravedad. En las variables interferencia en la vida social y gravedad se observaron diferencias significativas entre el grupo control y ambos grupos de tratamiento. Para la interferencia del problema en la vida en general y en el trabajo se encontraron diferencias significativas tan solo entre el grupo control y el autoadministrado. Estos resultados se ha comprobado que se mantienen en el tiempo.

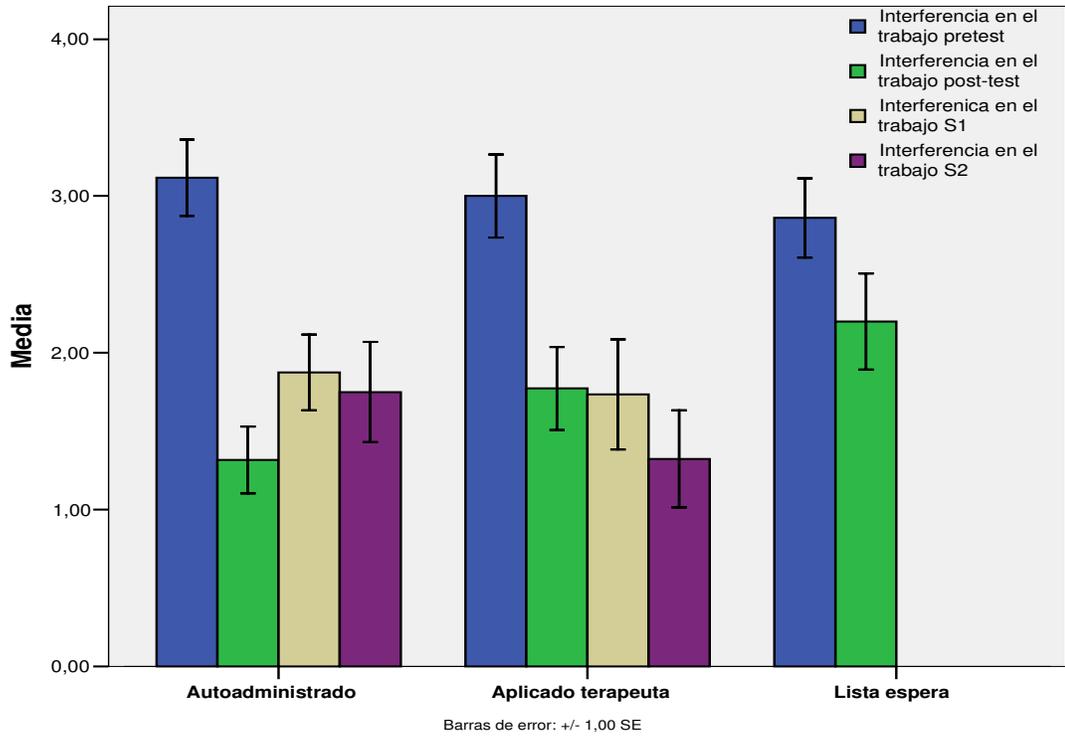


Figura 18: Interferencia del MHP en el trabajo.

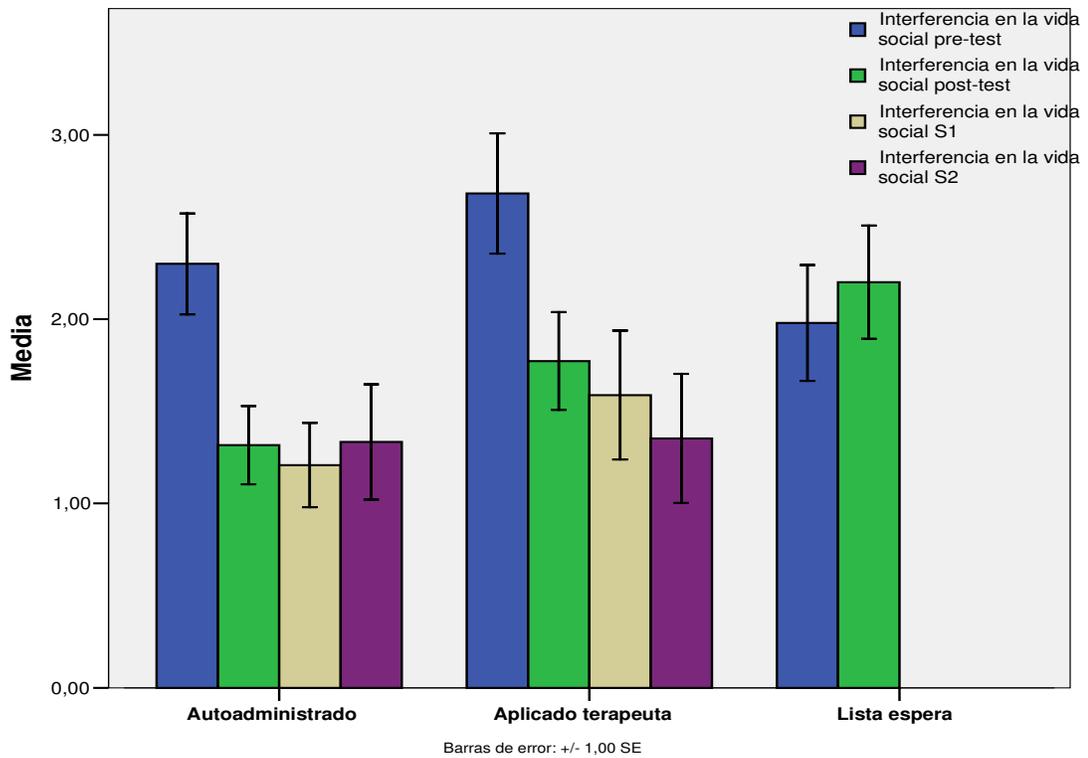


Figura 19: Interferencia del MHP en la vida social.

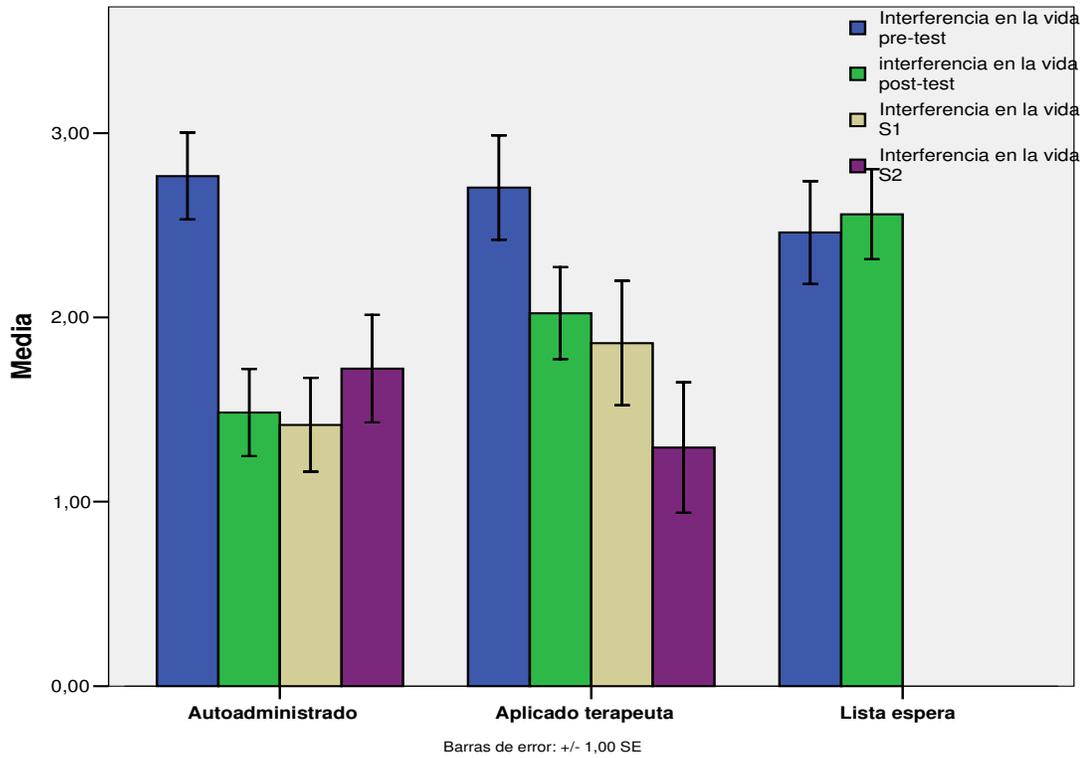


Figura 20: Interferencia del MHP en la vida.

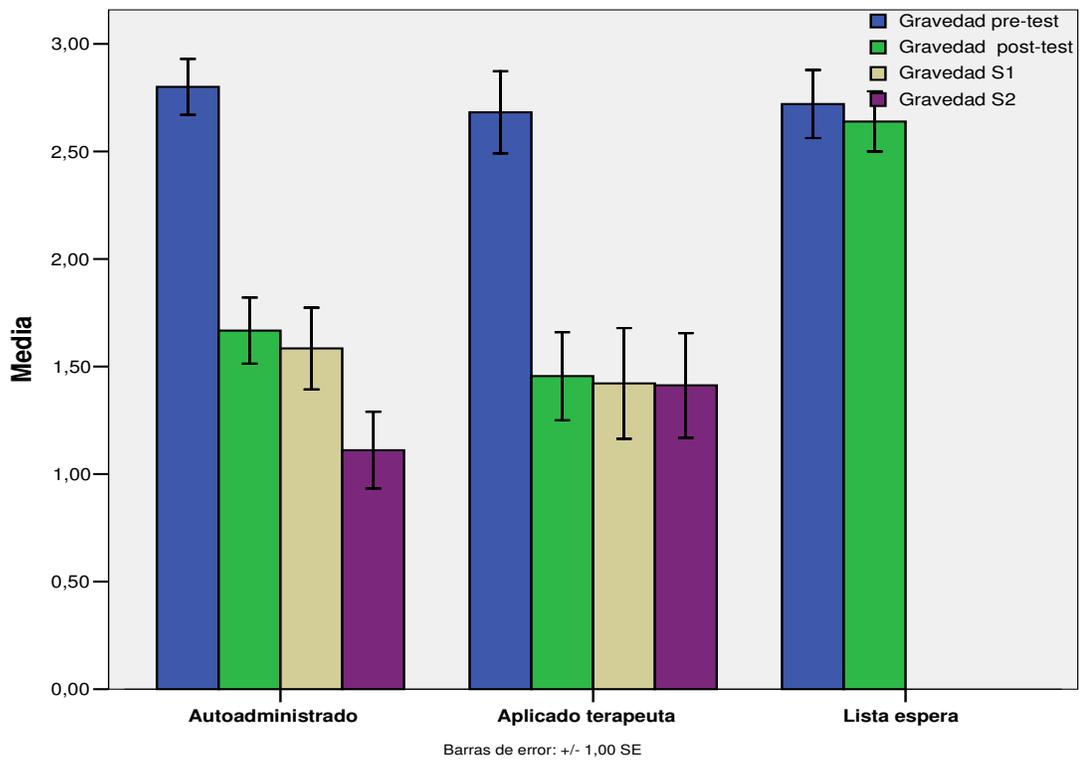


Figura 21: Gravedad del problema.

3.2.4. Medidas de ansiedad y depresión

En la Tabla 22 vemos la media y la desviación típica para las medidas de ansiedad y depresión en el pre-test, el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses. Los resultados de los ANOVAS de medidas repetidas para los tres grupos en el pre y el post-test se ofrecen en la Tabla 23. En este apartado debemos tener en cuenta que en el pre-test se parten de puntuaciones bajas tanto en el STAI como en el BDI.

Para las variables STAI-R, STAI-E y BDI no se obtuvo un efecto grupo y efecto interacción significativos, sin embargo el efecto momento fue significativo, con tamaños del efecto pequeños y potencias observadas elevadas.

Cuando calculamos los ANOVAS de medidas repetidas para ambos grupos de tratamiento en el post-test, el seguimiento a los 3 y a los 6 meses tan solo se vio un efecto interacción significativo para el BDI (ver Tabla 24). Al observar las medias vemos como el grupo de tratamiento autoadministrado en el post-test y el seguimiento a los 3 meses tiene puntuaciones medias en el BDI ligeramente superiores a las del grupo tratado por el terapeuta, en el seguimiento a los 6 meses sucede lo contrario, la media del grupo autoadministrado es ligeramente inferior a la del grupo aplicado por el terapeuta. Por lo tanto, podemos decir que los resultados se han mantenido en el tiempo.

Tabla 22
Media y desviación típica de las variables de ansiedad y depresión en el pre-test y el post-test.

Variable	CE	Pre-test		Post-test		S1		S2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
STAI-R	TA	26,26	8,65	21,43	9,88	22,14	9,22	20,93	9,19
	TAT	25,18	9,85	21,77	10,08	20,31	12,23	17,54	10,37
	LE	30,08	9,16	26,63	9,56				
STAI-E	TA	22,41	11,31	16,09	8,02	18,33	7,66	15,33	6,47
	TAT	18,25	7,61	15,65	6,63	14,46	8,55	14,46	9,44
	LE	22,52	7,76	19,04	7,03				
BDI	TA	5,07	4,96	2,79	3,33	1,40	2,23	,67	1,54
	TAT	3,52	3,06	2,48	2,62	,33	,89	1,00	1,39
	LE	5,04	4,39	4,21	3,21				

Nota: STAI-R: Inventario de ansiedad rasgo; STAI-E: Inventario de ansiedad estado; BDI: Inventario de Depresión de Beck; CE: Condición experimental; TA: Tratamiento autoadministrado; TAT: Tratamiento administrado por el terapeuta; LE: Lista de espera.

Tabla 23

Análisis de varianza de medidas repetidas entre los tres grupos en las variables de ansiedad y depresión en el pre-test y el post-test.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
STAI-R	2,23	,116	,063	,438	19,80	,000***	,231	,992	,28	,756	,008	,093
STAI-E	1,86	,165	,057	,373	11,04	,001**	,151	,905	,81	,450	,025	,182
BDI	1,28	,284	,035	,269	12,77	,001**	,152	,941	1,48	,235	,040	,306

Nota: STAI-R: Inventario de ansiedad rasgo; STAI-E: Inventario de ansiedad estado; BDI: Inventario de Depresión de Beck; * p<.05; **p<.01; ***p<.001.

Tabla 24

Análisis de varianza de medidas repetidas entre ambos grupos de tratamiento en las variables de ansiedad y depresión en el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
STAI-R	,51	,484	,02	,11	3,11	,063	,21	,54	,39	,679	,03	,11
STAI-E	,51	,483	,02	,11	,51	,606	,05	,12	,73	,491	,06	,16
BDI	,91	,350	,04	,15	3,07	,065	,20	,54	6,46	,006**	,35	,87

Nota: STAI-R: Inventario de ansiedad rasgo; STAI-E: Inventario de ansiedad estado; BDI: Inventario de Depresión de Beck; * p<.05; **p<.01; ***p<.001.

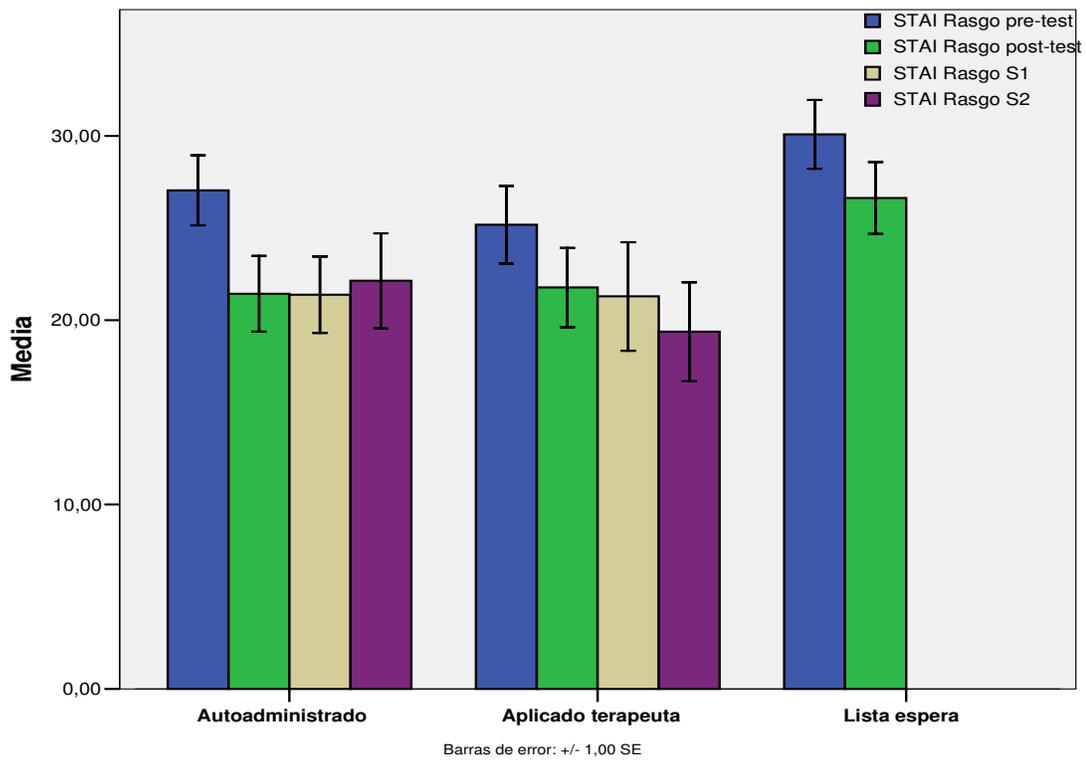


Figura 22: STAI-R.

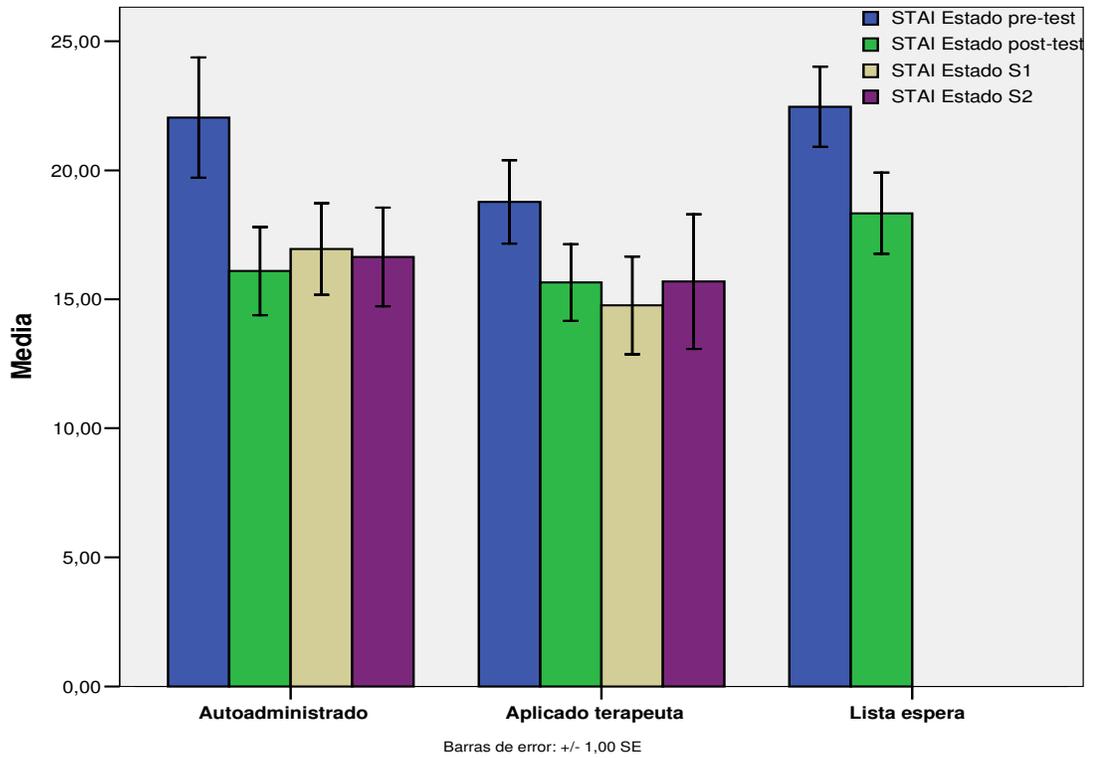


Figura 23: STAI-E.

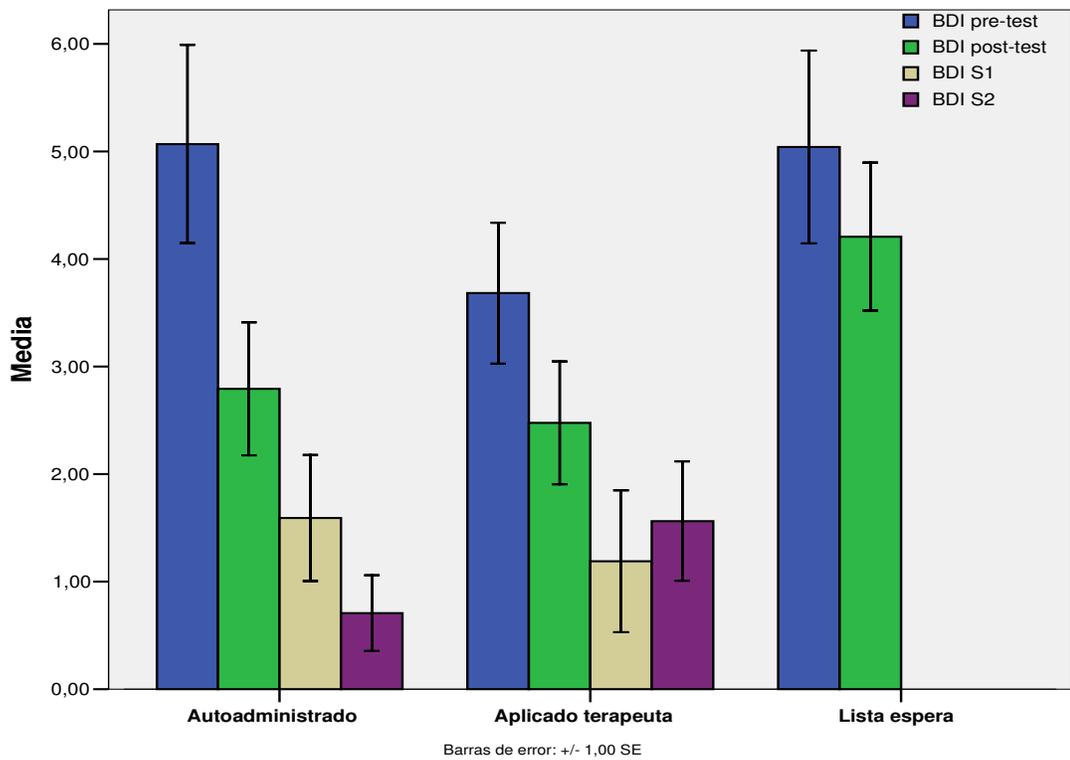


Figura 24: BDI.

3.2.5. Mejoría clínica

En la Tabla 25 vemos la media y la desviación típica para las medidas de mejoría clínica en el pre-test, el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses. Los resultados de los ANOVAS de medidas repetidas para los tres grupos en el pre y el post-test se ofrecen en la Tabla 26, en la que podemos ver el valor de la F , el grado de significación del efecto principal, el tamaño del efecto y la potencia observada.

Por lo que respecta al estado del paciente valorado por el terapeuta vemos un efecto grupo significativo, con un tamaño del efecto bajo y una potencia observada alta. El efecto momento y el efecto interacción también resultaron significativos, con tamaños del efecto moderados y potencias observadas elevadas. Al calcular las comparaciones analíticas de la interacción vimos en los análisis post-hoc (HSD Tukey) que el grupo control se diferenciaba significativamente del grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -3,10, límite superior = -1,80, $p < ,001$) y del grupo tratado por el terapeuta (límite inferior = -3,08, límite superior = -1,71, $p < ,001$), observándose una disminución en ambos grupos de tratamiento que no se dio en el grupo control. Por el contrario no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

Por lo que se refiere a la mejoría del paciente evaluada por el terapeuta también se obtuvo un efecto grupo, un efecto momento y un efecto interacción significativos, con tamaños del efecto grandes y potencias observadas elevadas. Calculamos las comparaciones analíticas de la interacción para averiguar entre qué grupos se encontraba tal efecto. El análisis post-hoc (HSD Tukey) indicó que el grupo control era significativamente distinto que el tratamiento autoadministrado (límite inferior = -2,89, límite superior = -2,14, $p < ,001$) y el tratado por el terapeuta (límite inferior = -3,00, límite superior = -2,20, $p < ,001$), encontrándose mejor en el post-test los participantes de ambos grupos de tratamiento que los del grupo control. Al comparar ambos grupos de tratamiento no se observaron diferencias significativas.

En cuanto a la mejoría del paciente valorada por él mismo se obtuvo un efecto grupo significativo, con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada elevada. El efecto momento también resultó significativo, con un tamaño del efecto moderado y una potencia observada alta. Del mismo modo, el efecto interacción fue significativo, con un tamaño del efecto mínimo y una potencia observada elevada. Comparamos analíticamente el efecto interacción mediante el ANOVA de las

diferencias pre y post-test y el análisis post-hoc (HSD Tukey) mostró que el grupo control obtuvo puntuaciones significativamente distintas a las del grupo de tratamiento autoadministrado (límite inferior = -1,53, límite superior = -,11, $p <,05$) y el grupo tratado por el terapeuta (límite inferior = -1,47, límite superior = -,05, $p <,05$), siendo ambos grupos de tratamiento los que mejoran en el post-test a diferencia del grupo control. Sin embargo, estas diferencias no se observaron entre el grupo de tratamiento autoadministrado y el administrado por el terapeuta.

Por lo que se refiere a los ANOVAs de medidas repetidas para averiguar si los logros se mantienen en el tiempo, como podemos ver en la Tabla 27, tan solo para la variable mejoría evaluada por el participante encontramos un efecto interacción significativo, con un tamaño del efecto pequeño y una potencia observada moderada. Este efecto interacción nos indica que aunque en el post-test y el seguimiento a los 3 meses la media para la mejoría valorada por el participante en el grupo de tratamiento aplicado por el terapeuta fue ligeramente más baja que la del grupo tratado por el programa “Háblame”, en el seguimiento a los 6 meses la media para el grupo tratado por el terapeuta fue ligeramente más alta.

Con respecto a las variables de mejoría del paciente, valoradas por él mismo y por el terapeuta, podemos concluir que ambos grupos de tratamiento han mejorado significativamente después del tratamiento comparado con el grupo control, y que estos resultados se han mantenido en el tiempo.

Tabla 25
Media y desviación típica de las variables de mejoría clínica en el pre-test y el post-test.

Variable	CE	Pre-test		Post-test		S1		S2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Estado del paciente T	TA	3,60	1,10	1,07	1,26	1,11	1,41	,67	1,37
	TAT	3,36	1,43	,91	1,19	1,20	1,47	1,07	1,49
	LE	3,12	1,67	3,04	1,17				
Mejoría T	TA	4,00	,00	1,40	,67	1,33	,49	1,17	,38
	TAT	4,00	,00	1,32	,57	1,40	,91	1,27	,70
	LE	4,00	,00	3,92	,41				
Mejoría P	TA	3,78	,43	2,22	1,06	2,37	1,20	1,69	,60
	TAT	3,61	,98	2,11	,76	2,07	,83	2,21	,89
	LE	3,91	,29	3,17	,83				

Nota: T: Terapeuta; P: Participante; CE: Condición experimental; TA: Tratamiento autoadministrado; TAT: Tratamiento administrado por el terapeuta; LE: Lista de espera. La escala de respuesta para la mejoría va de 1 = “mucho mejor” a 7 = “mucho peor” y el estado del paciente de 0 = “normal” a 8= “muy gravemente perturbado”.

Tabla 26

Análisis de varianza de medidas repetidas entre los tres grupos de las variables de mejoría clínica en el pre-test y el post-test.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
Estado paciente T	4,92	,010*	,12	,79	214,01	,000***	,74	1	48,97	,000***	,57	1
Mejoría T	164,01	,000***	,82	1	732,78	,000***	,91	1	164,01	,000***	,82	1
Mejoría P	7,49	,001**	,21	,93	105,64	,000***	,65	1	4,97	,010*	,15	,79

Nota: T: Terapeuta; P: Participante; * p<,05; **p<,01; ***p<,001.

Tabla 27

Análisis de varianza de medidas repetidas entre ambos grupos de tratamiento en las variables de mejoría clínica en el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
Estado paciente T	,01	,910	,00	,05	2,93	,069	,16	,53	2,57	,093	,15	,47
Mejoría T	,10	,759	,00	,06	1,37	,270	,08	,27	,13	,876	,01	,07
Mejoría P	,00	,962	,00	,05	1,22	,310	,08	,24	4,40	,022*	,25	,71

Nota: T: Terapeuta; P: Participante; * p<,05; **p<,01; ***p<,001.

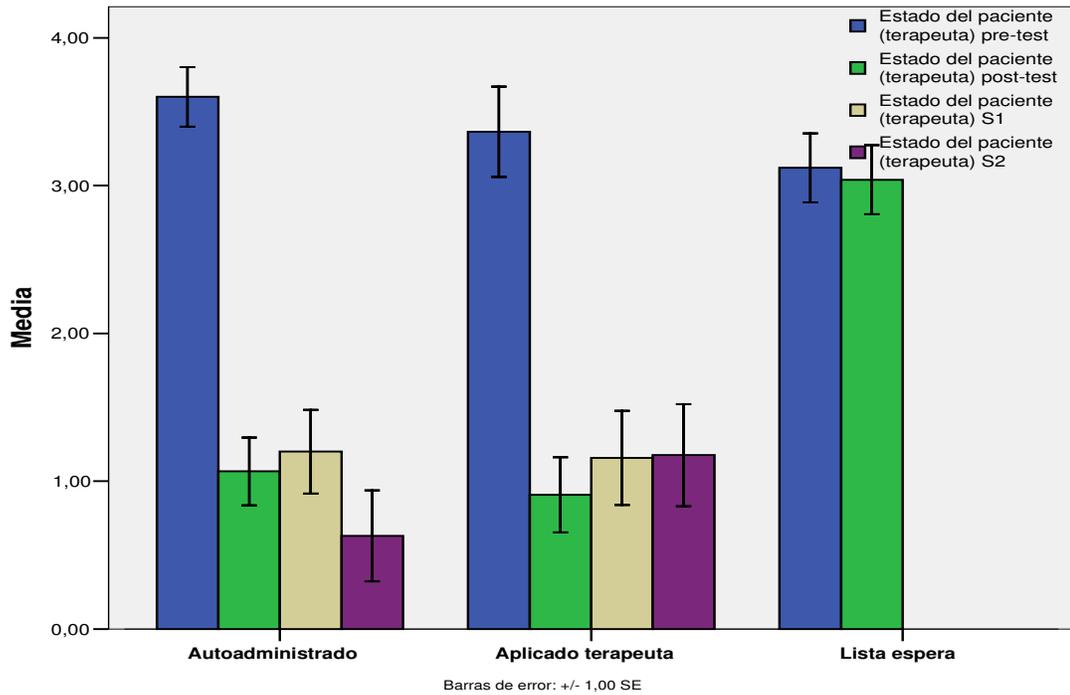


Figura 25: Estado del paciente evaluado por el terapeuta.

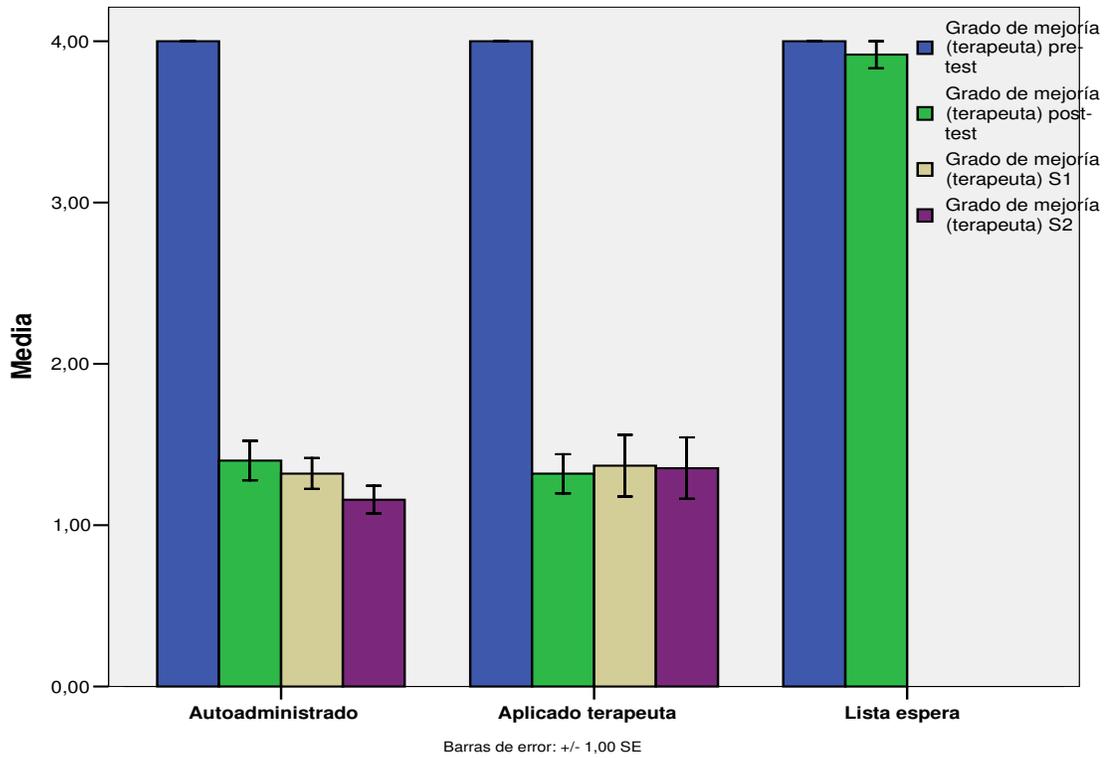


Figura 26: Grado de mejoría respecto a la línea base evaluado por el terapeuta.

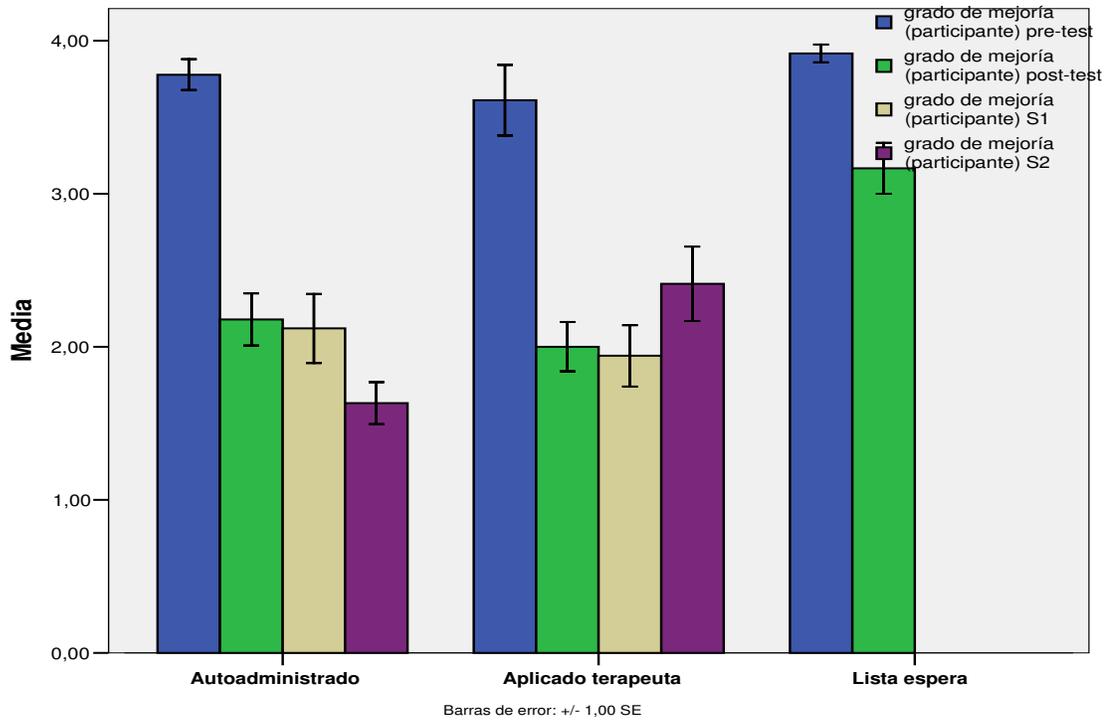


Figura 27: Grado de mejoría respecto a la línea base evaluado por el participante.

3.2.6. Medidas sobre las actitudes hacia los tratamientos psicológicos utilizados

Mediante la EEMT y el CCPT se evaluaron las actitudes hacia el tratamiento utilizado. En la Tabla 28 podemos ver las medias y desviaciones típicas para cada uno de los ítems de estas escalas en diferentes momentos.

Por lo que respecta al EEMT los participantes informaron estar muy motivados para comenzar el tratamiento, además no se observaron diferencias significativas entre ambos tratamientos ($F(1, 47) = ,61, p = ,439$). Por lo que respecta al grado en que confiaban en los tratamientos psicológicos, tampoco se observaron diferencias significativas entre ambos tratamientos ($F(1, 43) = ,07, p = ,795$) y los participantes en general confiaban mucho en los tratamientos psicológicos. Además los participantes esperaban mejorar bastante en su conducta objetivo principal que habían establecido con la ayuda del terapeuta, en esta variable tampoco se observaron diferencias significativas entre ambos tratamientos ($F(1, 43) = ,50, p = ,484$).

En cuanto al CCPT en la Tabla 29 podemos ver los resultados de los ANOVAs de medidas repetidas entre el pre y el post-test para cada uno de los cuatro ítems de esta escala (ítem 1: “Internet como un medio en el que puedo encontrar información para solucionar problemas personales”; ítem 2: “En qué medida confío en los ordenadores como un instrumento de ayuda para solucionar mi problema”; ítem 3: “En qué medida confío en este programa de tratamiento”, ítem 4: “En qué medida confío en mí para aplicarme este programa”), no se encontraron un efecto grupo, efecto momento y efecto interacción significativos en ninguno de los ítems. Lo mismo ocurrió al hacer los ANOVAs de medidas repetidas para el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses (ver Tabla 30).

Tabla 28
Medias y desviaciones típicas para los ítems de la EEMT y del CCPT para ambos grupos de tratamiento.

Variable	CE	Pre-test		Post-test		S1		S2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Motivación	TA	8,48	1,31						
	TAT	8,18	1,37						
Confianza TP	TA	8,27	1,12						
	TAT	8,18	1,18						
Exp. mejora (CO)	TA	7,36	1,73						
	TAT	7,68	1,21						
Internet soluciona prob	TA	6,73	2,20	6,27	6,27	5,19	3,25	6,50	2,53
	TAT	5,71	2,05	6,29	6,29	5,67	2,61	5,50	2,84
Confía ordenadores	TA	6,27	2,51	6,27	6,27	6,38	1,15	6,88	1,36
	TAT	6,29	2,41	6,29	6,29	6,55	1,86	5,91	2,07
Confianza tratamiento	TA	6,96	1,54	6,50	6,50	7,50	1,37	7,38	1,86
	TAT	6,00	1,78	6,60	6,60	6,75	1,90	6,67	2,31
Confianza en si mismo	TA	7,50	1,50	7,15	7,15	7,69	1,62	8,00	1,37
	TAT	7,24	1,45	7,19	7,19	7,50	1,73	7,41	2,27

Nota: TP; Tratamientos psicológicos; Exp.: Expectativas; Prob: Problemas; CO: Conducta objetivo; CE: Condición experimental; TA: Tratamiento autoadministrado; TAT: Tratamiento administrado por el terapeuta.

Tabla 29
Análisis de varianza de medidas repetidas entre ambos grupos de tratamiento para los ítems del CCPT en el pre y el post-test.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
Internet soluciona prob	,72	,401	,02	,13	,03	,869	,00	,05	2,43	,126	,05	,33
Confía ordenadores	1,33	,255	,03	,20	,06	,810	,00	,06	3,43	,071	,07	,44
Confianza tratamiento	,09	,770	,00	,06	,71	,405	,02	,13	,41	,527	,01	,10
Confianza en si mismo	1,20	,280	,03	,19	,46	,501	,01	,10	2,02	,162	,04	,29

Nota: prob: problemas.

Tabla 30
Análisis de varianza de medidas repetidas entre ambos grupos de tratamiento para los ítems del CCPT en el post-test, el seguimiento a los 3 y los 6 meses.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
Internet soluciona prob	,18	,676	,01	,07	1,79	,188	,13	,34	1,47	,249	,11	,28
Confía ordenadores	,20	,659	,01	,07	,04	,964	,00	,06	2,51	,102	,17	,46
Confianza tratamiento	,43	,517	,02	,10	,29	,748	,02	,09	2,59	,095	,17	,47
Confianza en si mismo	,39	,539	,02	,09	1,44	,256	,10	,28	,32	,731	,03	,10

Nota: prob: problemas.

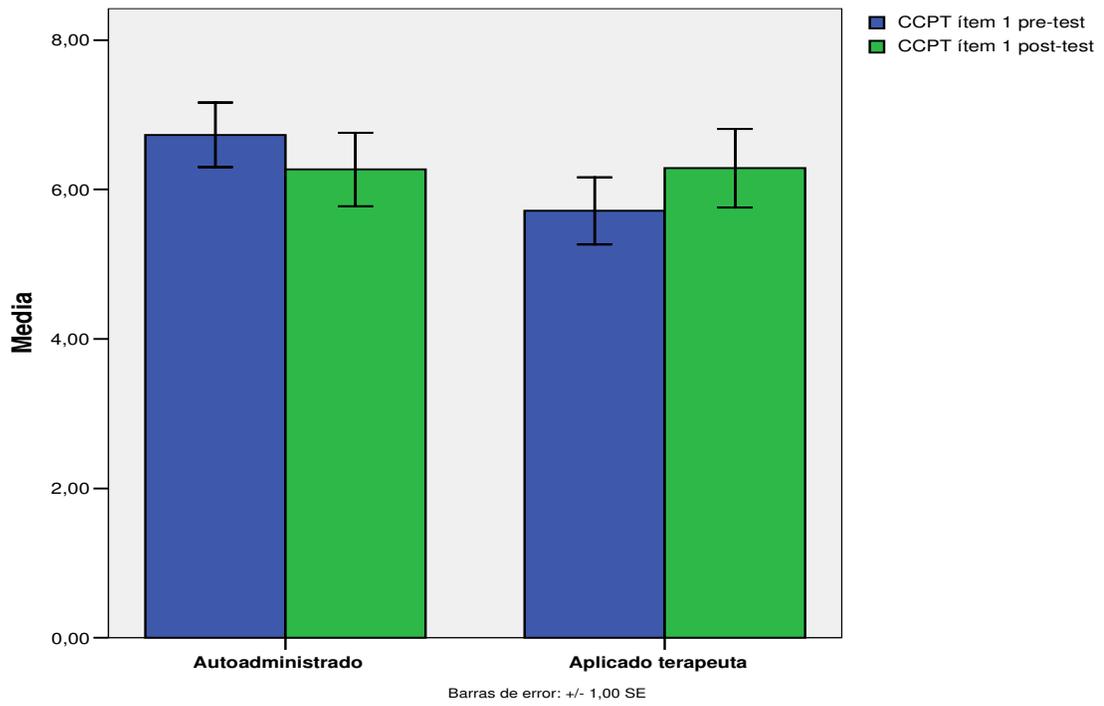


Figura 28: Ítem 1 del CPT.

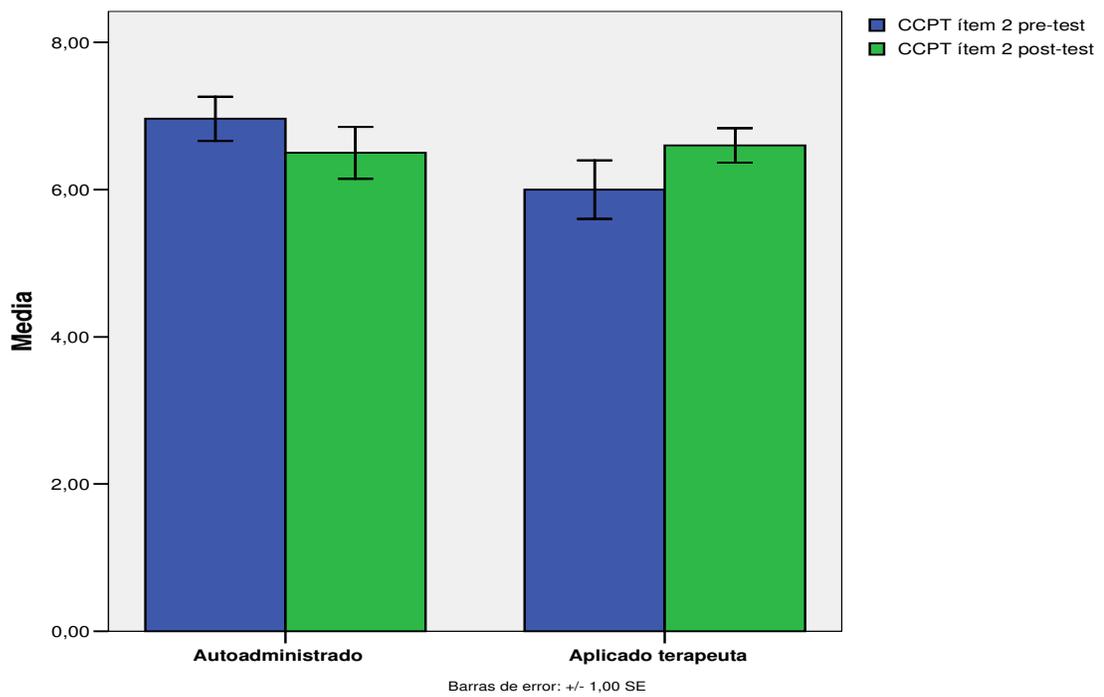


Figura 29: Ítem 2 del CCPT.

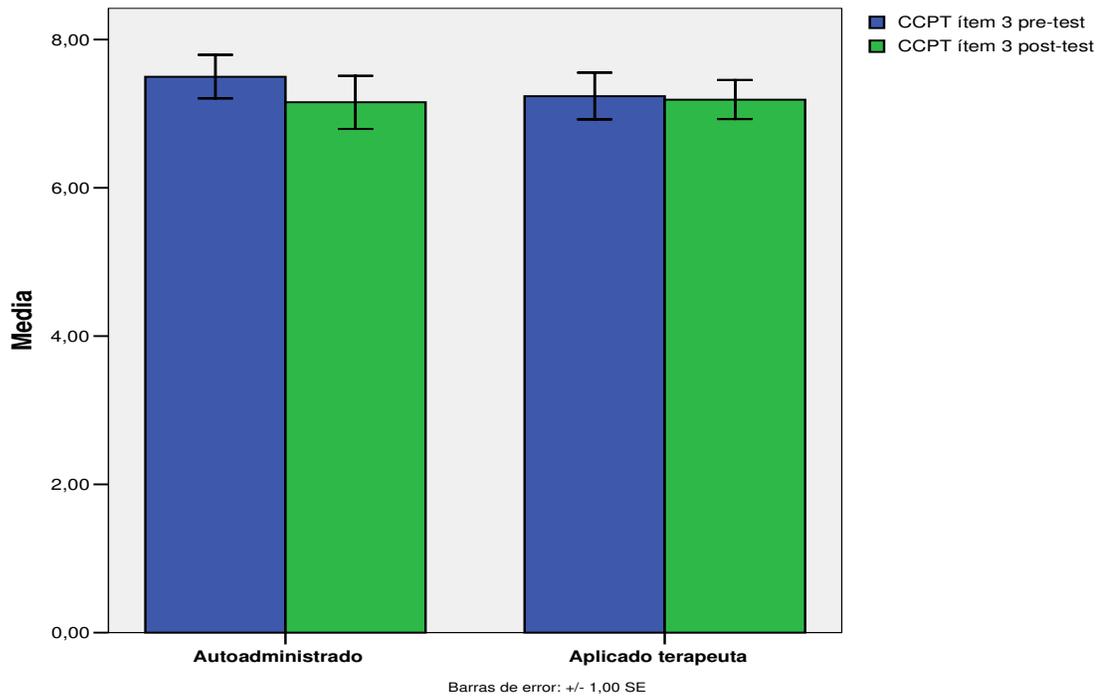


Figura 30: Ítem 3 del CCPT.

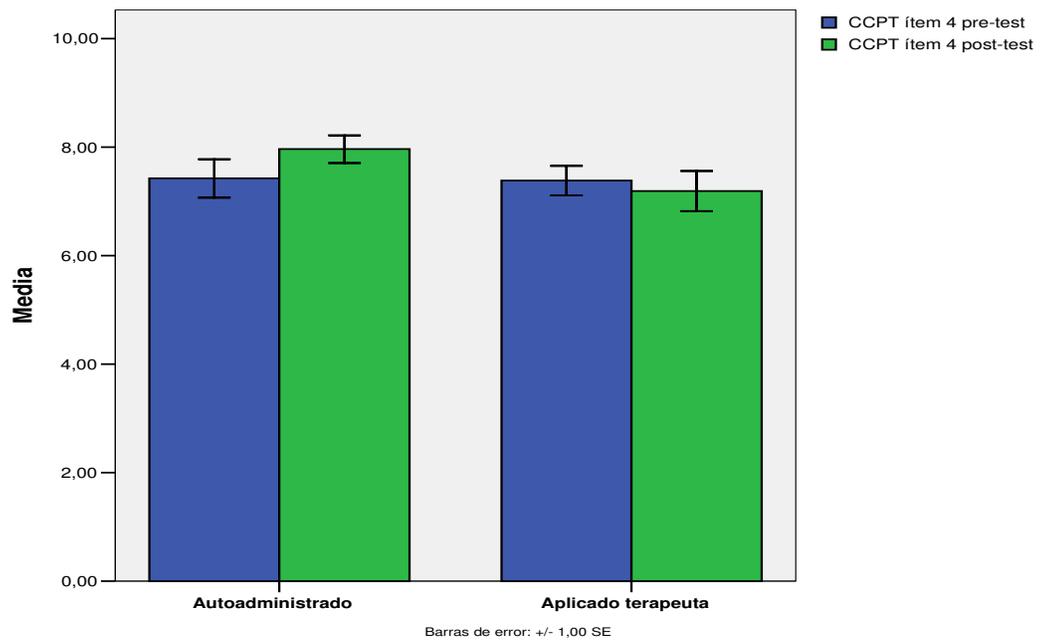


Figura 31: Ítem 4 del CCPT.

3.2.7. Medidas de opinión sobre el programa de tratamiento

En la Tabla 31 se pueden observar la media y desviación típica de las medidas de opinión sobre el tratamiento en el post-test, el seguimiento a los 3 y a los 6 meses. Los resultados de los ANOVAs de medidas repetidas se encuentran en la Tabla 32 donde podemos ver el valor de la F , el nivel de significación, el tamaño del efecto y la potencia observada.

Como podemos ver en la Tabla 32 para ninguna de las variables de opinión: la lógica del tratamiento, la satisfacción, si lo recomendaría a un amigo, la utilidad del tratamiento para otros problemas psicológicos, la aversividad y la utilidad del tratamiento se obtuvieron un efecto grupo, un efecto momento y un efecto interacción significativos.

Aparte de preguntar a los participantes la utilidad del tratamiento en general, en el post-test se indagó la utilidad percibida por los participantes en diferentes partes del tratamiento. En este caso el análisis estadístico utilizado fue la prueba “t” de Student, siendo la variable dependiente la utilidad de varias partes del tratamiento y la variable de agrupación el tipo de tratamiento recibido (autoadministrado o aplicado por el terapeuta). Para la variable utilidad del componente de educación no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento ($t_{(46)} = ,13$, n. s.). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en la variable utilidad del componente de cambio de pensamientos ($t_{(46)} = -1,61$, n. s.). Del mismo modo, no se observaron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento autoadministrado y el aplicado por el terapeuta en la variable utilidad del componente de exposición ($t_{(46)} = ,30$, n. s.).

En resumen, los participantes de ambos grupos de tratamiento consideraron el tratamiento lógico y fácil de manejar, nada aversivo, también estaban satisfechos con la terapia y la recomendarían a un amigo. Además creían que era un tratamiento útil y que podía ser útil para un tratamiento de las mismas características para tratar otros problemas. Por lo que respecta a los componentes del programa de tratamiento tanto el componente de educación, el de cambio de pensamientos, como la exposición han sido considerados útiles.

Tabla 31

Media y desviación típica de las medidas de opinión sobre el tratamiento en el post-test, el seguimiento a los 3 y a los 6 meses.

Variable	Condición	Post-test		S1		S2	
		M	DT	M	DT	M	DT
Lógico	Autoadministrado	8,17	1,47	8,06	1,34	7,82	1,51
	Terapeuta	7,86	1,66	7,14	1,66	7,43	1,65
Satisfacción	Autoadministrado	7,33	2,10	7,71	1,69	7,29	1,83
	Terapeuta	7,43	1,95	7,14	1,79	6,64	2,59
Recomendaría	Autoadministrado	8,42	1,56	8,53	1,62	8,29	1,79
	Terapeuta	8,07	1,64	6,86	2,28	6,93	2,09
Útil otros problemas	Autoadministrado	6,93	1,56	7,35	1,73	7,24	1,75
	Terapeuta	7,62	1,33	6,92	1,32	7,23	1,74
Aversivo	Autoadministrado	1,92	2,27	1,53	2,00	1,47	1,46
	Terapeuta	2,69	2,06	2,77	2,62	2,00	1,91
Útil	Autoadministrado	7,58	1,24	7,00	1,77	6,82	2,53
	Terapeuta	7,50	1,74	6,93	1,86	6,86	2,60
Componente educación	Autoadministrado	7,58	1,92				
	Terapeuta	7,50	2,11				
Cambio pensamientos	Autoadministrado	7,50	1,96				
	Terapeuta	8,27	1,20				
Exposición	Autoadministrado	7,12	2,14				
	Terapeuta	6,91	2,02				
Dificultad manejo	Autoadministrado	2,11	2,17				
	Terapeuta	1,77	1,66				

Tabla 32

Análisis de varianza de medidas repetidas entre los dos grupos de tratamiento en el post-test, el seguimiento a los 3 meses y a los 6 meses en las medidas de opinión sobre el tratamiento.

Variables	Efecto grupo				Efecto momento				Efecto interacción			
	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO	F	p	Eta	PO
Lógico	1,55	,223	,05	,23	3,04	,064	,18	,54	1,25	,301	,08	,25
Satisfacción	,44	,510	,02	,10	1,48	,244	,10	,29	,61	,552	,04	,14
Recomendaría	3,63	,067	,11	,45	,88	,428	,06	,19	2,75	,081	,16	,50
Útil otros problemas	,01	,929	,00	,05	,40	,674	,03	,11	,61	,549	,03	,11
Aversivo	1,82	,188	,06	,26	,91	,414	,06	,19	,45	,642	,03	,12
Útil	,00	,951	,00	,05	1,21	,315	,08	,24	,09	,917	,01	,06

* * *

En resumen, antes frente a después del tratamiento observamos que tanto el grupo de tratamiento autoadministrado como en el grupo de tratamiento aplicado por el terapeuta se observaron mejorías respecto al diagnóstico, tomando en consideración la clasificación de Heimberg y Holt (1989), en cambio en el grupo control no se encontraron dichas mejorías. Por lo que se refiere a los ANOVAs de medidas repetidas entre las 3 condiciones experimentales en el pre y el post-test se vio un efecto grupo significativo en las variables CMHP, PRCS, ansiedad, evitación y creencia en el pensamiento irracional relacionado con la conducta objetivo principal, ejecución en la TD valorada por el participante y el terapeuta, la gravedad del problema y la mejoría clínica. Por lo que respecta al efecto momento, éste ha resultado significativo en todas las variables; las que miden fobia social, interferencia, gravedad, ansiedad, depresión y mejoría clínica. En cuanto al efecto interacción se observaron diferencias significativas entre el grupo control y ambos grupos de tratamiento en las variables CMHP, CAIP, PRCS, ansiedad, evitación y creencia en el pensamiento irracional relacionado con la conducta objetivo, ansiedad en la TD valoradas por el participante y el terapeuta, y

ejecución en la TD valorada por el terapeuta, interferencia social, gravedad y mejoría clínica. Todos estos logros que hemos comentado se mantuvieron en los seguimientos a los 3 y los 6 meses.

También es importante destacar que en ambos grupos de tratamiento los participantes estaban motivados para comenzar la terapia y los participantes de ambos grupos confiaban en igual medida en el tratamiento que se les proporcionó. De igual modo, los participantes después del tratamiento y en los seguimientos confiaban en el programa y en las nuevas tecnologías para tratar problemas personales. Por lo que se refiere a la opinión de los participantes respecto a los programas de tratamiento no se han visto diferencias entre ambos tratamientos, además los participantes han manifestado estar satisfechos con el programa, les ha parecido un programa lógico y útil, e incluso lo recomendaría a sus amigos y esto se ha mantenido en los seguimientos.

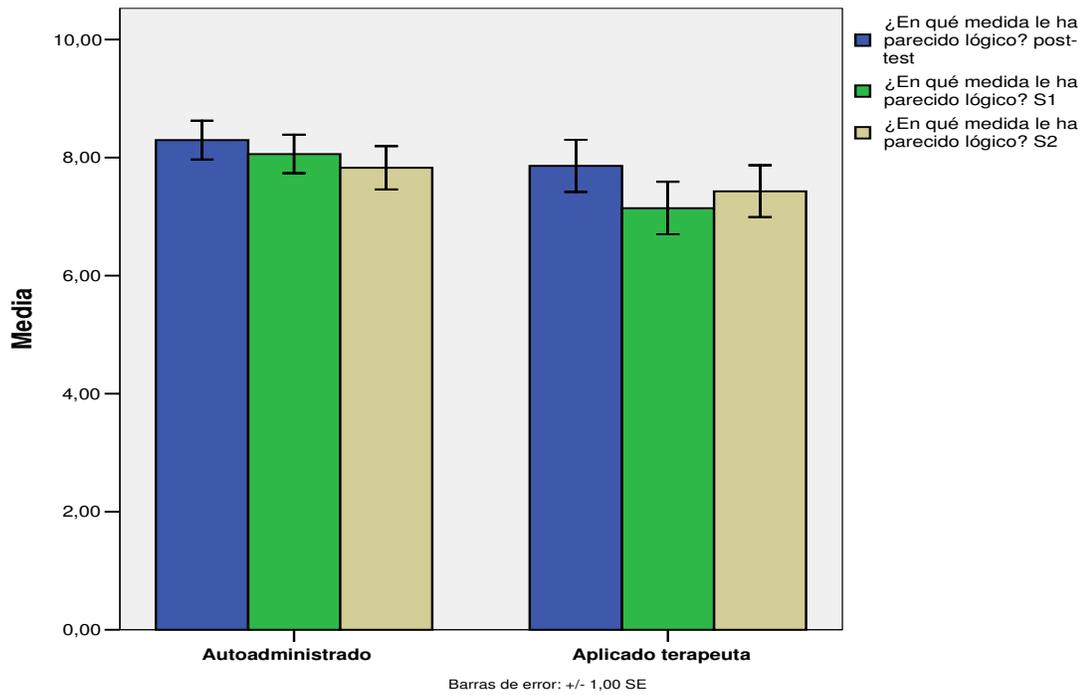


Figura 32: ¿En qué medida le ha parecido lógico este tratamiento?

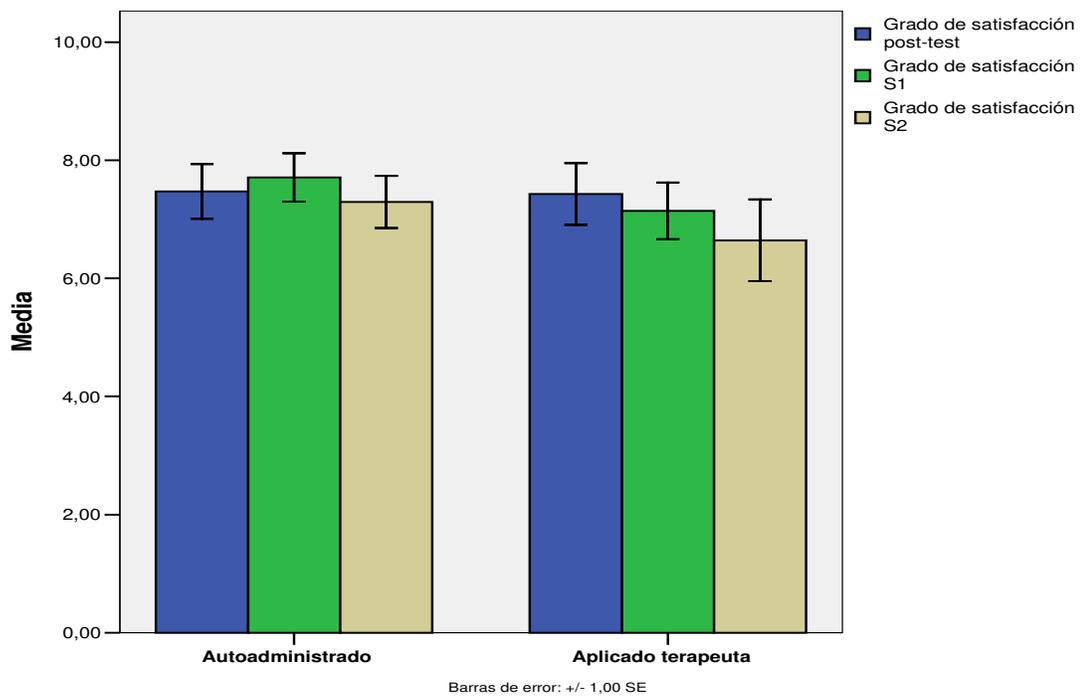


Figura 33: Grado de satisfacción con el tratamiento.

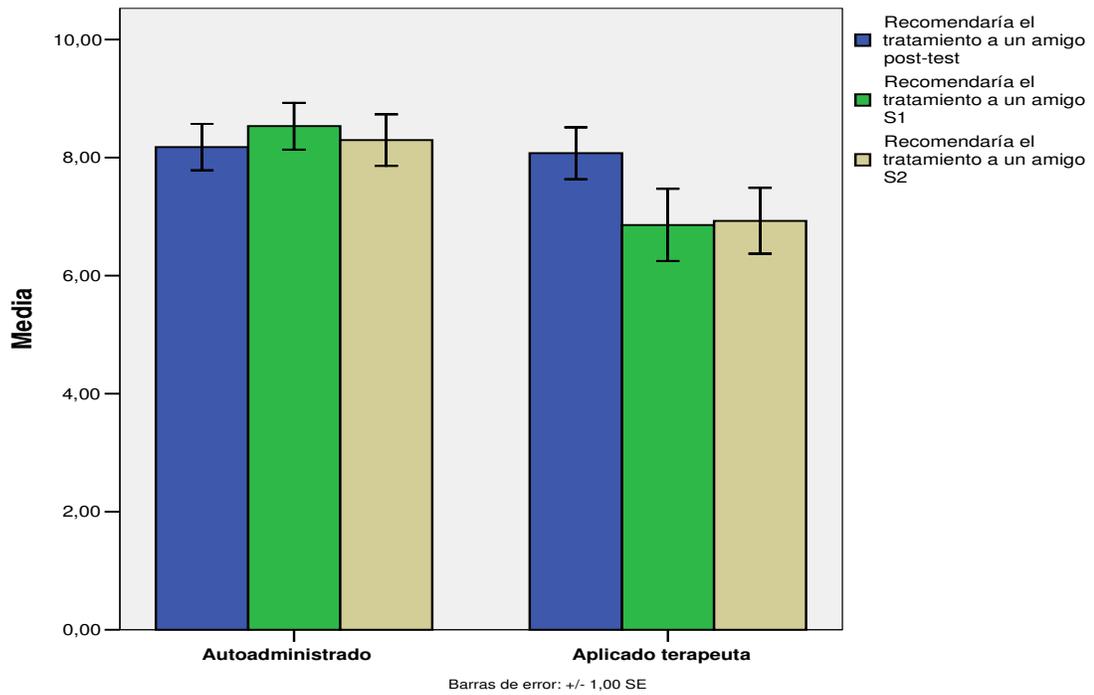


Figura 34: ¿En qué medida le recomendaría este tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?

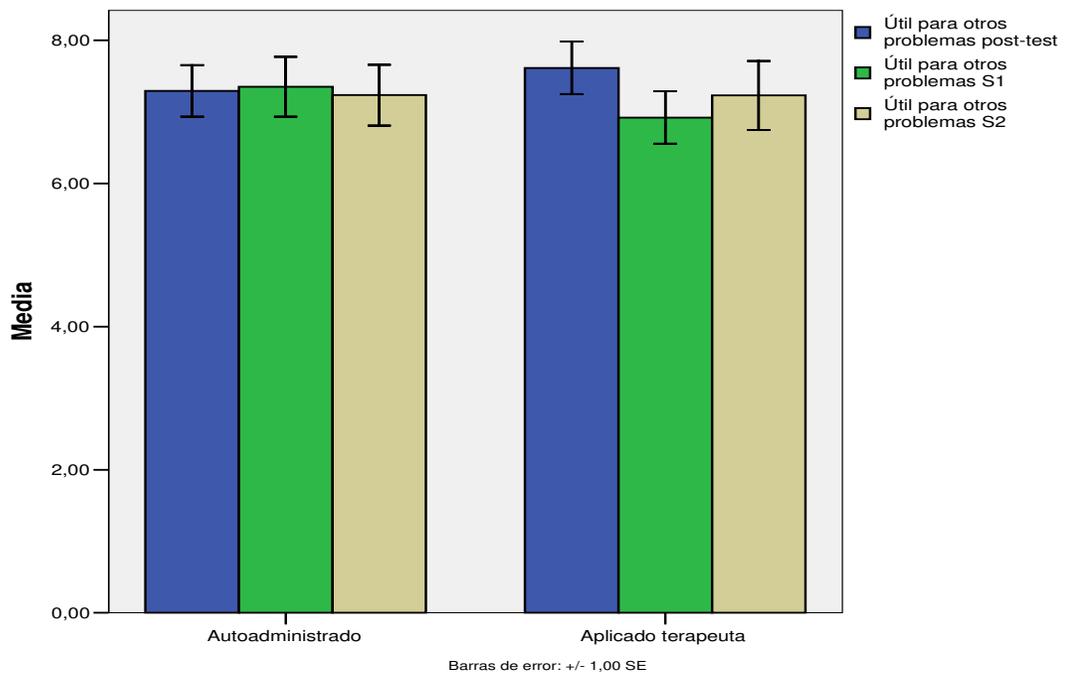


Figura 35: ¿En qué medida cree que este programa de tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

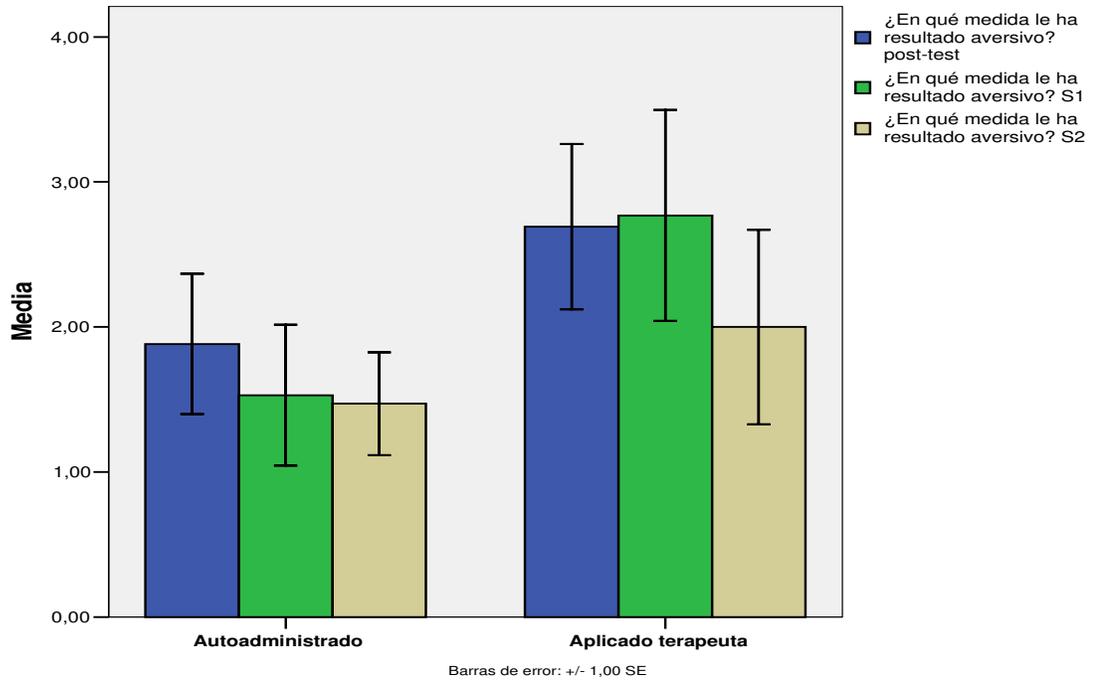


Figura 36: ¿En qué medida este tratamiento le ha resultado aversivo?

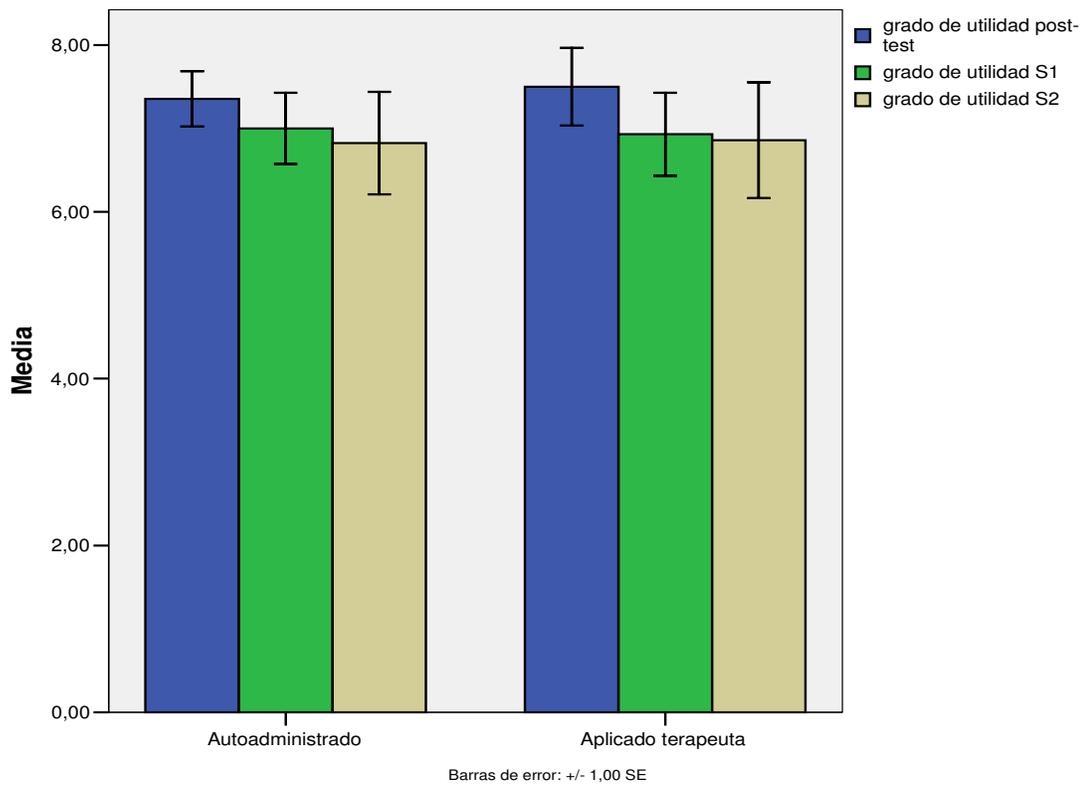


Figura 37: ¿En qué medida le ha resultado útil este programa de tratamiento para superar su MHP?

4. DISCUSIÓN

Al realizar el presente trabajo el objetivo principal que nos planteamos era comparar la eficacia de un programa de tratamiento totalmente autoadministrado que utiliza Internet como soporte, con el mismo programa aplicado por el terapeuta y con un grupo control lista de espera. De esta forma averiguar si la interacción con el terapeuta influye en la eficacia de la terapia al tratar el MHP.

Este objetivo general lo hemos desglosado en diferentes objetivos específicos que comentaremos a continuación.

Un objetivo fundamental de este trabajo es analizar la eficacia conseguida por el programa autoadministrado vía Internet para el tratamiento del MHP. Los resultados indican que el programa autoadministrado vía Internet fue eficaz para el tratamiento del MHP, ya que se observan cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de los participantes entre pre y post-test en todas las variables analizadas: variables relacionadas con la fobia social, variables de interferencia y gravedad del problema, medidas de ansiedad estado/ rasgo y depresión, y variables de mejoría clínica.

Estos resultados van en la línea de los obtenidos por Botella, Hofmann et al. (2004) y Botella et al. (en prensa), ya que en estos estudios el programa “Háblame” demostró su utilidad para el tratamiento del MHP. Otro estudio que también apoya la utilidad de los tratamientos autoadministrados vía Internet para el tratamiento de la fobia social fue el de Andersson et al. (en prensa), aunque este estudio tiene una limitación importante y es que se combina un tratamiento autoadministrado vía Internet con dos sesiones de exposición en grupo, de tal forma que no sabemos cual hubiera sido la eficacia del tratamiento autoadministrado solo. Este mismo tratamiento también se administró a 26 participantes con fobia social sin exposición in vivo (Carlbring et al., 2006) con gran éxito. La diferencia esencial entre este tratamiento y el programa “Háblame” es que en aquél los terapeutas tenían contacto vía e-mail semanalmente con los participantes, es decir, es un tratamiento con contacto mínimo, en cambio el programa “Háblame” es un tratamiento totalmente autoadministrado. El programa “Háblame” es el primer tratamiento totalmente autoadministrado llevado a cabo en el campo de los trastornos de ansiedad en población clínica, ya que el de Kenardy et al. (2003) para la prevención de trastornos de ansiedad se realizó en población subclínica. Esta es una enorme ventaja para el binomio coste-beneficio, ya que el paciente si no

tiene ningún problema con el programa desarrolla la terapia sin necesidad de contactar regularmente con el terapeuta.

Por lo tanto, se cumple la primera hipótesis: en el grupo tratado mediante el programa de tratamiento autoadministrado se observan cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de los participantes entre pre y post-test, en el sentido de la normalidad.

Además nos interesaba saber el grado de eficacia conseguida por el mismo programa aplicado por el terapeuta. Respecto a este objetivo los resultados obtenidos apoyan la eficacia de este tratamiento, ya que al igual que en el programa “Háblame” se observan cambios estadísticamente significativos entre pre y post-test en todas las medidas utilizadas: medidas relacionadas con la fobia social, medidas de interferencia y gravedad, medidas de ansiedad estado/ rasgo y depresión, y medidas de mejoría clínica.

El tratamiento cognitivo-comportamental creado para ser aplicado por el programa “Háblame” también ha demostrado ser eficaz aplicado por un terapeuta. En este sentido, estudios como el de Heimberg et al. (1990), Turner, Beidel, Cooley et al. (1994) y Liebowitz et al. (1999) demostraron que el tratamiento cognitivo-comportamental aplicado por un terapeuta es más eficaz que el grupo control placebo. En cuanto a la eficacia de la exposición a escenarios (vídeos de audiencias) podemos destacar que autores como Roy et al. (2003) y Klinger et al. (2005) vieron como el tratamiento cognitivo-comportamental con exposición en RV era tan eficaz como el tratamiento cognitivo-comportamental en grupo para el tratamiento de la fobia social, además podemos añadir que la exposición en RV ayuda a superar algunas de las limitaciones de la exposición *en vivo* a situaciones sociales (Butler, 1985), en primer lugar, las situaciones sociales a menudo son variables e impredecibles, esto hace que no siempre se puedan programar y graduar las exposiciones, por otra parte, las situaciones evitadas por los fóbicos sociales a menudo son de corta duración, esto impide llevar a cabo sesiones de exposición largas y con repeticiones programadas. Otras ventajas que podemos añadir a la exposición en RV frente a la exposición *in vivo* son: asegurar la confidencialidad del paciente, trabajar reiteradamente y al ritmo del paciente de forma que pueda aprender a hacer frente a una situación y desarrollar una serie de habilidades que le ayuden a sentirse más seguro y con más armas para afrontar sus temores en situaciones reales.

Así que, se cumple la segunda hipótesis: en el grupo tratado por el terapeuta se observan cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de los participantes entre el pre y el post-test, en el sentido de acercamiento a la normalidad.

Otro objetivo primordial en este estudio es comparar la eficacia del tratamiento autoadministrado vía Internet para superar el MHP con el tratamiento aplicado por el terapeuta. Con respecto al presente objetivo los resultados muestran que el tratamiento autoadministrado y el aplicado por el terapeuta son igualmente eficaces, ya que no se observaron diferencias significativas después del tratamiento entre ambas condiciones en ninguna de las variables evaluadas: las variables relacionadas con la fobia social, las variables de interferencia y gravedad del problema, ansiedad estado/ rasgo y depresión, y las variables de mejoría clínica.

Respecto al presente objetivo tan solo conocemos un estudio en población clínica que compara un tratamiento autoadministrado versus el mismo tratamiento aplicado por un terapeuta, y este trabajo pertenece al campo del tratamiento del trastorno de pánico. Al igual que en el presente trabajo el tratamiento autoadministrado fue igual de eficaz que el mismo tratamiento aplicado por el terapeuta, aunque hemos de destacar que en el estudio de Carlbring et al. (2005) el tratamiento vía Internet no era totalmente autoadministrado como el nuestro, el terapeuta contactaba con el participante regularmente por e-mail. Esto nos demuestra que realmente el contacto con el terapeuta durante el tratamiento no es un factor importante para determinar la eficacia de un tratamiento autoadministrado vía Internet.

Por otra parte, en el ámbito de prevención de los trastornos alimentarios Celio et al. (2000) vio como en un grupo de población subclínica al que se le administró un programa vía Internet para la prevención de trastornos alimentarios obtuvo diferencias significativas respecto al grupo control lista de espera en medidas de preocupación por el peso y la figura corporales, y actitudes alteradas relacionadas con la comida, en cambio el grupo en el que se realizó un curso cara a cara no se obtuvieron diferencias significativas en ninguna medida. Aunque hemos de destacar que en este estudio ambos tratamientos no tenían los mismos componentes, el programa autoadministrado incluía técnicas que el programa cara a cara no tenía, como técnicas cognitivas y comportamentales, además de otros métodos para la regulación del peso y la mejora de la imagen corporal. Winett et al. (1999) también observaron como el programa *Eatlife* administrado a población no clínica junto a clases de promoción de la salud para

mejorar los hábitos alimentarios fue más eficaz en cambiar estos hábitos que acudir a clases de promoción de la salud sólo.

En cuanto a la aplicación de los tratamientos autoadministrados por ordenador a población clínica con trastornos de ansiedad, el grupo de investigación dirigido por Marks llevo a cabo una serie de estudios que demostraron la igual eficacia de estos tratamientos respecto a los mismos tratamientos aplicados por un terapeuta (Gosh et al., 1988; Gosh et al., 1984; Gosh y Marks, 1987; Kenwright et al., 2001; Marks et al., 2004). Carlbring, Björnstjerna, Bergström, Waara y Andersson, (en prensa) administraron en población no clínica, en concreto estudiantes universitarios, la relajación aplicada de dos forma diferentes, la administraba un terapeuta o mediante un programa de ordenador, y además tenían un grupo control en el cual los participantes se paseaban por la red. Estos autores vieron como los participantes de ambos grupos experimentales se relajaban significativamente más que los del grupo control.

Por lo tanto, se cumple la tercera hipótesis: no se observan diferencias significativas entre el programa de tratamiento autoadministrado vía Internet y el programa aplicado por el terapeuta.

El objetivo más ambicioso de este estudio es comparar la eficacia del tratamiento autoadministrado vía Internet y del mismo programa aplicado por el terapeuta, frente al grupo control lista de espera.

En cuanto al cuarto objetivo los datos revelan que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento, como hemos comentado en el anterior punto, y que el grupo control se diferenció significativamente de ambos grupos de tratamiento en las siguientes variables que evalúan fobia social: CMHP, CAIP, PRCS, ansiedad, evitación y creencia en el pensamiento relacionado con la conducta objetivo principal, ansiedad durante la tarea del discurso evaluada por el participante y el terapeuta, y ejecución en la tarea del discurso valorada por el terapeuta. Para las variables de interferencia y gravedad el grupo control fue significativamente distinto de los grupos de tratamiento en la interferencia en el trabajo, en la vida social y en la gravedad. También se ha visto como las tres variables que medían mejoría clínica demostraron que ambos grupos de tratamiento habían mejorado significativamente después del tratamiento comparado con el grupo control.

En la variable interferencia del problema en la vida se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el programa “Háblame”, sin embargo, no se encontraron diferencias entre el grupo tratado por el terapeuta y el grupo control. El

hecho de realizar uno mismo el tratamiento mediante el programa “Háblame” sin la ayuda del terapeuta puede hacer que una persona quiera evitar menos una situación en la que puede poner en práctica sus aprendizajes previos, e incluso esta sensación de autoeficacia puede hacer que uno afronte más las situaciones de hablar en público y como consecuencia el problema interfiera menos en su vida en general y el ámbito laboral en particular.

Por otro lado, fueron dos las variables en las que se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo aplicado por el terapeuta, pero no se encontraron diferencias significativas entre el programa “Háblame” y el grupo control: el FNE y el SPSS. El FNE y el SPSS hacen referencia al aspecto cognitivo del MHP, puede que el hecho de realizar la discusión cognitiva ayudado de un terapeuta tenga más repercusión que dar los pasos de la discusión como hace el ordenador, en este punto debemos tener en cuenta que un ordenador no tiene la inteligencia de un ser humano. Por lo que respecta al FNE hemos de destacar que en los seguimientos a los 3 y 6 meses la puntuación del FNE sigue disminuyendo significativamente, quizás porque los pensamientos necesitan más tiempo para cambiar su forma de interpretar las situaciones sociales. En cuanto al SPSS, si observamos sus medias (Tabla 12) en las tres condiciones experimentales, vemos que las diferencias entre el pre y el post-test en las condiciones de tratamiento son mayores que en el grupo control, aunque no son significativas.

En algunas variables no se encontraron diferencias significativas entre las tres condiciones experimentales cuando las comparamos antes y después del tratamiento, como en el SAD, quizá porque sea un instrumento que mide evitación y malestar producidos por diversas situaciones sociales, y en las personas diagnosticadas de fobia social específica tipo MHP las situaciones que producen malestar son circunscritas a situaciones de hablar en público. En la variable ejecución en la tarea del discurso valorada por el participante no se encontraron diferencias entre las tres condiciones experimentales, esto es algo muy usual en las personas con fobia social, aunque mejoran la ejecución no mejoran su percepción de la ejecución. Por lo que respecta a la ansiedad estado/ rasgo y la depresión, tampoco se obtuvo un efecto interacción significativo y esto es debido a que las puntuaciones en el pre-test eran bajas, es decir, los participantes no tenían una ansiedad estado/ rasgo elevadas, ni estaban deprimidos.

Después de revisar la literatura relacionada con tratamientos autoadministrados vía Internet, vemos que no existe ningún estudio controlado que compare un tratamiento

de este tipo con el mismo tratamiento administrado por el terapeuta en población clínica, tan solo vemos en el campo de la prevención de los trastornos alimentarios un estudio en población subclínica que compara un grupo al que se le administra un programa vía Internet, un grupo al se le realizó un curso cara a cara y un grupo control lista de espera. En este estudio se obtuvieron diferencias significativas entre la lista de espera y el grupo que se autoadministró el programa, sin embargo, no se observaron diferencias entre el grupo que asistió al curso y la lista de espera (Celio et al., 2000).

En general, vemos como se cumple la cuarta hipótesis: ambos tratamientos son más eficaces que el grupo control lista de espera.

Finalmente, otro objetivo del estudio era comprobar si los logros conseguidos por los tratamientos se mantienen en el tiempo. Nuestros datos indican que los logros conseguidos por ambos tratamientos se mantienen e incluso en algunos casos siguen mejorando en el tiempo. En variables que miden fobia social como el FNE, el SAD, la ansiedad ante la conducta objetivo principal y la ansiedad en la tarea del discurso valorada por el terapeuta los participantes mejoraron significativamente entre el seguimiento a los 3 y el seguimiento a los 6 meses. En este punto hubiera sido interesante tener los seguimientos del grupo control lista de espera para ver si en los seguimientos el FNE y el SAD en el grupo control se diferencian de los grupos de tratamiento, aunque por motivos éticos los participantes del grupo control recibieron tratamiento después de la lista de espera y no fue posible realizar esta comparación. De todas formas tenemos que destacar que mejoraron significativamente entre el seguimiento a los 3 y los 6 meses. Esto nos dice que los cambios cognitivos y la disminución de la ansiedad van mejorando a lo largo del tiempo después del tratamiento.

Las variables ejecución en la tarea del discurso valorada por el terapeuta, la gravedad, el BDI y la mejoría valorada por el participante no se comportaron igual a lo largo del tiempo en ambas condiciones de tratamiento. En el post-test y el seguimiento a los 3 meses la ejecución valorada por el terapeuta fue ligeramente menor en el grupo autoadministrado respecto al aplicado por el terapeuta, sin embargo, en el seguimiento a los 6 meses el terapeuta creía que la ejecución de los participantes que habían cumplimentado el programa “Háblame” fue un poco mejor que el aplicado por el terapeuta. Con respecto a la gravedad vemos que mientras con el tiempo las personas del grupo autoadministrado mejoraban, las personas tratadas por el terapeuta se mantienen igual con el paso del tiempo. Por lo que se refiere al BDI, como son tan bajas

las puntuaciones no es relevante que cambie un poco la puntuación de un momento a otro en ambos grupos. En cuanto a la mejoría valorada por el participante en el post-test y el primer seguimiento los participantes del grupo tratado por el terapeuta se encontraban un poco mejor que el grupo de tratamiento autoadministrado, sin embargo, en el seguimiento a los 6 meses es al contrario, el grupo tratado por el programa “Háblame” se encuentra un poco mejor que el tratado por el terapeuta. Así que parece que en las variables en las que se ha visto un efecto interacción, aunque después del tratamiento está ligeramente mejor el grupo tratado por el terapeuta, a largo plazo parece que mejora más el grupo tratado por el programa “Háblame”.

Por lo tanto, podemos decir que no solo se cumple la quinta hipótesis: La mejoría observada en el post-test en los grupos de tratamiento se mantiene en los seguimientos a los 3 y 6 meses, sino que en las medidas de fobia social más generales los participantes siguen mejorando con el tiempo.

* * *

Otro de los resultados relevantes a tener en cuenta es la tasa de abandonos, para el grupo de tratamiento autoadministrado fue el 50%, para el aplicado por el terapeuta el 38,89% y para el grupo control lista de espera el 13,79%. Posiblemente la tasa de abandonos para la lista de espera sea baja porque los participantes de este grupo esperaban ser tratados después del mes de lista de espera. Con respecto a los motivos del abandono fueron muy diversos, en el tratamiento autoadministrado hubo una persona que cambió de vivienda y no tenía acceso Internet, otros abandonaron por problemas técnicos con el ordenador, una persona no le gustó realizar el tratamiento por ordenador, otras no consiguieron “meterse” en el escenario y una persona informó tener demasiada libertad para hacer el programa. En cuanto al tratamiento aplicado por el terapeuta la mayoría informaron no tener tiempo para acudir a terapia, una persona abandonó al encontrarse mejor, otro dijo que en esos momentos el problema le interfería poco y otros se fueron a vivir a otra ciudad y no pudieron continuar la terapia. En el caso de las personas que no tenían tiempo para acudir a terapia y las personas que se fueron a vivir a otra ciudad si hubieran estado autoadministrándose el programa “Háblame” hubieran tenido la oportunidad de seguir el tratamiento, ya que tienen acceso desde cualquier sitio y a cualquier hora.

En la tabla 33 podemos ver la tasa de abandonos de diferentes estudios en los que se ha aplicado un tratamiento autoadministrado vía Internet y podemos apreciar

como la tasa de abandono es muy variada, desde 0% a 51%, dependiendo de lo que se considera abandono y de la duración del tratamiento. Hay estudios que no consideran abandonos a las personas que tan solo han realizado algunas sesiones de tratamiento (Christensen et al., 2004), en este sentido, Carlbring et al. (2006) informa de una tasa de abandonos del 0%, sin embargo, dice que el 38% de los participantes no completan todos los módulos de tratamiento. Por otra parte, están los estudios como el de Andersson et al. (2001) y Ström et al. (2004) en los que consideran como abandono el no haber finalizado el tratamiento. En este sentido, en nuestro estudio hemos sido muy estrictos respecto en la consideración de lo que es un abandono, al igual que Andersson et al. (2001) y Ström et al. (2004) creemos que un abandono es cuando no se han finalizado todos los módulos de un tratamiento.

También hay estudios que aplican tratamientos de corta duración como el de Klein y Richards (2001) que eran 3 sesiones realizadas en una semana. La tasa de abandonos en este estudio fue de 4,3%. Además en estas tres sesiones tan solo recibían información, de tal modo que los participantes no se tenían que esforzar, sin embargo, en nuestro estudio la duración del tratamiento era mayor y los participantes tenían que realizar tareas como preparar charlas y exponer ante las audiencias (videos).

En la tabla 33 vemos los diferentes estudios en los que se ha aplicado un tratamiento autoadministrado vía Internet y sus tasas de abandonos. Vemos como la mayoría de estos estudios han utilizado contacto con el terapeuta regularmente por teléfono o por e-mail, incluso en algún estudio (Celio et al., 2000) el contacto ha sido cara a cara. Por otra parte, si observamos las tasas de abandono de los tratamientos totalmente autoadministrados vemos como los estudios en población clínica tienen tasas de abandonos más altas que los realizados en población subclínica. Así que, podemos equiparar nuestra tasa de abandonos a la tasa de abandonos de los estudios de Ström et al. (2004) y de Andersson et al. (2001) que se administraron en población clínica.

Tabla 33: Tasa de abandonos de los estudios que utilizan un tratamiento autoadministrado vía Internet.

Estudios	Problema	Población	Contacto terapeuta	Tasas de abandono		
				Autoadministrado	Otro tratamiento	Control
Tratamientos autoadministrados con contacto mínimo						
Christensen et al. (2004)	Depresión	Subclínica	Cada semana teléfono	25% ¹ 15% ²	-	11% PL
Andersson et al. (2003)	Dolor de cabeza	Clínica	Contacto teléfono Sin contacto	29% 35%	-	-
Zettergrist et al. (2003)	Manejo estrés	Población general	Correo electrónico	39,47%	-	14,89% LE
Celio et al. (2000)	Trastornos alimentarios	Subclínica	Cara a cara 3 veces y e-mail	12%	20% ³	3,7% LE
Winzelberg et al. (2000)	Trastornos alimentarios	No clínica	E-mail	12,90%	-	13,79% LE
Lange et al. (2000)	TEPT	Subclínica	E-mail	12,50%	-	-
Lange et al. (2001)	TEPT	Subclínica	E-mail	13,30%	-	20% LE
Lange et al. (2003)	TEPT	Subclínica	E-mail	36,07%	-	48,39% LE
Richards y Alverenga (2002)	Trastorno de pánico	Clínica	Cada semana por teléfono	36%	-	-
Carlbring et al. (2001)	Trastorno de pánico	Clínica	E-mail	12,2%	Sin información	-
Klein (2002)	Trastorno de pánico	Clínica	Teléfono E-mail	5,2%	16,7% ⁴	27,8% PL
Carlbring et al. (2003)	Trastorno de pánico	Clínica	E-mail	27% ⁵ 18% ⁶	-	-
Kenwright y Marks (2004)	Trastorno de pánico	Clínica	Por teléfono 113 minutos	0%	-	-
Carlbring et al.(2005)	Trastorno de pánico	Clínica	E-mail	12%	12,5% ³	-
Carlbring et al. (en prensa)	Trastorno de pánico	Clínica	E-mail Teléfono	10%	-	3,3% LE
Andersson et al. (en prensa)	Fobia social	Clínica	E-mail	6,25%	-	0% LE
Carlbring et al. (2006)	Fobia social	Clínica	E-mail	38%	-	-
Tratamientos totalmente autoadministrados						
Ström et al. (2004)	Insomnio	Clínica	Sin contacto	44,44%	-	7,27% LE
Andersson et al. (2001)	Tinnitus	Clínica	Sin contacto	51%	-	0% LE
Kenardy et al. (2003)	Trastornos de ansiedad	Subclínica	Sin contacto	13,95%	-	5% LE

Nota: PL: Grupo control placebo; LE: Grupo control lista de espera; ¹ Tratamiento autoadministrado vía Internet llamado MoodGYM; ² Tratamiento autoadministrado vía Internet llamado BluePages; ³ Tratamiento cara a cara; ⁴ Tratamiento mediante un libro de autoayuda; ⁵ Tratamiento cognitivo comportamental; ⁶ Tratamiento de relajación autoadministrado vía Internet.

Por lo que respecta al número de sesiones de exposición conviene recordar que el grupo que fue tratado mediante el programa “Háblame” realizó muchas más sesiones que el grupo tratado por el terapeuta (ver tabla 8). Esto parece indicar que cuando un participante tiene la oportunidad de practicar por él mismo el hablar en público, lo hace con más frecuencia que cuando tiene que desplazarse y quedar con el terapeuta, quizás eso sea un factor que pueda resultar de gran importancia para haber obtenido estos resultados en cuanto a similar eficacia con el tratamiento aplicado por el terapeuta.

Con respecto a la motivación de los participantes para comenzar el tratamiento y la satisfacción con éste vimos como los participantes informaron estar muy motivados antes del tratamiento y satisfechos después de éste. Posiblemente estaban muy satisfechos porque al final del tratamiento se cumplieron sus expectativas, esto es un dato muy relevante teniendo en cuenta que cuando se anuncio el programa no se indicaba en aquellos anuncios que tipo de tratamiento iban a recibir los participantes. En este sentido, los participantes hubieran podido haber rechazado el tratamiento, pero lo que observamos es que en general aceptan participar en el estudio, se muestran motivados para realizar el tratamiento y cuando lo terminan informan estar satisfechos con éste. Además los participantes confiaban en los tratamientos psicológicos y esperaban mejorar en la conducta objetivo principal. Por lo que respecta a la confianza en el tratamiento utilizado los participantes de ambas condiciones de tratamiento manifestaron confiar en la misma medida en la terapia recibida tanto antes como después del tratamiento. Los participantes estuvieron de acuerdo en que Internet es un medio en el que se puede encontrar información para solucionar problemas personales, además confiaban en los ordenadores como un instrumento para solucionar su problema y también confiaban en el tratamiento y también en ellos mismos para aplicarse el programa de tratamiento. Estas afirmaciones fueron las mismas para ambos tratamientos y se mantuvieron en el post-test y en los seguimientos. Así que nuestros datos muestran, al igual que apuntan los datos del grupo de investigación de Marks, que es posible diseñar protocolos de tratamiento apoyados en las nuevas tecnologías que sean de enorme utilidad para aligerar el trabajo de las personas que prestan sus servicios como clínicos en la sanidad pública, dada la gran presión asistencial. De esta forma se podrían aplicar tratamientos basados en la evidencia total o parcialmente autoadministrados para aligerar las largas listas de espera.

Por lo que respecta a la opinión del tratamiento, los participantes consideraron ambos tratamientos lógicos, fáciles de manejar y útiles, tanto en su totalidad como en

sus diferentes partes (componente educativo, cambio de pensamientos y componente de exposición). En general todos informaron estar bastante satisfechos con el programa de tratamiento, lo recomendarían a un amigo y no les pareció para nada aversivo. Esta alta aceptación de este nuevo método de aplicar la terapia puede ayudar a incrementar el número de gente que puede beneficiarse de los tratamientos psicológicos y que de otra forma no hubieran recibido tratamiento, por lo tanto, es un punto importante en el desarrollo de tratamientos autoadministrados vía Internet.

En resumen, el programa “Háblame” es un tratamiento totalmente autoadministrado vía Internet que ha demostrado ser tan eficaz como es el mismo protocolo de tratamiento aplicado por el terapeuta y ambos son más eficaces que un grupo control lista de espera. Estos resultados se mantienen en el tiempo. Estos datos apoyan a los vistos en tres estudios preliminares, un estudio de caso (Botella, Hofmann et al., 2004), una serie de 4 casos (Guillén, 2001) y una serie de 12 casos (Botella et al., en prensa). Hemos de destacar algunas de las características de este programa que consideramos han podido ser relevantes en la eficacia de este tratamiento. En primer lugar, “Háblame” es un programa de orientación cognitivo-comportamental que incluye una serie de componentes que previamente habían demostrado ser eficaces, como la exposición, la reestructuración cognitiva o la psicoeducación, de hecho se ajusta en buena medida a las recomendaciones de Heimberg et al. (1990) y a las directrices de lo que se considera en estos momentos los tratamientos de elección para la fobia social. Además, siguiendo las directrices clásicas en terapia de conducta se trata de un tratamiento totalmente estructurado. Por otro lado, el sistema también proporciona *feedback* a lo largo del proceso, por lo tanto, podemos decir que es una herramienta interactiva.

Una característica relevante del programa autoadministrado es que el participante no tiene un control completo de las tareas terapéuticas, es decir, el sistema ofrece un plan de tratamiento diferente en buena medida para cada participante, en función del rastreo que se hace en la evaluación de las situaciones que teme cada participante y sus conductas de evitación. Esto permite que los participantes se enfrenten a videos de audiencias reales que verdaderamente temen. El sistema también se asegura de que el participante avance en el programa sólo cuando ha superado el objetivo marcado en cada fase. Estas son características importantes que pueden hacer que nuestro programa de telepsicología sea una buena herramienta para el tratamiento del MHP.

Por lo que se refiere a los puntos débiles o críticas que se pueden hacer a nuestro trabajo, por una parte, comentar que la media de edad de los participantes fue 24,19, por lo tanto, se trataba de una muestra joven. Sería interesante en trabajos futuros administrar el tratamiento a una muestra más variada, ya que en general las personas mayores no utilizan tanto Internet como las jóvenes. También hemos visto que la mayoría de la muestra eran mujeres (83,7%), aunque esto es algo que normalmente sucede en la práctica clínica, las mujeres suelen buscar ayuda con mayor frecuencia que los hombres. También respecto a datos demográficos, la mayoría de los participantes tenían o estaban cursando estudios superiores, esto puede influir en el grado de manejo de las nuevas tecnologías, por esta razón también sería adecuado en estudios futuros utilizar una muestra más diversa.

Otra limitación a tener en cuenta es que la terapeuta que ha evaluado a los participantes y llevado a cabo la terapia en la condición aplicada por el terapeuta ha sido siempre la misma, la autora de esta tesis. Por lo que respecta a la evaluación de los participantes al principio del estudio un evaluador independiente también realizó la entrevista ADIS-IV (Brown et al., 1994) durante un tiempo a varios participantes, en estas evaluaciones se vio que el diagnóstico de ambos terapeutas tuvo una concordancia total en todos los participantes y se decidió no hacerlo de entonces en adelante.

Pese a estas limitaciones creemos que la combinación de las nuevas tecnologías con materiales de autoayuda es una alternativa útil que puede tener un gran futuro, ya que puede ayudar a superar algunos problemas relacionados con la administración de tratamientos efectivos en la salud mental. Uno de estos problemas es que siempre no es posible ofrecer tratamientos apropiados a todos los individuos que lo necesitan y otro problema es la falta de profesionales adecuadamente formados. Los programas de telepsicología autoadministrados ofrecen una serie de ventajas: a) necesitan menos tiempo de contacto con un profesional; b) recibir tratamiento en la propia casa asegura un alto grado de confidencialidad y minimiza el estigma asociado con recibir terapia psicológica; c) los pacientes que viven en áreas remotas no tienen que viajar para recibir tratamiento, y d) la flexibilidad en el horario hace que un mayor número de personas puedan acceder al programa de tratamiento, en este sentido, Winzelberg (1997) vio como el 66% de los participantes de un grupo con apoyo electrónico para trastornos alimentarios enviaron los mensajes entre las 18:00 y las 7:00, horario en el que la terapia tradicional no está disponible.

Por lo que respecta a los aspectos éticos en la terapia *online* los psicólogos que la llevamos a cabo tenemos tres puntos de referencia que ayudan a guiar nuestro ejercicio clínico, en la novena revisión del Código Ético del APA (2002) se dedica una sección especial a los estándares éticos para los psicólogos que utilizan Internet y otros medios de comunicación electrónicos, el documento “The provision of Psychological Services via the Internet and other non-direct means” elaborado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2001) y un documento realizado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña llamado “Recomendaciones i criteris deontològic de la intervenció psicològica mitjançant Internet”. Estos manuscritos hacen hincapié en dos áreas distintas, el área técnico-comercial, en la que se centran en el manejo de la tecnología, la seguridad de los intercambios y el almacenamiento de la información mediante el uso de programas adecuadamente encriptados y el cobro de los servicios, y el área profesional, en la que se asegura la calidad, idoneidad y eficacia de los servicios psicológicos proporcionados. En este sentido, el programa “Háblame” protege la confidencialidad de sus usuarios utilizando *passwords*, además tan solo los investigadores tienen acceso a los datos de los usuarios mediante un *password* que conocen sólo ellos. También se asegura la calidad de los servicios proporcionados presentando a los centros que han colaborado en la realización de este programa y poniendo un *link* con cada uno de ellos.

Respecto a las posibles líneas futuras de investigación es importante intentar disminuir la tasa de abandonos en los tratamientos autoadministrados vía Internet. Así que sería de utilidad diseñar estrategias para fomentar la colaboración, la motivación, y en definitiva la adherencia al tratamiento por parte de los participantes.

También conviene señalar que la condición experimental que hemos elegido para comparar la eficacia del programa “Háblame”, el mismo programa aplicado por el terapeuta, quizá fue demasiado “dura”. Por eso creemos que hubiera sido más equitativo comparar el programa “Háblame” con un libro de autoayuda formado por los mismos componentes, pero aún así hemos demostrado que el programa “Háblame” es tan eficaz como el mismo programa administrado por un terapeuta.

Finalmente, destacar que en el futuro van a hacer falta más estudios controlados en los que se someta a prueba la eficacia diferencial, ya sea frente a estrategias “blandas”, como libros de autoayuda, ya sea como hemos elegido nosotros, frente a condiciones experimentales más “duras” que cuentan con la presencia del terapeuta.

5. CONCLUSIONES

1. “Háblame”, un programa de tratamiento totalmente autoadministrado vía Internet, ha demostrado ser eficaz para superar el MHP.
2. Los mismos componentes del programa “Háblame” aplicados por un terapeuta han demostrado ser un tratamiento eficaz para el MHP.
3. El programa totalmente autoadministrado “Háblame” ha demostrado ser tan eficaz como el mismo programa aplicado por un terapeuta.
4. El programa “Háblame” y el mismo programa aplicado por el terapeuta han demostrado ser más eficaces que el grupo control lista de espera, ya que se obtuvieron diferencias significativas en los programas de tratamiento frente al grupo de lista de espera.
5. Los logros obtenidos por ambos tratamientos se han mantenido en el seguimiento a los 3 y los 6 meses.

REFERENCIAS

- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N. y Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 685-90.
- Agras, W. S., Taylor, C. B., Feldman, D. E., Losch, M. y Burnett, K. F. (1990). Developing computer-assisted therapy for the treatment of obesity. *Behavior Therapy, 21*, 99-109.
- Al-kubaisy, T., Marks, I. M., Logsdail, S., Marks, M. P., Novell, K., Sungur, M. y Araya, R. (1992). Role of exposure homework in phobic reduction: A controlled study. *Behavior Therapy, 23*, 599-621.
- Allgulander, C. (1999). Paroxetine in social anxiety disorder: A randomized placebo-controlled Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 100*, 193-198.
- Alstroem, J. E., Nordlund, C. L., Persson, G., Harding, M. y Ljungqvist, C., (1984). Effects of four treatment methods on social phobics patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 70*, 97-110.
- Altmaier, E. M., Ross, S. L., Leary, M. R. y Thornbrough, M. (1982). Matching stress inoculation's treatment components to client's anxiety mode. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 331-334.
- American Psychiatric Association (APA) (1978). *Report of the task force on self-help therapies*. Washington, D. C.: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1981).
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. Rev.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5ª ed.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 2002).
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.
- Anderson, P., Rothbaum, B. O. y Hodges, L. F. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 240-247.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Spertan, L., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrmen, M. y Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and

- in-vivo group exposure for social phobia: a randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686.
- Andersson, G., Lundström, P. y Ström, L. (2003). Internet-based treatment of headache: does telephone contact add anything?. *Headache*, 43, 353-361.
- Andersson, G., Strömngren, T., Ström, L. y Lyttkens, L. (2001). Randomized Controlled Trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Distress Associated With Tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 64, 810-816.
- André, C. y Légeron, P. (1995). Social phobia: clinical and therapeutic approach. *L'encéphale*, 21, 1-13.
- Anthony, M. M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 826-834.
- Anthony, M. M. y Swinson, R. P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M. y Roemer, L. M. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Press.
- Ascher, L. M. y Schotte, D. E. (1999). Paradoxical intention and recursive anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 71-79.
- Ayres, J. y Hopf, T. S. (1989). Visualization: Is it more than extra-attention? *Communication Education*, 38, 1-5.
- Bachofen, Nakagama, Marks, Park, J., Greist, J. H., Baer, L., Wenzel, K. W., Parkin, J. R. y Dottl, S. (1999). Home self-assessment and self-treatment of obsessive-compulsive disorder using a manual and a computer- conducted telephon interview: replication of a U.K.-U.S. Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 8, 545-549.
- Bados, A. (1986). Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (1987a). Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público – I. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 165-189.
- Bados, A. (1987b). Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público – II. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 197-231.
- Bados, A. (1987c). Diferencia entre grupos de poco y mucho miedo a hablar en público: Revisión de la literatura. *Revista de Análisis de Comportamiento*, 3, 223-230.
- Bados, A. (1987d). Diferencias en medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas entre grupos de poco y mucho miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, 443-469.

- Bados, A. (1995). Habilidades de afrontamiento al estrés: Intervención para hablar en público. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.), *Psicología y salud*. Madrid: Dykinson.
- Bados, A. (2001). Habilidades de afrontamiento al estrés: Intervención para hablar en público. En J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Más (Eds.), *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.
- Bados, A. (2002). *Miedo a hablar en público: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Bados, A. y Saldaña, C. (1987). Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de conducta*, 13, 657-684.
- Baer, L., Cukor, P., Jenike, M. A., Leahy, L., O'Laughlen, J. y Coyle (1995). Pilot Studies of telemedicine for patients with Obsessive-Compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1383-1385.
- Baer, L., Minichiello, W. E. y Janike, M. A. (1987). Use of a portable computer program in behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1101.
- Baer, L., Minichiello, W. E., Janike, M. A. y Holland, A. (1988). Use of portable computer program to assist behavioral treatment in case of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Psychiatry*, 19, 237-240.
- Baker, B. L., Cohen, D. C. y Saunders, J. T. (1973). Self-directed desensitization of acrophobia. *Behavior Therapy*, 11, 78-89.
- Baldwin, D., Bobes, J., Stein, D.J., Scharwächter I. y Faure, M. (1995). Perspective: On the definition and evaluation of telemedicine. *Telemedicine Journal*, 1, 19-30.
- Banshur, R. L. (1995). Perspective: On the definition and evaluation of telemedicine. *Telemedicine Journal*, 1, 19-30.
- Baños, R. M., Gallardo, M., Medina, P., Jorquera, M., Botella, C., Quero, S. y Perpiñá, C. (2006). The Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI): Evaluation of psychometric properties in a Spanish sample. Manuscrito en preparación.
- Baños, R. M., Botella, C., Perpiñá, C. y Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud*, 12, 391-404.
- Baños, R. M., Botella, C. y Quero, S. (2000). Efectos del entrenamiento en focalización de la atención en la fobia social: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 441-463.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.

- Barlow, D. H. & Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic II*. New York: Graywind Publications.
- Beck, S., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Ergbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. y Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The depression inventory. Psychological measurements in psychopharmacology. En P. Pichot y R. Olivier-Martin (Eds.), *Psychological measurements in psychopharmacology* (pp. 267). Oxford, England: S. Karger.
- Beck, A. T., Rial, W. Y. y Richels, K. (1974). Short form of Depression Inventory (Cross-validation). *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Beidel, D. C., Tuner, S. M. y Cooley, M. R. (1993). Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 331-337.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Jacob, R. G. y Cooley, M. R. (1989). Assessment of social phobia: Reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 149-158.
- Bentson, S. B. (1975). Symbolic modeling and the effects of relevant observer-model similarity in the treatment of public-speaking anxiety. *Dissertation Abstracts International*, 35, 6086B.
- Biglan, A., Villwock, C. y Wick, S. (1979). The feasibility of a computer controlled program for the treatment of test anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 47-49.
- Binik, Y. M., Servan-Schreiber, .D., Freiwald, S. y Hall, K. S. (1988). Intelligent computer-based assessment and psychotherapy: An expert system for sexual dysfunction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 387-400.
- Binik, Y. M., Westbury, C. F. y Servan-Schreiber, D. (1989). Interaction with a "sexexpert" system enhances attitudes toward computerized sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 303-306.
- Blackmon, L. A., Kaak H. O. y Ranseen, J. (1997). Consumer satisfaction with telemedicine child psychiatry consultation in rural Kentucky. *Psychiatric Services*, 48, 1464-1466.
- Bloom, B. L. (1992). Computer-assisted psychological interventions: a review and commentary. *Clinical Psychology Review*, 12, 169-197.
- Borkovec, T. D. y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.

- Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F. y Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 533-541.
- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., Perpiña, C., Alcañiz, M. & Pons, A. (2000). Telepsychology: Public Speaking Fear Treatment on the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 959-968.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiña, C. (1988). Entrevista de admisión para los pacientes que solicitan ayuda psicológica. Manuscrito no publicado.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiña, C. (2001a). Escala de expectativas de cambio y motivación hacia el tratamiento. Manuscrito no publicado.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiña, C. (2001b). Cuestionario de confianza hacia el programa de tratamiento. Manuscrito no publicado.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiña, C. (2003). *Fobia social. Avances en psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós.
- Perpiña, C., Botella, C. y Baños, R. M. (1997). Realidad Virtual y psicología: Un heurístico en ambas direcciones. *Psicologemas*, 11, 127-146.
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiña, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, B. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.
- Botella, C., Baños, R. M., Villa, H., Perpiña, C. y García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- Botella, C. y García-Palacios, A. (1999). The possibility of reducing therapist contact and total length of therapy in the treatment of panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 231-247.
- Botella, C., Guillen, V., Baños, R. M., Garcia-Palacios, A., Gallego, M. J. & Alcañiz, M. (en prensa). Telepsychology and self-help: the treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Botella, C., Hofmann, S. G., y Moscovitz, D. A. (2004). A self-applied Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-10.
- Botella, C., Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 311-323.

- Botella, C., Perpiña, C. y Baños, R. (2000). La utilidad de la realidad virtual en el ámbito de la psicología clínica. *Revista Medica Delfos*, 4, 20-25.
- Botella, C., Quero, S., Lasso de la vega, N., Baños, R., Guillén, V., García-palacios, A. y Castilla, D. (2006). Clinical Issues in the application of Virtual reality to treatment of PTSD. En M. Roy (Ed.), *Novel approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. NATO Security Through Science Series* (vol. 6). Amsterdam: IOS Press.
- Botella, C., Villa, H., García-Palacios, A., Baños, R. M., Perpiñá, C. y Alcañiz, M. (2004). Clinically significant virtual environments for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Cyberpsychology and Behavior*, 7, 527-535.
- Botella, C., Villa, H., García-Palacios, A., Baños, R. M., Alcañiz, M. y Riva, G. (en prensa). Virtual Reality Exposure in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A comparison with In Vivo Exposure. *Behaviour Research and Therapy*.
- Bowers, W., Stuart, S. y MacFarlane, R. (1993). Use of computer-administered cognitive-behavior therapy with depressed patients. *Depression*, 1, 294-299.
- Brandon, T. H., Copeland, A. L. y Saper, Z. L. (1995). Programmed therapeutic messages as a smoking treatment adjunct: reducing the impact of negative affect. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association*, 14, 41-47.
- Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADS-IV). Adult and Lifetime version. Clinician Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. g., Juster, H. R., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and The Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9, 21-27.
- Burnett, K. F., Magel, P. M., Harrington, S. y Taylor, C. B. (1989). Computer assisted behavioral health counselling for high school students. *Journal of Counselling Psychology*, 36, 63-67.
- Burnett, K. F., Taylor, C. B. y Agras, W. S. (1985). Ambulatory computer-assisted therapy for obesity: A new frontier for behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 698-703.

- Burnett, K. F., Taylor, C. B. y Agras, W. S. (1992). Ambulatory computer-assisted behavior therapy for obesity: An empirical model for examining behavioral correlates of treatment outcome. *Computers in Human Behavior*, 8, 239-248.
- Burnley, M. C., Cross, P. A. y Spanos, N. P. (1992). The effects of stress inoculation training and skills training on the treatment of speech anxiety. *Imagination, Cognition and Personality*, 12, 355-366.
- Butler, G. (1985). Exposures as a treatment for social phobia. Some instructive difficulties. *Behavior Research and Therapy*, 23, 651-659.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. y Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.
- Scogin, F., Bynum, J. y Stephens, G. (1990). Efficacy of Self-Administered Treatment Programs: Meta-Analytic Review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 42-47.
- Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Caballo, V. E. (1993). Relationships among some behavioral and self-report measures of social skills. *Psicología Conductual*, 52, 642-650.
- Caballo, V. E. (1995). Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 121-131.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (2ª edición). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. y Carrobes, J. A. I. (1988). Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 93-114.
- Capner, M. (1999). Tele-psychology: What is the role of telehealth in the provision of psychological services to rural and remote communities?
http://www.telehealth.org.au/discussion_papers/Psychessay.html
- Carlbring, P., Björnstjerna, E., Bergström, A. F., Waara, J. y Andersson, G. (en prensa). Applied relaxation: an experimental analogue study of therapist vs. computer administration. *Computers in Human Behavior*.
- Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B., Ekselius, L. y Andersson, G. (en prensa). A randomized trial of Internet-based cognitive behavioral therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry*.

- Carlbring, P., Ekselius, L. & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. Applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*, 129-140.
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L. y Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychology*, *10*, 30-38.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Ceciclia, K., Buhrman, M., Kaldo, V., Söderberg, M., Ekselius, L. y Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1321-1333.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L. y Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, *32*, 751-764.
- Carlin, A. S., Hoffman, H. G. y Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 153-158.
- Carr, A. C., Gosh, A. y Marks, I. M. (1988). Computer-supervised exposure treatment for phobias”, *Canadian Journal of Psychiatry*, *33*, 11-117.
- Cavanagh, K., Shapiro, D., Van Den Berg, S., Swain, S., Proudfoot, J. y Barkham, M. (2004). The effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy in routine care. Manuscrito no publicado.
- Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Springer, E. A., Dev, P. y Taylor, C. B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an internet and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 650-657.
- Chandler, F. J., Burck, H. y Sampson, J. P. (1986). A generic computer program for systematic desensitization: Description, construction, and case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *17*, 171-174.
- Chandler, G. M., Burck, H., Sampson, J. P. y Wray, R. (1988). The effectiveness of generic computer program for systematic desensitisation. *Computers in Human Behavior*, *4*, 339-346.
- Cho, Y. (2001). Cognitive assessment of speech anxiety: development and validation of an automatic thoughts questionnaire. *Korean Journal of Clinical Psychology*, *19*, 221-240.

- Cho, Y., Smits, J. A. J. y Telch, M. J. (2004). The Speech Anxiety Thoughts Inventory: scale development and preliminary psychometric data. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 13-25.
- Cho, Y., y Won, H. (1997). Cognitive assessment of social anxiety: a study on the development and validation of the social interactionself-efficacy scale. *Issues in Psychological Research*, 4, 397-434.
- Choi, Y. H., Jang, D. P., Ku, J. H., M. B., Shin, M. B. y Kim, S. I. (2001). Short-term treatment of acrophobia with virtual reality therapy (VRT): A case report. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 349-454.
- Christensen, H., Griffiths, K. M. y Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 265-268.
- Christensen, H., Griffiths, K. M. y Korten, A. (2002). Web-based Cognitive Behavior Therapy: Analysis of Sites Usage and Changes in Depression and Anxiety Scores. *Journal of Medical Internet Research*, 4, e3.
- Clark, D. B., Tuner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. y Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assesment*, 6, 135-140.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D.A. Hope y F. R. Schneier, *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford Press.
- Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C., Lynch, F. y Nunley, S. (2002). Overcoming Depression on the Internet (ODIN): A Randomized Controlled Trial of an Internet Depression Skills Intervention Program. *Journal of Medical Internet Research*, 4, e14.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd Edn. Hillsdale: NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coldwell, S. E., Getz, T., Milgrom, P., Prall, C.W., Spadafora, A y Ramsay, D.S. (1998). CARL; A LabView 3 computer program for conducting exposure therapy for the treatment of dental injection fear. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 429-441.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- Conde, V. y Franch, J. I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. y Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 176, 379-386.
- Côte, G., Gauthier, J. G., Laberge, B., Cormier, H. J. y Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 8, 123-145.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139-147.
- Curry, S. J., Ludman, E. J. y McClure, J. (2003). Self-administered treatment for smoking cessation. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 305-319.
- Curry, S. J., McBride, C., Grothaus, L. C., Louie, D. y Wagner, E. (1995). A randomized trial of self-help materials, personalized feedback and telephone counselling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1005-1014.
- Daly, J. A. y McCroskey, J. C. (1975). Occupational desirability and choice as a function of communication apprehension. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 309-313.
- Davidson, J. R. T., Miner, C. M., De Veugh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colkert, J. T. y Potts, N. L. S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 27, 161-166.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, R. R., Smith, R. D. y Wilson, W. H. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48-51.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Krishnan, R., Ford, S. M., Smith, R. y Wilson, W. H. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 423-428.
- Davidson, J. R., Tupler, L. A. y Potts, N. L. S. (1994). Treatment of social phobia with benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychology*, 5, 28-32.
- Dawson, R. W. (1982). Comparative contributions of cognitive behaviour therapy strategies in the treatment of speech anxiety. *Australian Journal of Psychology*, 34, 297-308.

- Deffenbacher, J. L. y Payne, D. M. (1977). Two procedures for relaxation as self-control in the treatment of communication apprehension. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 255-258.
- Den Boer, J. A., van Vliet, I. M. y Westenberg, H. G. M. (1995). Recent developments in the psychopharmacology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 309-316.
- Deveneni, T. y Blanchard, E. B. (2005). A randomized controlled trial of an internet-based treatment for headache. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 277-292.
- Difede, J. y Hoffman, H. G. (2002). Virtual reality exposure therapy for World Trade Center Post-traumatic Stress Disorder: a case report. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 529-535.
- Di Nardo, P. A. y Barlow, D. H. (1988). *Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R)*. Albany, NY, Graywind.
- Di Nardo, P. A., Brown, E. L. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. Albany, Nueva York: Gaywind Publications Incorporated.
- Di Nardo, P. A., Brown, E. L., Lawton, J. K. y Barlow, D. H. (1995). The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Lifetime Version: Description and initial evidence for diagnostic reliability. Comunicación presentada en *The Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. Washington, D. C.
- Di Nardo, P. A., Moraas, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M. y Brown, E. L. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorders categories: Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Dobson, K. S. y Shaw, B. F. (1988). The use of treatment manuals in cognitive therapy: experience and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 673-680.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (1988). Evaluation of the social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211-222.
- Dolezal-Wood, S., Belar, C. D. y Snibbe, J. (1998). A Comparison of Computer-Assisted Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5, 103-115.
- Donahue, B. C., Van Hasselt, V. B. y Hersen, M. (1994). Behavioral assessment and treatment of social phobia. *Behavior Modification*, 18, 262-288.
- Donner, L. y Guerny, B. G. (1969). Automated group desensitization for test anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 1-13.

- Dwyer, K. K. (2000). The multidimensional model: Teaching students to self-manage high communication apprehension by self-selecting treatments. *Communication Education*, 49, 72-81.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: Propiedades psicométricas en contextos clínicos. Análisis en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 325-338.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Tratamiento cognitivo-comportamental de la violencia en el hogar: un caso clínico de un maltratador. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 579-614.
- Elgar, F. J. y McGrath, P. J. (2003). Self-administered psychosocial treatments for children and families. *Journal of Clinical Psychology*.
- Emer, D. J. (1999). Experience with a rural telepsychiatry clinic for children and adolescents. *Psychiatric Services*, 50, 260-261.
- Emmelkamp, P. M. G., Bruynzeel, M., Drost, L. y Van der Mast, C. A. P. G. (2001). Virtual reality treatment in acrophobia: A comparison with exposure in vivo. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 335-339.
- Emmelkamp, P. M. G., Kjrjn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J. y van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- European Federation of Psychologists Associations (EFPA) (2001). *The provision of Psychological Services via the Internet and other non-direct mean*. <http://www.efpa.be>. (versión en castellano en Bermejo, V., Del Río, C., Díaz, R. et al. (2004). *Ética y deontología para psicólogos*. Madrid: COP).
- Fablen, T., Nilsson, H. L., Borg, K., Humber, M. y Pauli, U. (1995). Social phobia: The clinical efficacy of tolerability of the monoamine oxidase-A and serotonin uptake inhibitor brofaromine: A double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 351-358.

- Falloon, I. R., Lloyd, C. C. y Harpin, R. E. (1981). The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with non-professional therapists. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *169*, 180-184.
- Farrel, A. D., Rabinowitz, J. A., Wallander, J. L. y Curran, J. P. (1985). An evaluation of two formats for the intermediate-level assessment of social skills. *Behavioral Assessment*, *7*, 155-171.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1997). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-IP)*. Nueva York: New York State Psychiatric Institute (versión en castellano en Editorial Masson, 1999).
- Fisher, C. B. y Fried, A. L. (2003). Internet-mediated psychological services and the American Psychological Association Ethics Code. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *40*, 103-111.
- Fox, J. E., y Houston, B. K. (1981). Efficacy of self-instructional training of reducing children's anxiety in an evaluative situation. *Behaviour Research and Therapy*, *19*, 509-515.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 84-93.
- Funmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, *30*, 1335-1344.
- Fydrich, T., Chambless, D. L., Perry, K. J., Buergener, F. y Beazley, M. B. (1998). Behavioral assessment of social performance: rating system for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 995-1010.
- Gega, L., Marks, I. y Mataix-Cols, D. (2004). Computer-Aided CBT Self-Help for Anxiety and Depressive Disorders: Experience of a London Clinic and Future Directions, *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 147-157.
- Gallardo, M. (2001). Delimitación de subtipos clínicos en fobia social. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Valencia.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Tuner, S. M. (2001). Psychometric Properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social

- Avoidance and Distress Scale in an Adolescent Spanish-Speaking sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness III, T. A. y Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 983-993.
- Gatchel, R. J., Hatch, J. P., Watson, P. J., Smith, D. y Gaas, E. (1977). Comparative effectiveness of voluntary heart-rate control and muscular relaxation as active coping skills for reducing speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1093-1100.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E. y Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.
- Germer, W. A. (1975). Effectiveness of cognitive modification, desensitization, and rational-emotive therapy in the treatment of speech anxiety. *Dissertation Abstracts Internacional*, 36, 907B-908B.
- Ghosh, A. y Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-16.
- Ghosh, A. y Marks, I. M y Carr, A. C. (1984). Controlled study of self-exposure treatment for phobics: Preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 77, 483-487.
- Ghosh, A., Marks, I. M. y Carr, A. C. (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias. *British Journal of Psychiatry*, 152, 234-238.
- Gil, F. (1983a). Eficacia de distintos programas aplicados a un problema específico en las relaciones sociales. *Informes de psicología*, 2, 209-223.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in collage speech classes. *Speech Monography*, 9, 141-160.
- Glasgow, R. y Rosen, G. (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 85, 1-23.
- Glasgow, R. y Rosen, G. (1982). Self-help behavior therapy manuals: Recent development and clinical usage. *Clinical Behavior Therapy Review*, 1, 1-20.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L. y Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social phobia: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.

- Glass, C. R. y Arnkoff, D. B. (1989). Behavioral Assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 75-90.
- Glogower, F. D., Fremouw, W. J. y McCroskey, J. C. (1978). A component analysis of cognitive restructuring. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 209-223.
- Gosh, A. y Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior therapy*, 18, 3-15.
- Gosh, A., Marks, I. M. y Carr, A. C. (1984). Controlled study of self-exposure treatment for phobics: Preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 77, 483-487.
- Gosh, A., Marks, I. M. y Carr, A. C. (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias: A controlled study. *British journal of psychiatry*, 152, 234-238.
- Gould, R. A. y Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13, 169-186.
- Graham, M. A. (1996). Telepsychiatry in Appalachia. *American Behavioral Scientist*, 39, 602-615.
- Gross, R. T. y Fremow, W. J. (1982). Cognitive restructuring and progressive relaxation for treatment of empirical subtypes of speech-anxious subjects. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 429-436.
- Gruber, K. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral treatment package for social anxiety. En W. Roth y I. Yalom (Eds.). *Treating anxiety disorders*. San Francisco: Jossey Bass.
- Gruber, K., Moran, P. J., Roth, W. T. y Taylor, C. B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 32, 155-165.
- Gruber, K., Taylor, C. B. y Roth, W. T. (1996). *Pocket computer-assisted therapy of social phobics*. Un poster presentado en *The annual meeting of Association for Advancement of Behavior Therapy*. New York, NY.
- Guillén, V. (2001). Miedo a hablar en público: un tratamiento autoaplicado en internet. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de Valencia.
- Guy, W. (1976). ECDEU. *Assessment Manual for Psychopharmacology Revised*. NIMH Publ. DHEW Publ. No (Adm) 76-338.
- Harb, G. C., Eng, W. Zaidler, T. y Heimberg, R. G. (2003). Behavioral assessment of public-speaking anxiety using a modified version of the Social Performance Scale. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1373-1380.

- Harris, S. R., Kemmerling, R. L. y North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 543-550.
- Harvey, R. J., Roques, P. K., Fox, N. C. y Rosor M. N. (1998). Counseling and diagnosis in dementia: A national telemedicine service supporting the care of younger patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 381-388.
- Haas, L. J., Benedict, J. G. y Kobos, J. C. (1996). Psychotherapy by telephone: Risks and benefits of psychologists and consumers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 154-160.
- Hayes, B. J. y Marshall, W. L. (1984). Generalization of treatment effects in training public speaker. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 519-533.
- Heather, N., Champion, P. D., Neville, R. G. y Maccabe, D. (1987). Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *The Journal of The Royal College of General Practitioners*, 37, 358-363.
- Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatic*, 29, 27-38.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K. y Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. y Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G. y Holt, C. S. (1989). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia: A report to the social phobia subgroup for DSM-IV. Manuscrito no publicado.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: literature review. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy versus phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.

- Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A. y Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S. y Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357-368.
- Heter, R. K. y Delaney, H. D. (1997). Behavioral Self-Control Program for Windows: Results of a Controlled Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 686-693.
- Hill, S. (1997). *Lessons from the Australian experience: Stage one interim report of the telemedicine evaluation project*. Centre for the Study of Clinical Practice: St. Vincent's Hospital.
- Heuett, B. L. (1999). Intervention integration: Treatment assessment for communication apprehension (public speaking). *Dissertation Abstracts Internacional: Section B, The Sciences and Engineering*, 60 (4-B), 1854.
- Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Carlin, A., Furness III, Thomas A. y Botella, C. (2003). Interfaces That Heal: Coupling Real and Virtual Objects to Treat Spider Phobia. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 16, 283-301.
- Hofmann, S. G., Mouret, A. E., Smits, J. A., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., Shiekh, M. y Otto, M. W. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 298-304.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive Mediation of Treatment Change in Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 392-399.
- Hofmann, S. G. y DiBartolo, P. M. (2000). An Instrument to Assess Self-Statements During Public Speaking: Scale Development and Preliminary Psychometric Properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Hofmann, S. G., Ehlers, A. y Roth, W. T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 567-571.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A. y Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63-77.
- Hopf, T., Ayres, J., Ayres, F. y Baker B. (1995). Does self-help material work? Testing a manual designed to help trainers construct public speaking apprehension reduction workshops. *Communication Research Reports*, 12, 34-38.

- Internacional Multicenter Clinical Trial Group on Moclobemide in Social Phobia (1997). Moclobemide in social phobia. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 71-80.
- Irurtia, M. J., Alcázar, A. I. R., Caballo, V. E., Olivares Rodríguez, J. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 539-562
- Jacobs, P. (1999). Evaluation of a telepsychiatry pilot project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 38-46.
- Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L. G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 171-180.
- Jones, B. N. y Ruskin, P. E. (2001). Telemedicine and geriatric psychiatry: Directions for future research and policy. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14, 59-62.
- Kahan, M., Tanzer, J., Darvin, D. y Borer, F. (2000). Virtual reality-assisted cognitive-behavioral treatment for fear of flying: Acute treatment and follow-up. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 387-392.
- Kalucy, R. S. (1998). Telepsychiatry in South Australia. *Journal of telemedicine and telecare*, 4, 746-755.
- Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G. y Krijn, M. (2002). Specific phobia. In Hersen, M. (Ed.), *Clinical behavior therapy, adults and children* (pp. 75-89). New York: John Wiley & Sons.
- Karst, T. O. y Trexler, L. (1970). An inicial study using fixed-role and rational-emotive therapy in treating public speaking anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 360-366.
- Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., Creist, J. H., Jefferson, J. W., Mantle, J. M. y Serlin, R. C. (1995). Sertraline for social phobia: A double-blind, placebo-controlled crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1368-1371.
- Kavanagh, S. y Hawker, F. (2001). The fall and rise of the South Australia telepsychiatry network. *Journal of telemedicine and telecare*, 7, 41-43.
- Kavanagh, S. J. y Yellowlees, P.M. (1994); Telemedicine—clinical applications in mental health. *Australian Family Physician*, 24, 13242-13247.
- Kenardy, J. y Adams, C. (1993). Computers in Cognitive-Behaviour Therapy. *Australian Psychologist*, 28, 189-194.

- Kenardy, J., McCafferty, K. y Rosa, V. (2003). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 279-289.
- Kenwright, M., Liness, S. y Marks, I. (2001). Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic. *British Journal of Psychiatry*, 179, 456-459.
- Kenwright, M. y Marks, I. M. (2004). Computer-aided self-help for phobia/panic via Internet at home: A pilot study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 448-449.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Stein, M. B. y Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 613-619.
- King, S. A. y Poulos, S. T. (1998). Using the Internet to treat generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 29-36.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behaviour therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 76-88.
- Klein, B. (2002). A Randomised Controlled Trial of Internet-based Treatment for Panic Disorder. Tesis doctoral no publicada, University of Ballarat.
- Klein, B. y Richards, J. C. (2001). A brief internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 131-136.
- Klorman, R., Weerts, T. C., Hastings, J. E., Melamed, B. G. y Lang, P. J. (1974). Psychometric description of some specific-fear questionnaires. *Behavior Therapy*, 5, 401-409.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M. G., Biemond, R., de Wilde de Ligny, C., Schuemie, M. J., y van der Mast, C. A. P. G. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: The role of immersion and presence. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 229-239.
- Landau, B. M. (2001). Psychotherapy online in 2001: For psychotherapist new to the Internet. *Journal of Mental Imagery*, 25, 62-82.
- Lang, P. J., Levin, D. M., Miller, G. A. y Kozak, M. J. (1983). Fear behavior fear imagery, and the psychophysiology of emotion: the problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 276-306.

- Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B. y Emmelkamp, P. M. G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 73-90.
- Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J. P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P. M. G., van der Kolk, J., Lydsdottir, L., Massaro, M. y Reuvers, A. (2000). "Interapy": the effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 175-192.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J. P., Schrieken, B. y Emmelkamp, P. M. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 71, 901-9.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Lee, J. M., Ku, J. H., Jango, D. P., Kim, D. H., Choi, Y. H., Kim, I. Y. y Kim, S. I. (2002). Virtual reality system for treatment of the fear of public speaking using image-based rendering and moving pictures. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 191-195.
- Lent, R. W., Russell, R. K., y Zamostny, K. P. (1981). Comparison of cue-controlled desensitization, rational restructuring and a credible placebo in the treatment of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 608-610.
- Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Le Tendre, D. (1976). Anxiety-relief conditioning: An empirical investigation. *Dissertation Abstracts Internacional*, 38, 3403B.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S. H., Bruch, M. A., Marshall, R. D. y Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Campeas, R., Hollander, F., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R. y Klein, D. F. (1992). Phenelzine versus atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300.

- Lindberg, C. C. (1997). Implementation of in-home telemedicine in rural Kansas: Answering an elder patient's needs. *Journal of the American Medical Information Association*, 14-17.
- Little, J. M., (1977). The relative contribution of thought stopping and covert assertion in the treatment of speech anxiety. *Dissertation Abstracts International*, 38, 1890B.
- Lombardo, T. W. (1942). Personal Report of Confidence as a Speaker. En M. Hersen y A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 347-348). New York: Pergamon Press.
- Lott, M., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Kobak, K. A., Katzelnick, D. J., Katz, R. J. y Schaettle, S. C. (1997). Brofaromine for social phobia: A multicenter, placebo-controlled, double-blind study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 255-260.
- Lucas, R. A. y Telch, M. J. (1993). Group versus individual treatment of social phobia. Comunicación presentada en *The Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. Atlanta, GA.
- Lynd, R. S. (1976). Anxiety relief, progressive muscle relaxation, and expectancy relaxation in the treatment of speech phobia. *Dissertation Abstracts International*, 37, 3083B.
- Mains, J. A. y Scogin (2003). The Effectiveness of Self-Administered Treatments: a Practice-Friendly Review of the Research. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 237-246.
- Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M. y Allen, G. J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1112-1118.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. y Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Marks, I. M., Baer, L., Greist, J. H., Park, J., Bachofen, M., Nakagawa, A., Wenzel, K. W., Parkin, J. R., Manzo, P. S., Dottl, S. L. y Mantle, J. M. (1998). Home self-assessment of obsessive-compulsive disorder: use of a manual and a computer-conducted telephone interview: two UK-US studies. *British Journal Psychiatry*, 172, 406-412.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Wittaker, M. y Mataix-Cols, D. (2003). Computer-guided self-help for panic/ phobic disorder cut per-patient time with a clinician: a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.

- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., O'Brien, T. y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomised controlled trial in panic/ phobia disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.
- Marks, I. M. y Matthews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Marrs, R. W. (1995). A Meta-Analysis of Bibliotherapy Studies. *American Journal of Community Psychology*, 6, 843-870.
- Marshall, W. L. y Andrews, W. R. (1972). *A manual for the self-management of public speaking anxiety*. Kingston, Canada: McArthur College Press.
- Marshall, W. L., Presse, L. y Andrews, W. R. (1976). A self-administered program for public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 33-40.
- Marshall, W. L., Stoian, M. y Andrews, W. R. (1977). Skills training and self-administered desensitization in the reduction of public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 115-117.
- Marzillier, J. S., Lambert, C., y Kelley, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 225-238.
- Mathews, A. M., Teasdale, J., Munby, M., Johnston, D. y Shaw, P. (1977). A home-based treatment program for agoraphobics. *Behavior Therapy*, 8, 915-924.
- Mattick, R. P. y Clarke, (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mattick, R. P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior therapy*, 20, 3-23.
- MCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D. A., Ison, S., Gray, J. A., Goldberg, D., Mann, A., Marks, I., Everitt, B. y Tylee, A. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care. *British Journal Psychiatry*, 185, 55-62.
- McLean, P. D. y Woody, S. R. (2001). *Anxiety disorders in adults: An evidence-based approach to psychological treatment*. New York, NY, US: Oxford University Press.

- McMaCroskey, J. C. (1972). The implementation of a large-scale program of systematic desensitization for communication apprehension. *Speech Teacher*, 21, 255-264.
- McMaCroskey, J. C. (1978). Validity of the PRCA as an index of oral communication apprehension. *Communication Monographs*, 45, 192-203.
- McMaCroskey, J. C. (1997). *An introduction to rhetorical communication*. Boston: Allyn & Bacon.
- McNeil, D. W., Ries, B. J. y Turk, C. L. (1995). Behavioral assessment: Self-report, physiology, and overt behavior. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneider (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York, Guilford Press.
- Méndez, F. J., Inglés, C. J. y Hidalgo, M. D. (1999). Propiedades psicométricas del cuestionario de confianza para hablar en público: estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 1, 65-74.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. y Hidalgo, M. D. (2004). La versión Española abreviada del “Cuestionario de Confianza para Hablar en Público” (Personal Report of Confidence as Speaker): Fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 12, 25-42.
- Meichenbaum, D., Gilmore, J. B. y Fedoravicious, A. (1971). Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 410-421.
- Miller, J. K. y Gergen, K. J. (1998). Life on the line: the therapeutic potentials of computer mediated conversation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 189-202.
- Miller, W. R., Gribskov, C. J. y Mortell, R. L. (1981). Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *The International Journal of The Addictions*, 16, 1247-54.
- Moore, K., Wiederhold, B. K., Wiederhold, M. D. y Riva, G. (2002). Panic and agoraphobia in a virtual world. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 197-202.
- Morris, L. M. y Thomas, C. R. (1973). Treatment of phobias by a self-administered desensitization technique. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 397-399.
- Mülherberg, A., Herrmann, M. J., Wiedemann, G., Ellgring, H. y Pauli, P. (2001). Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1033-1050.

- Mühlberger, A., Wiedemann, G. y Pauli, P. (2003). Efficacy of a one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research, 13*, 323-336.
- Murray, K., Pombo-Carril, M. G., Barra-Carril, N., Grover, M., Ried, Y., Birchall, H., Williams, C., Treasure, J. y Schmidt, U. (2003). Factors determining uptake of CD-ROM based self-help treatment for bulimia: patient characteristics and subjective appraisals of self-help treatment. *European Eating Disorders Review, 11*, 243-260.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Ovaschel, H., Anthony, J., Boyd, J. H., Burke, J. D., Kraemer, M., y Stolzman, R. (1984). Six months prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry, 41*, 959-967.
- Myers, R. M. (1974). Validation of systematic desensitization of speech anxiety through galvanic skin response. *Speech Monographs, 41*, 233-235.
- Mylar, J. y Clement, P. (1972). Prediction and comparison of outcome in systematic desensitization and implosion. *Behaviour Research and Therapy, 10*, 235-246.
- Newman, M. G., Consoli, A. y Taylor, C. B. (1997). Computers in assessment and cognitive behavioral treatment of clinical disorders: Anxiety as a case in point. *Behavior Therapy, 28*, 211-235.
- Newman, M. G., Consoli, A. y Taylor, C. B. (1999). A palmtop computer program for the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23*, 597-619.
- Newman, M. G., Erickson, T., Prezeworski, A. y Dzus, E. (2003). Self-Help and Minimal-Contact Therapies for Anxiety Disorders: Is Human Contact Necessary for Therapeutic Efficacy?. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 251-274.
- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T. y Taylor, C. B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior therapy, 25*, 503-517.
- Newman, M. G., Kenardy J., Herman, S. y Taylor, S. (1996). The use of hand-held computers as an adjunct to cognitive-behavior therapy. *Computers in Human Behavior, 12*, 135-143.
- Newman, M. G., Kenardy J., Herman, S. y Taylor, S. (1997). Comparison of Palmtop-Computer-Assisted Brief Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 178-183.
- Norcoss, J. C. y Hedges, M. (2002). The Face of 2010: A Delphi Poll on the Future of Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 316-322.

- Noyes, R. J., Moroz, G., Davidson, J. R., Liebowitz, M. R., Davidson, A., Siegel, J., Bell, J., Cain, J. W., Curlik, S. M., Kent, T. A., Lydiard, R. B., Mallinger, A. G., Pollack, M. H., Rapaport, M., Rasmussen, S. A., Hedges, D., Schweizer, E. y Uhlenhuth, E. H. (1997). Moclobemide in social phobia: A controlled dose-response trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *17*, 247-254.
- Norman, W. H. (1975). The efficacy of self-instructional training in the treatment of speech anxiety. *Dissertation Abstracts International*, *36*, 1663B-1664.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1996a). Effectiveness of virtual environment desensitization in the treatment of agoraphobia. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, *5*, 346-352.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1996b). Virtual reality therapy. An innovative paradigm. *VRT in the treatment of agoraphobia* (p. 46). Colorado Springs: IPI Press.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1996c). Effectiveness of VRT for acrophobia. *Virtual reality therapy. An innovative paradigm* (pp. 68-70). Colorado Springs: IPI Press.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1997). Virtual reality therapy for fear of flying. *The American Journal of Psychiatry*, *154*, 130.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1998). Virtual reality therapy: An effective treatment for phobias. En Riva, G., Wiederhold, B. K., Molinari, E. (Eds.), *Virtual environments in clinical psychology and neuroscience* (pp. 114-115). Amsterdam: IOS Press.
- Oei, T.P., Kenna, D. y Evans, L. (1991). The reliability, validity, and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorders patients. *Personality and Individual Differences*, *12*, 111-116.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, *14*, 405-409.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Tuner, S. M. y Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and Validity in a Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *21*, 67-78.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D. y Caballo, V. (2004). Relationships Among Social Anxiety Measures and Their Invariance: A Confirmatory Factor Analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, *20*, 172-179.

- Orsillo, S. M. (2001). Measures for social phobia. En M. M. Antony, S. M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 165-187). New York: Kluwer Academic/ Plenum Press.
- Osgood-Hynes, D. J., Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Heneman, S. W., Wenzel, K. W., Manzo, P. A., Parkin, J. R., Spierings, C. J., Dottl, S. L. y Vitse, H. M. (1998). Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets: An open US-UK study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 358-365.
- Osman, A., Gutiérrez, P. M., Barrios, F. X., Koper, B. A. y Chiro, C. E. (1998). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Further validation in two nonclinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *18*, 35-47.
- Osman, A., Markway, K. y Osman, J. R. (1992). Psychometric properties of the Social Interaction Self-Statement Test in a collage sample. *Psychological Reports*, *71*, 1171-1177.
- Öst, L. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, *25*, 397-409.
- Öst, L., Jerremalm, A. y Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *19*, 1-16.
- Park, T. P. (1979). Covert positive reinforcement: Contribution of the reinforcing stimulus in reducing public speaking anxiety. *Dissertation Abstracts International*, *39*, 5574B.
- Paul, G. L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Pertaud, D. P., Slater, M. y Baker, C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. *Presence: Teleoperators and virtual environments*, *11*, 68-78.
- Pollard, C. A. y Henderson, J. F. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *176*, 440-445.
- Porter, D. (1978). Patient responses to computer counseling. En F. H. Orthner (Ed.), *Proceedings: The Second Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care* (pp. 233-237). Long Beach, CA: IEEE Computer Society.
- Pribil, C. B., Keaten, J. y Sakamoto, M. (2001). The effectiveness of a skills-based program in reducing public speaking anxiety. *Japanese Psychological Research*, *43*, 148-155.
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. y Gray, A. J. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive behavioural therapy reduces anxiety

- and depression in general practice: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 33, 217-227.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I. y Gray, J. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54.
- Quero, S., Baños, R. M., Botella, C. y Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 429-458.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rapee, R. M., Sanderson, W. C. y Barlow, D. H. (1988). Social phobia features across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 287-299.
- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item Schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Richards, J. C. y Alvarenga, M. E. (2002). Extension and replication of an internet-based treatment for panic disorder. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 1-7.
- Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E. y Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 983-994.
- Río, C. (2005). Aspectos éticos de la intervención psicológica mediante Internet. En C. Río (Ed.), *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámide.
- Robins, L. M., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Ovaschel, H., Grunberg, E., Burke, J. D. y Regier, J. D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives or General Psychiatry*, 38, 949-958.
- Rogers, R. (2001). *Handbook of diagnostic and structured interviewing*. Nueva York: Guilford.
- Rohland, B. M., Saleh, S. S., Rohrer, J. E. y Romiti, P. A. (2000). Acceptability of telepsychiatry to a rural population. *Psychiatric Services*, 51, 672-627.
- Rosen, G. M. (1987). Self-help treatment books and the commercialization of psychotherapy. *American Psychologist*, 42, 46-51.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Alarcon, R., Ready, D., Ready, D., Shahar, F., Graap, K., Pair, J., Hebert, P., Gotz, D., Wills, B. y Baltzell, D. (1999). Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 263-271.

- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J. S. y North, M. (1995). Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 626-628.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Ready, D., Graap, K. y Alarcon, R. D. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 617-622.
- Rothbaum, B., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H. y Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 1020-1026.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Watson, B. A., Kessler, C. D. y Opdyke, D. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: a case report. *Behavior Research and Therapy*, *34*, 477-481.
- Rothbaum, B. O., Ruedf, A. M., Litz, B. T., Han, H. y Hodges, L. (2004). Virtual Reality Exposure Therapy of Combat-Related PTSD: A Case Study Using Psychophysiological Indicators of Outcome. En S. Taylor (Ed.), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: A Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 93-112). New York, NY, US: Springer Publishing.
- Roy, S., Kingler, E., Légeron, P., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2003). Definition of a VR-based protocol to treat social phobia. *CyberPsychology & Behavior*, *6*, 411-420.
- Ruipérez, M. A., García-Palacios, A. y Botella, C. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psycothema*, *14*, 426-433.
- Safren, S. A., Turk, C. L. y Heimberg, R. G. (1998). Factor structure of the social Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 443-453.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1976). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, *22*, 262-284.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (2005). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sanders, B. D. (1968). Behavior rehearsal and imaginal desensitization in reducing public speaking anxiety. *Dissertation Abstracts*, *23*, 3065B-3066B.
- Schneider, S. J. (1986). Trial of an on-line behavioral smoking cessation program. *Computers in Human Behavior*, *2*, 277-286.

- Schneider, S. J. y Shwartz, M. D. (1995). Computerized, telephone-based health promotion: smoking cessation program. *Computers in Human Behavior*, *11*, 135-148.
- Schneider, S. J., Walter, R. y O'Donnell, R. (1990). Computerized communication as a medium for behavioral smoking cessation treatment: Controlled evaluation. *Computers in Human Behavior*, *6*, 141-151.
- Schenier, F. R., Goetz, D., Campeas, R., Fallon, B., Marshall, R. y Liebowitz, M. R. (1998). Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 70-77.
- Schenier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D. y Liebowitz, M. R. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 282-288.
- Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Rearan, P., Montgomery, G. y Pasyrnak, S. L. (1997). Hypnotic enhancement of cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, *28*, 127-140.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1990). *Handbook of social and evaluation anxiety*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Johnson, J. H. y Harris, W. G. (1982). An investigation of computer-assisted cognitive-behavior therapy in the treatment of depression. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, *14*, 181-185.
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorell, S.P. y Erdman, H.P. (1990). Computer-administered cognitive-behavior therapy for depression. *American Journal Psychiatry*, *147*, 51-56.
- Shaw, S. C., Marks, I. M. y Toole, S. (1999). Lesson from pilot tests of computer self-help for agoraphobia and panic. *MD Computing*, *16*, 44-48.
- Sheehan, D. V., Ballenger, J. y Jacobsen, G. (1980). Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 51-59.
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. C., Kalton, G. (1986). *Psychiatric illness in general practice*. London, Oxford.
- Sherman, A. R., Mulac, A. y McCann, M. J. (1974). Synergistic effect of self-relaxation and rehearsal feedback in the treatment of subjective and behavioral dimensions of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 819-827.

- Slack, W. V. (1978). Patient counseling by computer. En F. H. Orthner (Ed.), *Proceedings: The Second Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care* (pp. 222-226). Long Beach, CA: IEEE Computer Society.
- Slack, W. V., Porter, D., Witschi, J., Sullivan, M., Buxbaum, R. y Stare, F. J. (1976). Dietary interviewing by computer. *Journal of the American Dietetic Association*, 69, 514-517.
- Slater, M., Pertaub, D. P. y Steed, A. (1999). Public speaking in virtual reality: facing an audience of avatars. *IEEE Computer Graphics & Application*, 19, 6-9.
- Smith, K. L., Kirkby, K. C., Montgomery, I. M. y Daniels, B. A. (1997). Computer-delivered modeling of exposure for spider phobia: Relevant versus irrelevant exposure. *Journal of Anxiety Disorder*, 11, 489-497.
- Sorrell, S. P., Greist, J. H., Klein, M. H., Jonson, J. H. y Harris, W. G. (1982). Enhancement of adherence to tricyclic antidepressants by computerized supervision. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 14, 176-180.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. (TEA, 1988).
- Springer, E. A., Winzelberg, A. J., Perkins, R. y Taylor, C. B. (1999). Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.
- Standing Committee of Family and Community Affairs (1997). Health on line: A report on health information management and telemedicine. *House of Representatives Parliament of the Commonwealth of Australia*. Australian Government Publishing Service, Canberra, Australia.
- Starker (1988). Psychologists and self-help books: Attitudes and prescriptive practices of clinicians. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 448-455.
- Stein, M. B., Berk, M., Els, C., Emsley, R. A., Gittelson, L., Wilson, D., Oakes, R. y Hunter, B. (1999). A double-blind placebo-controlled trial of paroxetine in the management of social phobia (social anxiety disorder) in South Africa. *South African Medical Journal*, 89, 402-406.
- Stein, M. B., Fyer, A. J., Davidson, J. R., Pollack, M. H. y Wiita, B. (1999). Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): A double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 756-760.
- Stein, M. B., Liebowitz, M. R., Lydiard, R. B., Pitts, C. D., Bushnell, W. y Gergel, I. (1998). Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): A

- randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 708-713.
- Stein, M. B., Walter, J. R. y Forde, D. R., (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia. Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Stein, M. B., Walter, J. R. y Forde, D. R., (1996). Public speaking fears in a community sample: prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53, 169-174.
- Stravynski, A., Marks, I. y Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Ström, L., Pettersson, R. y Andersson, G. (2004). Internet-Based Treatment for Insomnia: A Controlled Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 113-120.
- Ström, L., Pettersson, R. y Andersson, G. (2000). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 722-727.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Trexler, L. D. y Karst, T. O. (1972). Rational-emotive therapy, placebo and no-treatment effects on public-speaking anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 60-67.
- Tsao, J. C. I. (2000). Timing of treatment and return of fear: Effects of massed, uniform, and expanding schedules on public-speaking anxiety. *Dissertation Abstracts International*, 60, 3582B.
- Tucker, D. M., Shearer, S. L. y Murray, J. D. (1977). Hemispheric specialization and cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 263-273.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd. ed., pp. 114-153). New York: Guilford Press.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 411-413.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R., y Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.

- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An Empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia Anxiety (SPAI). *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350-358.
- 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.
- van Vliet, I. M., den Boer, J. A. y Westenberg, H. C. M. (1994). Psychopharmacological treatment of social phobia: A double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, 115, 128-134.
- van Vliet, I. M., Westenberg, H. C. y Den Boer, J. A. (1993). MAO inhibitors in panic disorder: Clinical effects of treatment with borfaromine: A double-blind placebo controlled study. *Psychopharmacology (Berlin)*, 112, 483-489.
- Vermilyea, B. B., Barlow, D. H. y O'Brien, G. T. (1984). The importance of assessing treatment integrity: An example in the anxiety disorders. *Journal of Behavioral Assessment*, 6, 1-12.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R. y Amrein, R. (1992). Pharmaco-therapy of social phobia: A controlled study with moclobemide and phenelzine. *British Journal of Psychiatry*, 161, 353-360.
- Villa, H., Botella, C., Quero, S., Ruipérez, M. A. y Gallardo, M. (1998). Propiedades psicométricas de dos medidas de autoinforme en fobia social: Miedo a la evaluación negativa (FNE) y Escala de Evitación y ansiedad social (SAD). Comunicación presentada en el *I Simposium Internacional sobre Trastornos de Ansiedad*. Noviembre. Granada.
- Vincelli, J., Anolli, L., Bouchard, S., Wiederold, B. K., Zurloni, V. y Riva, G. (2003). Experiential cognitive therapy in the treatment of panic disorders with agoraphobia: A controlled study. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 321-328.
- Vincelli, J., Choi, Y. H., Molinari, E., Wiederhold, B. K. y Riva, G. (2000). Experimental cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia: Definition of a clinical protocol. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 375-385.
- Wald, J. y Taylor, S. (2000). Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: A case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 249-257.

- Wald, J. y Taylor, S. (2003). Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia. *Cyberpsychology & Behavior*, 6, 459-465.
- Walshe, D. G., Lewis, E. J., Kim, S. I., O'Sullivan, K. y Wiederhold, B. K. (2003). Exploring the use of computer games and virtual reality in exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. *Cyberpsychology & Behavior*, 6, 329-334.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T. y Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 550-553.
- Weissberg, M. (1977). A comparison of direct and vicarious treatments of speech anxiety: Desensitization, desensitization with coping imagery, and cognitive modification. *Behaviour Therapy*, 8, 606-620.
- Wells, A. y Clark, D. (1997). Social phobia: A cognitive approach. En G. Davey (Ed.), *A handbook of theory, research and treatment*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. y Mathews, G. (1994). *Attention and emotional: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wiederhold, B. K., Gervitz, R. y Wiederhold, M. D. (1998). Fear of flying: A case report using virtual reality therapy with physiological monitoring. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 97-103.
- Winett, R. A., Roodman, A. A., Winett, S. G., Bajzek, W., Rovniak y Whiteley, J. A. (1999). The effects of *Eat4Life* Internet-Based Health Behavior Program on the Nutrition and Activity Practices of High School Girls. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 4, 239-254.
- Winzelberg, A. (1997). The analysis of an electronic support group for individuals with eating disorder. *Computers in Human Behavior*, 13, 393-407.
- Winzelberg, A. J., Eppstein, D., Eldredge, K. L., Wilfley, D. E., Dasmahapatra, R., Dev, P. y Taylor, C. B. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346-350.
- Winzelberg, A. J., Taylor, C. B., Sharpe, T. M., Eldredge, K. L., Dev, P. y Constantinou, P. S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 339-349.

- Witschi, J, Porter, D., Vogel, S., Buxbaum, R., Stare, F.J. y Snack, W. (1976). A computer-based dietary counseling system. *Journal of the American Dietetic Association*, 69, 385-390.
- Wittson, C. L. y Benschoter, R. (1972). Two-way television: Helping the Medical Center reach out. *American Journal of Psychiatry*, 129, 624-627.
- Wolpe, J. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of Nervose and Mental Disorders*, 132, 189-203.
- Woody, S, R., Chambless, D. L. y Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 117-129.
- Worthigton, E. L., Tipton, R. M., Cromley, J. S., Richards, T. y Janke, R. H. (1984). Speech and coping skills training and paradox as treatment for college students anxious about public speaking. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 394.
- Wright, J., Wright, A. S., Basco, M. R., Albano, A. M. y Raffield, T. (2001). Controlled trial of computer-assisted cognitive therapy of depression. Poster presentado en *The World Congress of Cognitive Therapy*. Julio.Vancouver, Canada.
- Yates, F. (1996). *Restoring the Balance* (CD-ROM). Available from the Mental Health Foundation, 7th Floor, 83 Victoria Street, London SW1H 0HW (tel. 027802 0300).
- Yellowlees, P y McCoy, W. T. (1993). Telemedicine: A health care system to help Australians. *Medical Journal of Australia*, 159, 437-438.
- Zabinski, M. F., Celio, A. A. Jacobs, Wilfley, D. E. y Taylor, C. B. (2003). Prevention of Eating Disorders and Obesity via the Internet. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 137-150.
- Zabinski, M. F., Pung, M. A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzelberg, A. J., Celio, A. y Taylor, C. B. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: targetting at risk women with a computerized psychoeducational program. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 29, 401-408.
- Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Pung, M. A., Winzelberg, A. J., Eldridge, K., Taylor, C. B. (2001). An interactive Internet-based intervention of women at risk of eating disorders: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 129-137.
- Zarate, C. A., Weinstock, L., Cukor, P. Morabito, C., Leahy, L., Burns, C. y Baerr, L. (1997). Applicability of telemedicine for assessing patients with shizophrenia: Acceptance and reliability. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 22-25.
- Zemore, R. (1975). Systematic desensitization as a method of teaching a general anxiety-reducing skill. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 157-161.

- Zetteqvist, K., Maanmies, J., Ström, L. y Andersson, G. (2003). Randomized controlled trial of Internet-based stress management. *Cognitive behaviour Therapy*, 32, 151-160.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zhu, S. H., Stetch, V., Balabanis, M. y Rosbrook, B. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and múltiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 202-211.
- Zweig, D. R. y Brown, S. D. (1985). Psychometric evaluation of a written stimulus presentation format for the Social Interaction Self-Statement Test. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 285-295.

ANEXOS

ENTREVISTA DE ADMISIÓN

TERAPEUTA:

FECHA:

1. DATOS PERSONALES

Nombre:	Apellidos:
Edad y fecha de nacimiento:	Sexo: H /M
Dirección:	
C. P.:	Población:
Teléfono de contacto:	
N.I.F.:	Estado civil:
Profesión:	Nivel de estudios:
Religión:	
Señale las personas que habitualmente viven en su casa:	

¿Quién le ha dado referencias para acudir aquí?

2. DELIMITACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA

2.1. ¿Cuál es el problema o los problemas que le han llevado a buscar tratamiento?

2.2. En la siguiente escala de 1 a 10 ¿dónde situaría Ud. la gravedad de su problema?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poca		Leve		Moderada		Grave		Muy grave		

2.3. ¿En qué situaciones aparece el problema? (En qué lugares, con qué personas, a qué hora y qué días?)

2.4. ¿Con qué frecuencia surge el problema en la actualidad?

2.5. ¿Qué hace Ud. cuando surge el problema? (antes, durante y después)

2.6. ¿Qué hacen los demás?

2.7. ¿Qué piensa o se dice a sí mismo cuando surge el problema?

2.8. ¿Qué sensaciones físicas tiene cuando ocurre el problema? (Antes y después)

3. INTERFERENCIA

3.1. ¿Cómo afecta el problema en su vida? (en el trabajo, en su casa, en su relación con otras personas?)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poca			Bastante					Mucho		

3.2. ¿Cómo afecta el problema a las personas que se relacionan con Ud.?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poca			Bastante					Mucho		

3.3. ¿Tiene Ud. algún problema importante económico, legal o familiar en la actualidad? (Deudas, órdenes de embargo, trámites de divorcio, custodia de niños, juicios pendientes...)

4. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO

- 4.1. ¿Cuándo esto que le sucede empezó a ser un problema para Ud.?
- 4.2. ¿Durante ese periodo recuerda Ud. si hubo un cambio o un acontecimiento en su vida?
- 4.3. ¿El problema ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado? (Si hay cambios, cuándo ocurrieron, en qué circunstancias y qué acontecimientos lo acompañaron)
- 4.4. ¿Qué ha hecho Ud. hasta ahora para solucionar su problema? (Por sí mismo, tratamientos recibidos, medicación actual)
- 4.5. ¿Ha tenido Ud. algún problema psicológico antes de la aparición del problema actual? No ()
Sí ()

5. CAUSALIDAD

¿A qué atribuye Ud. su problema?

6. DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD

Enfermedad Médica

- 6.1. ¿Padece Ud. alguna enfermedad o problema físico (aparato cardiovascular, respiratorio...)?
¿Qué medicación toma?

Consumo y abuso de sustancias.

- 6.2. ¿Toma bebidas alcohólicas en las comidas? ¿Y fuera de las comidas? ¿Y durante el fin de semana? (Frecuencia y cantidad)
- 6.3. ¿Consumes otras sustancias como tabaco, estimulantes, tranquilizantes, hipnóticos, cocaína, heroína, “pastillas”, etc.? (Frecuencia y cantidad)

Estado de ánimo

- 6.4. ¿Cómo se siente Ud. últimamente? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo últimamente?
- 6.5. *Abulia* ¿Le cuesta más trabajo de lo habitual hacer las tareas cotidianas? ¿Le cuesta levantarse de la cama para empezar un nuevo día?
- 6.6. *Anhedonia* ¿Ha perdido el interés por las cosas que antes le agradaban?
- 6.7. *Desesperanza* ¿Piensa que las cosas mejorarán? ¿Cómo ve Ud. el futuro?
- 6.8. *Desesperanza* ¿Siente que vale la pena vivir? ¿Piensa mucho en la muerte? ¿Se ha planteado acabar con su vida?

Trastornos de ansiedad

- 6.9. *Ansiedad generalizada* ¿Está preocupado o molesto por algo más de lo habitual en Ud.?
- 6.10. *Fobias específicas* ¿Siente ansiedad o miedo intenso ante determinadas situaciones o lugares concretos? (Describir los síntomas) ¿Hay situaciones que evita o que le ponen nervioso?

Sueño y apetito

- 6.11. ¿Tiene problemas para dormirse?
- 6.12. ¿Tiene problemas con su apetito?

T.O.C.

- 6.13. *Pensamientos obsesivos* ¿Tiene pensamientos, impulsos o imágenes que le parezcan absurdos o desagradables y que le vuelven una y otra vez a pesar de que intenta detenerlos? (Por ejemplo, hacer daño a alguien, estar contaminado por gérmenes o suciedad, etc.)
- 6.14. *Compulsiones y rituales obsesivos* ¿Hay alguna cosa que tenga que hacer una y otra vez sin poder resistirse a hacerlo? (Por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones, revisar algo varias veces, etc.)

Conductas adictivas

6.15. ¿Hay alguna conducta que haga de manera impulsiva, siendo muy difícil para Ud. controlarla? (Por ejemplo, gastar dinero, arrancarse el pelo, jugar a las máquinas tragaperras, comer, agresiones físicas o verbales, etc.)

T.E.P.T.

6.16. ¿Ha tenido algunas vez una experiencia realmente traumática (algo que no le suele ocurrir al resto de la gente)? (Poner ejemplos) ¿Hasta qué punto le sigue afectando?

Trastornos alimentarios

6.17. ¿Le preocupa o tiene miedo a ganar peso?

6.18. ¿En qué medida está satisfecho con su cuerpo o con partes de él?

Otros

6.19. ¿Hay algún otro problema que no hayamos tratado aquí y del que quisiera hablar?

7. EXPECTATIVAS HACIA LA TERAPIA

7.1. ¿Qué resultados espera Ud. de la terapia?

8. OBSERVACIONES

8.1. Apariencia física, tono de voz, fluidez en el habla, postura, tics, estado de ánimo (al inicio, durante y al final de la entrevista), grado de colaboración con el terapeuta y algún otro dato que resulte relevante.

9. PRIMERA IMPRESIÓN (HIPÓTESIS)

ADIS-IV

(Di Nardo, Brown y Barlow, 1994)

NOMBRE:

TERAPEUTA:

FECHA:

I. Establecimiento del diagnóstico.

1 a. Actualmente, en situaciones sociales en las que puede ser observado o evaluado por otros o cuando conoce gente nueva, ¿se siente Ud. temeroso/ ansioso/nervioso?, es decir ¿siente Ud. miedo, ansiedad, nerviosismo?

SI

NO

b. Actualmente, le preocupa de manera general que pueda hacer o decir algo que le ponga en una situación embarazosa o humillante delante de otros, o en la que los demás puedan pensar mal de usted?

SI

NO

Si contesta NO a la 1a y 1b, ir a la 1c.

Si contesta SI a la 1a y la 1b, ir a la 2a.

c. ¿Ha estado alguna vez ansioso en situaciones sociales o preocupado de manera general por comportarse de un modo que le resulte a Ud. embarazoso o humillante ante los demás?

SI

NO

Si contesta NO, ir a la 3.

¿Cuándo fue la última vez que esto ocurrió?

2a. Además de este periodo actual/ más reciente de tiempo en el que se ha sentido ansioso en situaciones sociales, han habido otros periodos de tiempo en los que usted se haya sentido ansioso en situaciones sociales o se haya preocupado de manera general por hacer algo embarazoso o humillante delante de los demás?

SI

NO

b. Antes de este periodo de tiempo actual/ más reciente de tiempo en el cual usted se ha sentido ansioso en situaciones sociales, ha habido algún de considerable de tiempo en el que se haya sentido cómodo en estas situaciones?

SI

NO

Si contesta NO, ir a la 3.

C. ¿Cuánto tiempo pasó entre estos periodos? ¿Cuándo ocurrieron estos/ este periodos?

1. Voy a describirle algunas situaciones de este tipo y preguntarle cómo se sentiría en cada situación y hasta qué punto evita estas situaciones. Para cada situación, dé puntuaciones independientes para MIEDO y EVITACIÓN, utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin miedo		Poco miedo		Miedo moderado		Mucho miedo		Muchísimo miedo
Nunca evita		Raramente evita		A veces evita		Evita con frecuencia		Siempre evita

PRESENTE: En la actualidad, se pone ansioso en/cuando, o siente la necesidad de evitar:

PASADO: Se ha sentido ansioso en/cuando, o ha sentido la necesidad de evitar:

	PRESENTE		OBSERVACIONES	PASADO	
	TEMOR	EVITAC		TEMOR	EVITAC
a. Fiestas					
b. Participar en reuniones/clases					
c. Hablar delante de un grupo/dar una charla formal					
d. Hablar con personas poco conocidas					
e. Comer en público					
f. Utilizar aseos públicos					
g. Escribir en público (firmar cheques, rellenar impresos)					
h. Quedar con alguien por quien se siente atraído					
i. Hablar con personas de autoridad					
j. Ser asertivo, p.ej., Negarse a peticiones poco razonables (decir no) Pedir a otros que cambien su forma de comportarse					
k. Iniciar una conversación					
l. Mantener una conversación					
m. Otras situaciones					

2. "Ahora quiero hacerle una serie de preguntas acerca de la ansiedad que siente Ud. actualmente cuando está en situaciones sociales, y que empezó aproximadamente en _____ (especificar mes/año).

A. Lista de las situaciones más problemáticas (que ponga ejemplos reales a partir de las situaciones que ha señalado como más problemáticas)

1. ¿Qué le preocupa que ocurra en estas situaciones?

2. ¿Siente ansiedad prácticamente todas las veces en las que _____ (situación/es listadas)

SÍ _____ NO _____

3. ¿La ansiedad aparece en el momento en que Ud. entra en la situación/es o está a punto de hacerlo, o a veces la ansiedad aparece con “retraso” o de forma inesperada?

INMEDIATA _____ RETRASADA _____

4a. ¿Se siente ansioso acerca de estas situaciones porque teme que pueda tener un ataque de pánico inesperado? (si es necesario, explicar qué es un ataque de pánico)

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ,

4b. En otras ocasiones en las que se expone a _____, ¿ha experimentado un episodio de miedo intenso/ansiedad que ha aparecido de forma brusca e inesperada?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿dónde le ha ocurrido?

Si la respuesta ha sido SÍ a 4a o 4b, considerar si el miedo puede asumirse dentro de un trastorno de pánico.

5a. ¿De qué modo interfieren estos miedos en su vida (p. ej., rutina diaria, trabajo, actividades sociales)?
¿En qué medida le afectan estos miedos?

5b. ¿Influyen estos miedos en su trabajo actual o en su rendimiento académico? ¿De qué modo?

Evaluar Interferencia: _____ Malestar: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ninguna		Ligera		Moderada		Grave		Muy grave

6a. ¿Cuándo esta ansiedad o miedo acerca de _____ empezó a ser un problema para Ud. debido al malestar o interferencia que causaba en su vida? (Nota: si el paciente es poco preciso en la fecha de aparición, intentar conseguir información más específica, p. ej., ligando la aparición a sucesos vitales objetivos)

Fecha de Aparición: Mes _____ Año _____

6b. ¿Recuerda algo que pudiera haber contribuido a que Ud. se sienta ansioso en situaciones sociales?

7a. Aparte de este periodo actual de ansiedad ante situaciones sociales, ¿ha habido otros periodos de tiempo antes de este en los que ha tenido los mismos problemas?

SÍ _____ NO _____

7b. ¿Cuándo la ansiedad acerca de _____ dejó de ser un problema en tanto que se sintió cómodo en _____, o ya no causaba malestar o interferencia en su vida?

Fecha de Remisión: Mes _____ Año _____

7c. ¿Recuerda alguna razón por la que ya no se sintiera ansioso en esas situaciones?

B. SÍNTOMAS DE ATAQUE DE PÁNICO

Lista de situaciones que van a ser evaluadas:

Ha experimentado _____ (síntoma) cuando _____ (situación)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ninguna		Ligera		Moderada		Grave		Muy grave

1. Palpitaciones, latidos del corazón, o tasa cardíaca acelerada		9. Mareo, sensación de inestabilidad, de que se le va la cabeza, o de desmayo	
2. Sudoración		10. Sensación de irrealidad o de estar separado o distanciado de uno mismo	
3. Estremecimientos o temblores		11. Embotamiento o sensaciones de cosquilleo	
4. Falta de aliento o sensación de ahogo		12. miedo de morir	
5. Sensación de atragantamiento (asfixia)		13. Miedo de volverse loco	
6. Dolor o malestar en el pecho		14. Miedo de hacer algo descontrolado	
7. Náusea o malestar en el estómago		15. Tics o espasmos	
8. Escalofríos, sofocos, o rubor			

Nota: Traducción del Servicio de Asistencia Psicológica, UJI, Castellón

ADIS (ordenador)

En situaciones sociales en las que puedes ser observado o evaluado por otros, o cuando conoces a personas nuevas ¿te sientes temeroso/ansioso/nervioso?

SÍ NO

¿Te preocupa de manera general que puedas hacer o decir algo que te ponga en una situación embarazosa o humillante delante de otros, o que otros puedan pensar de ti de forma negativa?

SÍ NO

¿Intentas evitar esas situaciones?

SÍ NO

Voy a describirte algunas situaciones de este tipo y preguntarte cómo te sientes en cada una de ellas. Señala, utilizando esta escala, cuánto miedo o malestar experimentas en cada situación, y en qué medida las evitas.

0	1	2	3	4
Sin miedo Nunca la evito	Poco miedo Raramente la evito	Miedo moderado A veces la evito	Bastante miedo La evito bastante	Mucho miedo Siempre la evito

	Miedo/ Temor	Evitación
a) Fiestas	_____	_____
b) Participar en reuniones/clases	_____	_____
c) Hablar delante de un grupo	_____	_____
d) Hablar en público formalmente	_____	_____
e) Hablar con personas no familiares	_____	_____
f) Comer en público	_____	_____
g) Utilizar aseos (WC) públicos	_____	_____
h) Escribir en público (p.ej. firmar cheques, rellenar impresos)	_____	_____
i) Citas/ Salir/quedar con alguien	_____	_____
j) Hablar con personas de autoridad	_____	_____
k) Ser asertivo/a (p. ej. rechazar peticiones/favores no razonables; pedir a otros que cambien su conducta ...)	_____	_____
l) Iniciar una conversación	_____	_____
m) Mantener una conversación	_____	_____
n) Preguntar/pedir información	_____	_____

¿Experimentas miedo prácticamente todas las veces en las que tienes que enfrentarte a esa/s situación/es?

SÍ

NO

¿Desde hace cuánto tiempo experimentas este tipo de miedos?

De 0 a 1 año.....

De 1 a 3 años.....

Más de 3 años.....

Toda la vida.....

¿Ha interferido el miedo en tu vida, trabajo, actividades sociales, familia, etc.? ¿Se ha visto tu trabajo o rendimiento académico afectados por estos miedos?

Evalúa la interferencia causada por el miedo según esta escala:

Trabajo/ estudios

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

Familia

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

Actividades sociales

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

Vida en general

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

¿Cómo valorarías la gravedad de tu problema?

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

¿Has experimentado de repente un miedo intenso, ansiedad y/o un sentimiento de desastre inminente sin razón aparente en esa situación.

SÍ

NO

Si la respuesta es SÍ evalúa de 0 a 4 la intensidad de las siguientes sensaciones la primera vez que las experimentaste.

0	1	2	3	4
Nada	Poca	Algo	Bastante	Mucha

- 1) Falta de respiración (disnea) o sensación de ahogo _____
- 2) Asfixia _____
- 3) Palpitaciones o tasa cardíaca acelerada (taquicardia) _____
- 4) Dolor o malestar en el pecho _____
- 5) Sudoración _____
- 6) Sensación de mareo, de inestabilidad o de desvanecimiento _____
- 7) Náusea o malestar abdominal _____
- 8) Despersonalización o desrealización _____
- 9) Entumecimiento o sensación de hormigueo (parestias) _____
- 10) Oleadas de calor (rubor) o escalofríos _____
- 11) Temblores o estremecimientos _____
- 12) Miedo a morir _____
- 13) Miedo de volverse loco o perder el control _____

¿Eras capaz de afrontar esa situación sin miedo, antes de esta experiencia concreta?

SÍ

NO

2. ¿Qué te inquieta más de esta fobia? (Elige una respuesta)

Las sensaciones de miedo _____
 Aspectos del objeto o de la _____
 situación temida

Miedo a la Evaluación Negativa (Versión breve)
(Leary, 1983)

NOMBRE: _____
TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

Lea detenidamente cada una de las siguientes frases e indique el grado en que le caracterizan de acuerdo con la siguiente escala:

- 1 = NADA característico en mí.
2 = LIGERAMENTE característico en mí.
3 = MODERADAMENTE característico en mí.
4 = MUY característico en mí.
5 = EXTREMADAMENTE característico en mí.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no tiene importancia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. No me preocupo incluso cuando sé que la gente se está formando una impresión desfavorable de mí. (R) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Frecuentemente temo que otras personas se den cuenta de mis limitaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás. (R) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Temo que los demás no me aprueben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me da miedo que la gente descubra mis defectos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Las opiniones de los demás sobre mí no me molestan. (R) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mí, | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Generalmente me preocupo por la impresión que pueda causar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Si sé que alguien me está juzgando, eso tiene poco efecto sobre mí. (R) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensan de mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. A menudo me preocupa decir o hacer cosas equivocadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Nota: Traducción de C. Botella, A. García-Palacios, y S. Quero, Servicio de Asistencia Psicológica, UJI, Castellón

SAD
Evitación y Malestar Social
(Watson y Friend, 1969)

NOMBRE: _____
TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

Lea las siguientes afirmaciones y decida si describen lo que a usted le ocurre. Indíquelo en cada frase marcando verdadero (V) o falso (F).

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales poco familiares. | V | F |
| 2. Procuero evitar las situaciones que me obligan a ser muy sociable. | V | F |
| 3. Encuentro fácil estar relajado cuando estoy con desconocidos. | V | F |
| 4. No tengo un deseo especial de evitar a la gente. | V | F |
| 5. A veces encuentro inquietantes las situaciones sociales. | V | F |
| 6. Normalmente me siento tranquilo y cómodo en las situaciones sociales. | V | F |
| 7. Normalmente estoy tranquilo cuando hablo con una persona del otro sexo. | V | F |
| 8. Procuero no hablar con los demás, a no ser que los conozca mucho. | V | F |
| 9. Si tengo la oportunidad de conocer gente nueva, suelo aprovecharla. | V | F |
| 10. A menudo me siento nervioso o tenso en reuniones informales en las que hay personas de ambos sexos. | V | F |
| 11. Normalmente estoy nervioso al estar con los demás, a no ser que los conozca mucho. | V | F |
| 12. Normalmente me siento relajado cuando me encuentro con un grupo de gente. | V | F |
| 13. Muchas veces deseo huir de la gente. | V | F |
| 14. Suelo sentirme incómodo cuando estoy con un grupo de personas a las que no conozco. | V | F |
| 14. Suelo estar relajado con alguien a quien acabo de conocer. | V | F |
| 16. Me pongo tenso y nervioso cuando me presentan a alguien. | V | F |
| 17. Aunque una habitación esté llena de desconocidos, yo puedo entrar tranquilamente. | V | F |
| 18. Procuraría evitar acercarme y unirme a un gran grupo de personas. | V | F |
| 19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, acudo de buena gana. | V | F |
| 20. A menudo me siento al borde del desastre cuando estoy con un grupo de gente. | V | F |
| 21. Tiendo a apartarme de la gente. | V | F |
| 22. No me importa hablar con la gente en fiestas o reuniones sociales. | V | F |
| 23. Rara vez estoy tranquilo entre un grupo de gente. | V | F |
| 24. A menudo pongo excusas para no asistir a reuniones sociales. | V | F |
| 25. A veces me encargo de presentar a la gente. | V | F |
| 26. Procuero evitar las reuniones sociales formales. | V | F |
| 27. Suelo acudir a todos los compromisos sociales que tengo. | V | F |
| 28. Me resulta fácil estar relajado con los demás. | V | F |

CUESTIONARIO AUTOEFICACIA AL INTERVENIR EN PÚBLICO

(Badós, 1986)

A continuación aparecen una serie de actividades que implican intervenir en público. Responde, por favor, en qué medida crees que podrías realizar cada una de ellas si se te pidiera que las hicieras ahora. Utiliza para ello los números de la siguiente escala:

- 0-1= Claramente, NO podría realizar esta actividad
 2-3= Casi seguro que, NO podría realizar esta actividad
 4 = Probablemente, NO podría realizar esta actividad.
 6 = Probablemente, SI podría realizar esta actividad.
 7-8 = Casi seguro que, SI podría realizar esta actividad.
 9-10 = Claramente, SI podría realizar esta actividad.

1. Exponer en clase o en una reunión un trabajo previamente preparado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claramente NO		Casi seguro que NO		Probablemente NO		Probablemente SI	Casi seguro que SI		Claramente SI	

2. Hacer una pregunta sobre algo que no has entendido en clase, en una reunión o en una conferencia.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claramente NO		Casi seguro que NO		Probablemente NO		Probablemente SI	Casi seguro que SI		Claramente SI	

3. Dar una charla improvisada sobre un tema conocido ante un pequeño número de personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claramente NO		Casi seguro que NO		Probablemente NO		Probablemente SI	Casi seguro que SI		Claramente SI	

4. Leer una conferencia o una comunicación ante personas desconocidas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claramente NO		Casi seguro que NO		Probablemente NO		Probablemente SI	Casi seguro que SI		Claramente SI	

5. Hacer un comentario o expresar tu opinión en clase o en una reunión sobre algo dicho por el profesor o por otra persona.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claramente NO		Casi seguro que NO		Probablemente NO		Probablemente SI	Casi seguro que SI		Claramente SI	

6. Responder en clase o en una reunión, públicamente, a una pregunta hecha en general por el profesor, por un compañero o por una persona, y cuya respuesta conoces.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claramente NO		Casi seguro que NO		Probablemente NO		Probablemente SI	Casi seguro que SI		Claramente SI	

AUTOVERBALIZACIONES DURANTE LA SITUACIÓN DE HABLAR EN PÚBLICO

(Hofmann y DiBartolo, 1998; trad.: Olivares y García-López, 1999)

Por favor, imagina lo que te dirías a ti mismo si tuvieses que **hablar en público**. Teniendo en cuenta esta situación, indica el grado en que estás de acuerdo con las frases que se presentan a continuación. Con este fin te pedimos que puntúes cada una de ellas según la escala que también presentamos, la cual varía entre 0 (en absoluto estás de acuerdo con la frase, no la dices nunca) a 5 (estás totalmente de acuerdo con la frase, la dices siempre).



**En absoluto
de acuerdo**

**Totalmente
de acuerdo**

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Qué tengo que perder?. Vale la pena intentarlo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Soy un perdedor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Esta es una situación incómoda pero yo puedo manejarla | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Fracasar en una situación sería una prueba más de mi incapacidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Incluso si las cosas no salen bien, no es una catástrofe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Puedo manejarlo todo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Diga lo que diga, probablemente sonará estúpido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Probablemente voy a echarlo todo a perder | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. En vez de preocuparme podría concentrarme en lo que quiero decir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Seguramente la gente se dará cuenta de que soy torpe y tonto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA HABLAR EN PÚBLICO

(Traducción de Olivares y García López, 1999)

Este cuestionario está compuesto por 30 frases relacionadas con tu capacidad para hablar en público. Indica tu grado de acuerdo con cada enunciado:

1	2	3	4	5	6
Completamente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Completamente en desacuerdo.

1. Espero con ilusión una oportunidad para hablar en público.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Cuando estoy en la mesa desde la que voy a hablar me tiemblan las manos si trato de coger algo.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Constantemente me preocupa olvidar lo que voy a decir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Las personas a las que me dirijo parecen amables.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Mientras preparo la charla, estoy en un constante estado de nerviosismo.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Al final de la charla siento que he tenido una experiencia desagradable.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Me desagrada utilizar el cuerpo y la voz expresivamente.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. Cuando hablo delante del público, los pensamientos se me confunden o se me mezclan.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. No tengo miedo de estar frente al público.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

10. Aunque estoy nervioso/a justo antes de empezar, pronto olvido el miedo y disfruto de la experiencia.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Cuando he de preparar una charla, tengo plena confianza de mi mismo.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Me noto seguro/a de mi mismo/a mientras hablo.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. Prefiero tener notas a mano por si olvido mi charla.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Me gusta observar las reacciones del público ante mi charla.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Aunque hablo con mis amigos sin problemas, cuando estoy hablando en público no encuentro palabras para expresarme.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Me siento relajado/a y a gusto mientras hablo.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. Aunque no me gusta hablar en público, no le tengo un miedo especial.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. Siempre que me es posible evito hablar en público.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19. Cuando miro al público, sus caras parecen desdibujadas (como si no las pudiera ver bien) .

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20. Me siento a disgusto conmigo mismo/a después de intentar hablar en público.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21. Me gusta preparar una charla.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

22. Mi mente está clara cuando me encuentro delante del público.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

23. Cuando tengo que hablar en público, me salen las palabras sin ningún problema.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

24. Sudo y tiemblo antes de levantarme para hablar.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

25. Mi postura parece forzada y poco natural.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

26. Tengo miedo y estoy tenso/a durante todo el tiempo que estoy hablando al público.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

27. Encuentro ligeramente agradable la idea de hablar en público.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

28. Me resulta difícil expresar adecuadamente lo que quiero decir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

29. Me pongo muy nervioso/a cuando pienso que tengo que hablar en público.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

30. Cuando estoy delante del público, tengo la sensación de que todo el mundo me mira atentamente.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

CUESTIONARIO DE MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO (ordenador)

Por favor, indica el grado en que cada frase es aplicable a ti, mediante el número correspondiente:

- 0-1 = Completamente en desacuerdo.
 2-3 = Bastante en desacuerdo.
 4 = Ligeramente en desacuerdo.
 6 = Ligeramente de acuerdo.
 7-8 = Bastante de acuerdo.
 9-10 = Completamente de acuerdo.

1. Tengo miedo constante a olvidar lo que voy a decir.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ligeramente en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Completamente de acuerdo

2. Mientras preparo la charla, estoy en constante estado de ansiedad.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ligeramente en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Completamente de acuerdo

3. Cuando hablo delante de una audiencia, los pensamientos se me confunden y mezclan.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ligeramente en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Completamente de acuerdo

4. Las caras del auditorio aparecen desdibujadas cuando las miro.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ligeramente en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Completamente de acuerdo

5. Me siento a disgusto conmigo mismo(a) después de intentar dirigir la palabra o dar una charla a un grupo de personas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ligeramente en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Completamente de acuerdo

6. Sudo y tiemblo antes de levantarme para hablar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ligeramente en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Completamente de acuerdo

7. Mi postura parece forzada y poco natural.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ligeramente en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Completamente de acuerdo

8. Me resulta difícil buscar con calma en mi cabeza las palabras adecuadas para expresar mis pensamientos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ligeramente en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Completamente de acuerdo

INSTRUCCIONES PARA LA TAREA DEL DISCURSO

MATERIAL QUE NECESITA EL TERAPEUTA

- Cronómetro
- Tarjetas con temas (20)
- Hoja de Expectativas ante la Tarea (I y II)
- Evaluación de la Tarea del Discurso (3 copias)
- SISST Modificado
- Folios

MATERIAL QUE NECESITAN LOS MIEMBROS DE LA AUDIENCIA

- Evaluación de la Tarea del Discurso.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

A continuación va a realizar una tarea que nos ayudará a evaluar su ansiedad o fobia social.

La tarea consiste en que dé una pequeña charla de **10 minutos** ante un grupo de tres personas, de las cuales una será yo.

Los temas para la charla están en estas tarjetas. Le pediré que extraiga 5 tarjetas al azar y que escoja un máximo de **tres temas**. No podrá hablar de otro tema. Sólo de cualquiera de los tres que haya elegido, o de dos, o de los tres, en el orden que prefiera.

Tendrá **3 minutos para decidir de qué va a hablar y prepararse**. Para ello le entregaré un folio para que anote los temas de su charla y también cualquier apunte, nota o esquema que quiera hacer.

La charla tiene que durar, como **mínimo 3 minutos**. Si continua hasta los 10 mejor, pero si desea dejarlo porque se pone muy nervioso/a puede hacerlo después de los **3 minutos obligatorios**. Si se para antes de que finalicen esos tres minutos le pediremos que continúe. Si no puede seguir nos lo indica.

Los miembros de la audiencia que le estarán escuchando no le preguntarán ni le dirán nada. Se limitarán a escucharle.

Es importante que cuando acabe la charla nos lo indique diciendo **“YA”** para parar el cronómetro.

Grabaremos la tarea en vídeo para utilizarla en ejercicios posteriores.

Después de realizar esta tarea volveremos para seguir con la sesión.

Recuerde:

- Extraiga 5 tarjetas de la baraja.
- Escoja 1, 2 o 3 temas.
- Prepárelos durante 3 minutos.
- Hable, como mínimo, durante 3 minutos.
- Diga YA al acabar.
-

¿Tiene alguna pregunta que hacerme? ¿Desea que le aclare alguna cosa antes de empezar?

Ahora extraiga 5 tarjetas, al azar, de esta baraja. (Se barajan las tarjetas y se le muestran extendidas, boca abajo).

Dígame, por favor los títulos de los temas que han salido (Apuntar el número de los 5 temas en la primera página de las tres copias de Evaluación de la Tarea)

¿Sobre qué va a hablar? (Apuntar los temas escogidos en la Hoja de Evaluación de la Tarea)

A partir de ahora cuenta con 3 minutos para preparar la charla. Puede tomar notas si lo desea en esta hoja y/o apuntar los títulos para que no se le olviden.

(Al transcurrir los 3 minutos) ¿Está preparado/a? Muy bien, antes de pasar a la sala donde dará la charla me gustaría que cumplimentase este cuestionario (Se le entrega la Hoja de Expectativas ante la Tarea-I).

NOTA AL TERAPEUTA

Una vez acabada la charla se vuelve al despacho para seguir con la evaluación:

- Hoja de Expectativas ante la Tarea-II.

LISTA DE TEMAS PARA LA TAREA DEL DISCURSO

1. Programas de TV.
2. El problema de la contaminación.
3. Los famosos.
4. Vacaciones.
5. Elección de una carrera: ¿Vocación o Resignación?
6. Teléfonos móviles.
7. ¿Películas en vídeo o en cine?
8. Anuncios en TV.
9. Internet.
10. Cine español.
11. ¿Somos esclavos de la moda?
12. ¿Con quién debería casarse el Príncipe?
13. Cirugía estética.
14. Animales domésticos
15. Aprender inglés.
16. El fútbol.
17. ¿Teleseries americanas o españolas?
18. ¿Dónde está Curro?
19. ¿Radio o TV?
20. La prensa del corazón.

EXPECTATIVAS ANTE LA TAREA DEL DISCURSO (I)
(Servicio de Asistencia Psicológica, UJI)

NOMBRE: _____
TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

A continuación va Ud. a dar una charla de 10 minutos ante un grupo desconocido de personas. Es importante que intente hablar durante los 10 minutos, aunque sabe que si se pone muy nervioso/a podrá dejarlo después de 3 minutos obligatorios de charla.

Antes de empezar responda, por favor, a estas preguntas:

1. En líneas generales, y según la siguiente escala, ¿cómo cree que será su actuación en la tarea?

1	2	3	4	5	6	7
Nula	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

2. En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuál es su estado de ansiedad en este momento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna ansiedad	Ligera ansiedad		Ansiedad moderada			Bastante ansiedad		Ansiedad máxima		

3. En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuánto desearía Ud. evitar esta situación?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Un poco		Algo			Bastante		Totalmente		

4. En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuál cree que será su estado de ansiedad cuando esté dando la charla?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna ansiedad	Ligera ansiedad		Ansiedad moderada			Bastante ansiedad		Ansiedad máxima		

Relajación. Ninguna ansiedad	0
Ligera ansiedad que no afectará a la tarea.	2-3
Ansiedad moderada, pero podré seguir adelante	5
Mi ansiedad se notará claramente y me costará seguir adelante con la tarea.	7-8
La ansiedad me afectará tanto que querré dejarlo.	10

5. ¿Cree Ud. que podría llegar a experimentar un ataque de pánico una vez esté dando la charla?

SÍ NO

En caso afirmativo,
¿Con cuánta seguridad lo cree?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Un poco		Algo		Bastante		Totalmente		

¿Cuál cree que puede ser la intensidad de dicho ataque?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Explique brevemente qué es lo que realmente teme de la situación que le pedimos que afronte.

EXPECTATIVAS ANTE LA TAREA DEL DISCURSO (II)
(Servicio de Asistencia Psicológica, UJI)

Después de realizada la tarea responda, por favor, a estas preguntas:

1. En líneas generales, y según la siguiente escala, ¿cómo cree que ha sido su actuación en la tarea?

1	2	3	4	5	6	7
Nula	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

2. En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuál ha sido el grado de ansiedad experimentado mientras daba la charla?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna ansiedad	Ligera ansiedad			Ansiedad moderada			Bastante ansiedad		Ansiedad máxima	

Relajación. Ninguna ansiedad

Ligera ansiedad que no afectó a la tarea.

Ansiedad moderada, pero pude seguir adelante

Mi ansiedad se notaba claramente y me costó seguir adelante con la tarea.

La ansiedad me afectaba tanto que lo dejé o quise hacerlo.

0
2-3
5
7-8
10

3. En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuánto deseó Ud. escapar de la situación?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Un poco			Algo			Bastante		Totalmente	

4. ¿Experimentó un ataque de pánico?

SÍ NO

En caso afirmativo,

¿Cuál fue la intensidad de dicho ataque?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. De las cosas que temía, ¿cuáles han ocurrido realmente?

EVALUACIÓN DE LA TAREA DEL DISCURSO
(Servicio de Asistencia Psicológica, UJI)

NOMBRE: _____
EVALUADOR: _____ FECHA: _____

Nº TEMAS: ____ TEMAS ESCOGIDOS:
 N° ____ N° _____
 N° ____ N° _____
 N° ____ N° _____
 N° ____ N° _____

TIEMPO DE HABLA (minutos): _____

¿Se ha detenido antes de los 3 minutos? SI NO

CONTENIDO

¿Se ha ajustado a los temas elegidos? SI NO
 ¿De cuántos temas ha hablado?

Uno	Dos	Tres
-----	-----	------

 ¿Ha seguido un orden en el discurso? SI NO

COMPONENTE VERBAL

• Volumen
 ¿Se podía oír claramente al sujeto? SI NO

• Entonación
 ¿Adecuada? SI NO
 ¿Tono monocorde? SI NO

• Fluidez
 ¿Vacilaciones? SI NO
 ¿Falsos comienzos? SI NO
 ¿Repetición de muletillas? SI NO
 ¿Tartamudeo? SI NO
 ¿Repeticiones? SI NO
 ¿Vocalización? SI NO
 ¿Pausas adecuadas? SI NO
 ¿Atropella las palabras? SI NO
 ¿Lentitud? SI NO

COMPONENTE NO VERBAL

• Mirada

¿Establece contacto ocular? SI NO

¿Hace “barridos de audiencia”? SI NO

• Expresión facial

¿Adecuada al contenido? SI NO

¿Sonrisa? SI NO

¿Ceñuda o tensa? SI NO

¿Seria? SI NO

¿Rubor? SI NO

• Manos

¿Puntuando y/o enfatizando? SI NO

¿Quietas (por ej. en los bolsillos)? SI NO

¿Se las retuerce? SI NO

¿Gesticulación excesiva y/o innecesaria? SI NO

• Postura

¿Acercamiento? SI NO

¿Relajada? SI NO

¿Tics? SI NO

En líneas generales, y según la siguiente escala, ¿cómo evaluaría la ejecución del sujeto en la tarea?

1	2	3	4	5	6	7
Nula	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

En una escala de 0 a 10 y teniendo en cuenta la siguiente valoración, ¿cuál diría que era el estado de ansiedad del sujeto ante la tarea?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna ansiedad	Ligera ansiedad		Ansiedad moderada			Bastante ansiedad		Ansiedad máxima		
Relajación. Ninguna ansiedad.										0
Ligera ansiedad que no interfiere con la tarea.										2-3
Ansiedad moderada, pero el sujeto sigue adelante.										5
La ansiedad se manifiesta claramente y el sujeto tiene problemas para seguir adelante con la tarea.										7-8
La ansiedad deteriora visiblemente la ejecución del sujeto, que manifiesta deseos de escapar.										10

OBSERVACIONES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El / La abajo firmante, D. / D^aha sido informado de los siguientes puntos:

- La participación en este proyecto es totalmente voluntaria, pudiendo abandonarlo en el momento que lo desee, sin ningún tipo de consecuencia.
- El objetivo de este proyecto es le de intentar mejorar la comprensión del diagnóstico y tratamiento del miedo a hablar en público, así como mejorar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para estos problemas.
- Esta investigación se está llevando a cabo en la Universidad de Valencia y en la Universidad Jaume I, siendo financiada con fondos públicos del Plan Nacional de I + D.
- La participación en este proyecto no supone ningún riesgo para la salud física y mental.
- Si sufro miedo a hablar en público, podré participar en un protocolo de intervención psicológica, que incluye exposición mediante técnicas de Realidad Virtual, para ayudarme a superar este problema. Si no lo deseo, o no sufro miedo a hablar en público mi participación redundará sólo en la mejora y progreso del conocimiento científico sobre este tema.
- Se salvaguardará mi derecho a la intimidad y confidencialidad de la información que proporcione.

Una vez ha sido informado de todo lo anterior, y se me ha respondido a todas las preguntas o dudas que haya podido tener, doy mi consentimiento voluntario para que los datos que deriven de mi participación en este proyecto sean publicado en ámbitos de divulgación científica.

Lo que declaro en Castellón con fecha.....

Fdo.....

A/E = 30 +	-	=
A/R = 21 +	-	=

STAI-ER

Nombre.....	Código/DNI
Edad	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Diagnóstico	Entrevistador
	Fecha

INSTRUCCIONES A-E

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento segura	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias	0	1	2	3
Futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desaseado	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora vuelva la hora y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

STAI-A/R

Nombre.....	Código/DNI
Edad	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Diagnóstico	Entrevistador
	Fecha

INSTRUCCIONES A-R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno mismo a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Ud. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Soy feliz	0	1	2	3
39. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
40. Soy una persona estable	0	1	2	3
41. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLO
RESPUESTA

BDI-13

(Beck, Rial y Rickels, 1974)

A continuación aparecerán varias afirmaciones. Por favor, lee con atención cada una de ellas y señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor tus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Asegúrate de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

(1)

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

(2)

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 No hay nada que espere con ilusión.
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.

(3)

- 0 No me siento fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás sólo veo un fracaso tras otro.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

(4)

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no tengo verdadera satisfacción por las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

(5)

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

(6)

- 0 No me siento descontento conmigo mismo.
- 1 Estoy descontento conmigo mismo.
- 2 Me avergüenzo de mí mismo.
- 3 Me detesto.

(7)

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía poner fin a mi vida.
- 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.

(8)

- 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- 3 He perdido todo interés por los demás.

(9)

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes.
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3 Ya no puedo tomar ninguna decisión en absoluto.

(10)

- 0 No tengo la sensación de tener peor aspecto que antes.
- 1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo.
- 2 Tengo la sensación de que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer poco atractivo.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

(11)

- 0 Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme mucho par hacer cualquier cosa
- 3 No puedo hacer nada en absoluto.

(12)

- 0 No me canso más que antes.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

(13)

- 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

ESCALA DE MIEDO Y EVITACIÓN
(Adaptado de Marks y Mathews, 1979)

Nombre.....		Código/DNI	
Edad	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Entrevistador	
Diagnóstico		Fecha	

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar normalmente y que supondrían una mejora significativa en su vida cotidiana.

Conducta 1: _____

Conducta 2: _____

Conducta 3: _____

Conducta 4: _____

ESCALA DE MIEDO

Señale cuánto miedo experimenta Ud. en cada una de las conductas objetivo según la siguiente escala. Escriba el número correspondiente al lado de cada una de las conductas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco			Algo		Bastante			Mucho

Conducta 1:

Conducta 2:

Conducta 3:

Conducta 4:

ESCALA DE EVITACIÓN

Indique con qué frecuencia evita Ud. cada una de las conductas-objetivo, señaladas arriba, a causa del miedo o de sensaciones corporales desagradables. Escriba el número correspondiente de la escala al lado de cada una de las conductas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Pocas veces			Algunas veces		Muchas veces			Siempre

Conducta 1:

Conducta 2:

Conducta 3:

Conducta 4:

PENSAMIENTOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LAS CONDUCTAS OBJETIVO

Señale a continuación el pensamiento que hace que le resulte difícil realizar cada una de las conductas objetivo.

Conducta 1:
Pensamiento _____

Conducta 2:
Pensamiento _____

Conducta 3:
Pensamiento _____

Conducta 4:
Pensamiento _____

GRADO DE CREENCIA

Señale el grado de creencia que tiene acerca de la veracidad de cada uno de los pensamientos negativos asociados a las conductas objetivo. Escriba el número correspondiente al lado de cada uno de los pensamientos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco			Algo		Bastante			Mucho

Pensamiento 1:

Pensamiento 2:

Pensamiento 3:

Pensamiento 4:

CONDUCTAS OBJETIVO (ordenador)

Vamos a trabajar para que puedas lograr una serie de conductas objetivo.

Puede haber distintas conductas objetivo para distintas personas, pero todas ellas se referirán a cosas que una persona *no hace* o *hace con gran malestar y dificultad*, debido al *miedo a hablar* o a interactuar delante de otras personas.

A continuación vamos a localizar las situaciones con las que usted no se siente cómodo. Señala, utilizando la escala, cuánto miedo o malestar experimentarías "si tuvieras que hablar en cada una de estas situaciones" y en que medida las evitarías.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin miedo Nunca la evito		Poco miedo Raramente la evito			Miedo moderado. A veces la evito			Bastante miedo La evito bastante		Much o miedo Siempre la evito

	Miedo/ Temor	Evitación
a) CLASE (7-8 personas)	_____	_____
b) CLASE (20-30 personas)	_____	_____
c) ENTREVISTA DE TRABAJO (mujer)	_____	_____
d) ENTREVISTA DE TRABAJO (hombre)	_____	_____
e) TRIBUNAL DE OPOSICIÓN (tribunal compuesto por 2 miembros de sexo masculino)	_____	_____
f) TRIBUNAL DE OPOSICIÓN (tribunal compuesto por 2 miembros de sexo femenino)	_____	_____
g) TRIBUNAL DE OPOSICIÓN (tribunal compuesto por 2 miembros de ambos sexos)	_____	_____
h) TRIBUNAL DE OPOSICIÓN (tribunal compuesto por 3 miembros de sexo masculino)	_____	_____
i) TRIBUNAL DE OPOSICIÓN (tribunal compuesto por 3 miembros de sexo femenino)	_____	_____
j) TRIBUNAL DE OPOSICIÓN (tribunal compuesto por 3 miembros de ambos sexos)	_____	_____

	Miedo/ Temor	Evitación
k) TRIBUNAL DE OPOSICIÓN (tribunal compuesto por 5 miembros de ambos sexos)	_____	_____
l) EXAMEN ORAL (3 profesores/ as)	_____	_____
ll) EXAMEN ORAL (5 profesores/ as)	_____	_____
m) REUNIÓN (9 compañeros/ as)	_____	_____
n) CONGRESO (50 personas)	_____	_____
ñ) BANQUETE DE BODA (50 personas)	_____	_____

¿Hay alguna circunstancia que haga que tu miedo más o menos intenso?

Indica el grado de malestar que experimentas si tienes que hablar a un *grupo grande* de personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningun a ansieda d		Ligera ansiedad			Ansieda d modera da		Bastante ansiedad			Ansieda d máxima

Indica el grado de malestar que experimentas si tienes que hablar ante personas del *sexo opuesto*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningun a ansieda d		Ligera ansiedad			Ansieda d modera da		Bastante ansiedad			Ansieda d máxima

Indica el grado de malestar que experimentas si tienes que hablar ante personas del *mismo sexo*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningun a ansieda d		Ligera ansiedad			Ansieda d modera da		Bastante ansiedad			Ansieda d máxima

**ESCALA DE EXPECTATIVAS DE CAMBIO Y MOTIVACIÓN HACIA EL
TRATAMIENTO**

(Botella et al., 2001)

1. ¿En qué medida estás *motivado para comenzar* el tratamiento que te acabamos de explicar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto	Muy poco		Poco		Ni mucho ni poco		Bastante		Mucho	Totalmente

Indica en qué grado confía en la eficacia de los tratamientos psicológicos en general.
Rodee con un círculo el número que mejor refleje su opinión:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto	Muy poco		Poco		Ni mucho ni poco		Bastante		Mucho	Totalmente

3. Indique en qué grado confía en mejorar en la conducta objetivo principal como consecuencia del tratamiento que va a recibir.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto	Muy poco		Poco		Ni mucho ni poco		Bastante		Mucho	Totalmente

**CUESTIONARIO DE CONFIANZA HACIA EL PROGRAMA DE
TRATAMIENTO**
(Botella et al., 2001)

1. Internet como un medio en el que puedo encontrar información para solucionar problemas personales

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto	Muy poco		Poco		Ni mucho ni poco		Bastante		Mucho	Totalmente

2. En qué medida confío en los ordenadores como un instrumento de ayuda para solucionar mi problema

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto	Muy poco		Poco		Ni mucho ni poco		Bastante		Mucho	Totalmente

3. En qué medida confío en este programa de tratamiento que puedo aplicar por mí mismo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto	Muy poco		Poco		Ni mucho ni poco		Bastante		Mucho	Totalmente

4. En qué medida confío en mí para aplicarme este programa

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto	Muy poco		Poco		Ni mucho ni poco		Bastante		Mucho	Totalmente

ESCALA DE INADAPTACIÓN

(EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

NOMBRE: _____
TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

TRABAJO

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada					Muchísimo

VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada					Muchísimo

TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva,...) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada					Muchísimo

RELACIÓN DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada					Muchísimo

VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada					Muchísimo

ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada					Muchísimo

ESCALA DE INADAPTACIÓN (ordenador)

¿Ha interferido el miedo en su vida, trabajo, actividades sociales, familia, etc.? ¿Se ha visto su trabajo o rendimiento académico afectados por estos miedos?

Evalúe la interferencia causada por el miedo según esta escala:

Trabajo/ estudios

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

Familia

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

Actividades sociales

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

Vida en general

0	1	2	3	4
Ninguna	Poca	Algo	Bastante	Mucha

EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE POR EL TERAPEUTA
(EEPT; adaptado de Guy, 1976)

Nombre.....	Código/DNI
Edad	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Diagnóstico	Entrevistador
	Fecha

1. Teniendo en cuenta la información recabada con anterioridad, evaluaría el estado global de este paciente como:

0.	Normal	
2.	Ligeramente perturbado	
4.	Moderadamente perturbado	
6.	Bastante perturbado	
8.	Muy gravemente perturbado	

2. A partir de la presente evaluación, diría que el paciente se encuentra frente al momento en que se obtuvo la línea base:

1. Mucho mejor	2. Bastante mejor	3. Un poco mejor	4. Sin cambios	5. Un poco peor	6. Bastante peor	7. Mucho peor
----------------	-------------------	------------------	----------------	-----------------	------------------	---------------

EVALUACIÓN SEMANAL DEL PACIENTE
(adaptado de Guy, 1976).

Nombre.....	Código/DNI
Edad	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Diagnóstico	Entrevistador
	Fecha

1. ¿ En qué medida usted teme hablar en público?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Mucho

2. ¿ En qué medida usted evita hablar en público?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Mucho

3. En general, ¿qué grado de interferencia le ha causado su miedo a hablar en público en la última semana?

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi Nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

4. Respecto a la semana pasada usted se ha encontrado:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mejor	Bastante Mejor	Un poco mejor	Sin cambios	Un poco peor	Bastante peor	Mucho peor

5. Respecto al inicio de este tratamiento, usted se ha encontrado

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mejor	Bastante Mejor	Un poco mejor	Sin cambios	Un poco peor	Bastante peor	Mucho peor

OPINIÓN SOBRE ESTE TRATAMIENTO AUTO-APLICADO

Después de haber realizado las sesiones de exposición, nos gustaría saber su opinión sobre este tipo de tratamiento. Por favor conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿En qué medida le ha parecido lógico este tratamiento autoaplicado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Much o

2. ¿En qué medida ha quedado *satisfecho* con este programa de tratamiento auto-aplicado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Much o

3. ¿En qué medida le recomendaría este tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										Siempre

4. ¿En qué medida cree que un programa de tratamiento auto-aplicado podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Mucho

5. ¿En qué medida este tratamiento le ha resultado aversivo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Mucho

6. ¿En qué medida le ha resultado *útil* este programa de tratamiento autoaplicado para superar su miedo a hablar en público?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Much o

7. Valore la utilidad de cada uno de los componentes del tratamiento:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

Componente educativo	Técnica de cambio de pensamiento	Técnica de exposición

8. Valore la utilidad de cada uno de los escenarios practicados:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

Clase	Tribunal	Entrevista trabajo	Congreso	Reunión	Boda

9. Valore el grado de dificultad en el manejo de este programa

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Mucho

10. De qué forma cree que podría mejorarse este programa de tratamiento autoaplicado?.....

.....