

## EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN FOCALIZACIÓN ATENCIONAL EN LA FOBIA SOCIAL: UN ESTUDIO DE CASO<sup>1</sup>

Rosa M. Baños<sup>\*</sup>  
Cristina Botella<sup>\*\*</sup>  
Soledad Quero<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Universidad de Valencia

<sup>\*\*</sup> Universidad Jaume I de Castellón

### RESUMEN

*El presente trabajo es un estudio de caso de una persona diagnosticada de fobia social a la que se le aplicó un Entrenamiento en Foco Atencional (EFA) dentro de un programa de tratamiento cognitivo-comportamental más amplio. El procedimiento consistió en entrenar a la paciente a cambiar el foco de su atención sobre aspectos amenazantes (internos o externos) hacia aspectos no amenazantes (internos o externos). Los resultados indicaron que el EFA utilizado fue eficaz, ya que se produjeron los cambios esperados, tal y como se observó en el Cuestionario de Foco Atencional (CFA) y en una escala que evaluaba el grado en el que la paciente focalizaba su atención hacia sí misma cuando se encontraba con situaciones sociales. El EFA también se relacionó*

---

Correspondencia: Dra. Rosa M. Baños Rivera, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia. Número de Fax: 96 3864669. Dirección de e-mail: banos@uv.es.

<sup>1</sup>Este trabajo ha sido realizado gracias a una beca de investigación de Formación de Personal Investigador concedida por la Conselleria de Cultura, Educació i Ciència (Generalitat Valenciana) (GV-2421/94) y al proyecto Fundació Caixa-Castelló (P1B97-02).

*con una mejoría en otras medidas de autoinforme: Test de Autoafirmaciones de Interacción Social (SISST), miedo a la evaluación negativa (FNE), grado de evitación y temor a las conductas-objetivo y grado de creencia en los pensamientos negativos. Los cambios en el tratamiento se mantuvieron en un seguimiento a los 3 meses.*

**Palabras clave:** FOBIA SOCIAL, SESGO ATENCIONAL, ATENCIÓN AUTO-FOCALIZADA, ENTRENAMIENTO ATENCIONAL.

## SUMMARY

*The present study is a case report of a social phobic who trained a change on her attentional focus with a broader cognitive-behavioural treatment program. The procedure lay on training the patient to change her attentional focus from threatening aspects (internal or external) towards non-threatening aspects (internal or external). Results indicated that the Attentional Focus Training (AFT) employed produced changes in the focus of attention, as it was measured by the Attentional Focus Questionnaire (AFQ) and a scale rating the degree of the patient's self-focus when engaged in social situations. The AFT was also related to an improvement in self-reported measures of thoughts (SISST), fear of negative evaluation (FNE), degree of avoidance and fear of target-behaviours, and degree of belief in negative thoughts. Treatment gains were maintained at 3 months follow-up assessment.*

**Key words:** SOCIAL PHOBIA, ATTENTIONAL BIAS, SELF-FOCUSED ATTENTION, ATTENTIONAL TRAINING.

## INTRODUCCIÓN

Las teorías cognitivas actuales sobre los trastornos de ansiedad señalan la importancia de la presencia de un sesgo atencional en los trastornos de ansiedad (p.ej., Beck y Emery, 1985; Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1997). La mayoría de los estudios que

investigan la presencia de estos sesgos en los trastornos de ansiedad se diseñaron con el objetivo de comprobar si los individuos ansiosos distribuyen de un modo preferente sus recursos atencionales hacia la amenaza (p.ej., Mathews y MacLeod, 1985, 1986; Mathews y Klug, 1993). Por lo que se refiere a la fobia social, un gran número de estudios ha demostrado que los pacientes dirigen sus recursos atencionales prioritariamente hacia la información relacionada con la amenaza, esto es, sus miedos sociales (p.ej., Amir, McNally, Riemann, Burns, Lorenz y Mullen, 1996; Hope, Rapee, Heimberg y Dombeck, 1990; McNeil, Ries, Taylor, Boone, Carter, Turk y Lewin, 1995).

Teniendo en cuenta todos estos datos, los modelos cognitivos más recientes sobre la fobia social han indicado que esta distribución sesgada de los recursos atencionales hacia la amenaza podría estar jugando un papel central en el mantenimiento de este trastorno. Por ejemplo, el modelo cognitivo de Clark y Wells (1995) enfatiza el hecho de que los individuos con fobia social focalicen su atención en gran medida hacia sí mismos como objetos sociales. Esto hace que estos individuos desplieguen su atención hacia aspectos internos de ellos mismos, de modo que la ejecución social resulta más difícil y se reduce la consciencia de información interpersonal objetiva (p.ej., algunos individuos con fobia social creen que son el centro de atención y que los demás se aburren con ellos en una situación social, además, suelen prestar poca atención a otras personas, por lo que resulta difícil descubrir o comprobar si estas creencias son realmente ciertas). Según este modelo, los pacientes fóbicos sociales se centran en una percepción *auto-generada* de su ejecución en las situaciones sociales y asumen erróneamente que esta percepción refleja de forma exacta el modo en que son percibidos por los demás. Por su parte, y a diferencia de Clark y Wells (1995), Rapee y Heimberg (1997) han señalado que los individuos con fobia social dividen sus prioridades atencionales entre dos focos amenazantes: una auto-representación interna negativa y una serie de indicadores externos de evaluación negativa (tales como la expresión facial negativa, la expresión verbal negativa, etc.).

De lo anterior se desprende la necesidad de abordar este sesgo atencional desde una perspectiva terapéutica. Algunos investigado-

res (p.ej., Hartman, 1983; Ingram, 1990) incluso han argumentado que el tratamiento psicológico tendrá éxito sólo en la medida en que implique un decremento de la atención auto-focalizada. En esta línea, Wells y Matthews (1994) han sugerido que la tendencia disfuncional a focalizar la atención sobre uno mismo (atención auto-focalizada) podría constituir un indicio de la existencia de un "síndrome atencional-cognitivo" subyacente a los trastornos emocionales y, por lo tanto, el cambio de creencias específicas por medio de los tratamientos cognitivo-comportamentales podría no ser suficiente para modificar estas estrategias atencionales disfuncionales. Sin embargo, hasta el momento, pocos estudios han aplicado un procedimiento de entrenamiento atencional con el objetivo de cambiar este sesgo cognitivo. En el caso del trastorno de pánico, Wells (1990) comparó la eficacia de un entrenamiento atencional y un entrenamiento en relajación autógeno en pacientes con este trastorno. Los resultados mostraron que tal procedimiento consiguió eliminar los ataques de pánico, mientras que el entrenamiento autógeno incrementaba su frecuencia. En un segundo estudio, Papageorgiou y Wells (1998) aplicaron este procedimiento atencional a tres pacientes diagnosticados de hipocondría primaria. Los resultados mostraron mejorías clínicamente significativas en las medidas de auto-informe de afecto, conducta relacionada con la enfermedad y cognición después del entrenamiento atencional.

Con respecto a la fobia social, Woody, Chambless y Glass (1997) aplicaron un entrenamiento en atención durante el curso de un tratamiento cognitivo-comportamental aplicado en grupo. Los pacientes recibieron instrucciones para que incrementaran su atención hacia estímulos y sucesos externos durante las interacciones sociales y para que utilizaran la respiración diafragmática. Estas instrucciones se dieron en una sesión al inicio del tratamiento y se repitieron durante los ensayos de juego de roles que tenían lugar más adelante. Los resultados mostraron un decremento del auto-foco a lo largo del tratamiento. Wells y Papageorgiou (1998) también estudiaron el efecto de un procedimiento de entrenamiento atencional sobre la eficacia de un tratamiento de exposición breve para la fobia social. Estos autores compararon la eficacia de una técnica de exposición breve más el entrenamiento de foco atencional externo, con la técnica

de exposición sola. En la primera condición, a los pacientes se les pedía que centraran su atención en otras personas o en lo que estaba sucediendo en las situaciones sociales temidas, para comprobar si sus miedos eran verdaderos o no. Los resultados mostraron que la exposición más la manipulación del foco atencional externo era significativamente más eficaz que la exposición sola en producir una reducción de la ansiedad y de las creencias negativas.

Los estudios anteriormente mencionados señalan la importancia de la atención, no sólo en el mantenimiento de la fobia social, sino también en el grado de cambio logrado después del tratamiento. Sin embargo, los procedimientos de entrenamiento atencional descritos anteriormente sólo tomaron en consideración la distinción entre foco atencional interno y externo. Como antes señalábamos, de los planteamientos de autores como Rapee y Heimberg (1997) se desprende que sería necesario tener en consideración dos distinciones (foco interno *versus* externo y foco sobre la amenaza *versus* la no amenaza) en el diseño de cualquier entrenamiento dirigido a conseguir cambios en el foco atencional de los individuos con fobia social. Esto significa que se debería instruir a los pacientes a: a) dirigir su atención no sólo lejos de la representación mental negativa, sino también lejos de los indicadores externos de evaluación negativa y b) atender a la tarea que se está realizando en ese momento y también a aspectos más positivos de sí mismos y del ambiente.

El objetivo de este estudio es analizar los efectos de un procedimiento de Entrenamiento del Foco Atencional (EFA), aplicado dentro de un programa de tratamiento cognitivo-comportamental, en una paciente diagnosticada de fobia social. En primer lugar, se desarrolló un cuestionario (Baños, Botella, Gallardo y Quero, en preparación) compuesto por cuatro escalas que combinan el foco externo/interno con el foco de atención amenazante/no-amenazante. Y, en segundo lugar, se aplicó el EFA, entrenando a la paciente a cambiar su foco atencional desde la información interna y externa amenazante hacia la información interna y externa no amenazante (fuera esta positiva o neutra). Las hipótesis de este estudio fueron las siguientes: a) el EFA producirá un decremento en el foco atencional hacia la información amenazante (interna y externa); b) el EFA incrementará el foco atencional hacia la información no amenazante (interna y ex-

terna); y c) estos cambios en el foco atencional, estarán asociados a mejoría terapéutica.

## MÉTODO

### Paciente

La paciente era una mujer, estudiante de Psicología, de 19 años de edad, que acudió en busca de tratamiento psicológico al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I de Castellón. La paciente cumplía los criterios del DSM-IV para la fobia social generalizada (APA, 1994). La evaluación de la comorbilidad en el eje II señaló que la paciente también cumplía los criterios del trastorno de personalidad por evitación. No había recibido tratamiento psicológico previo para la fobia social ni para otro trastorno psicológico y no estaba tomando ninguna medicación psicotrópica. La paciente se sentía ansiosa y nerviosa cuando se encontraba en situaciones sociales donde podía ser observada o evaluada por otros (p.ej., hablar delante de sus compañeros de clase) y mientras estaba haciendo alguna actividad (p.ej., comer delante de otras personas). Además, tenía miedo de estas situaciones no sólo porque podía actuar de un modo que le hiciera sentirse violenta o humillada (p.ej., hacer el ridículo), sino también porque los otros podrían darse cuenta de que se estaba poniendo nerviosa. De forma especial, la paciente tenía miedo de ruborizarse cuando se encontraba en las situaciones sociales mencionadas. Las situaciones sociales que más temía y evitaba eran iniciar y mantener conversaciones con gente desconocida, comer en público y hablar delante de un grupo de personas. Durante las sesiones de evaluación la paciente informó que su problema empezó durante su infancia cuando asistía al colegio, concretamente, recordaba ser una niña tímida y como no se relacionaba con otros niños a causa de su timidez, se reían de ella. De acuerdo con su puntuación en una escala de interferencia de puntos (0: Nada; 5: Mucho), el problema le estaba interfiriendo gravemente (dio la máxima puntuación) en todas las áreas de su vida (los estudios, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la relación familiar).

## Medidas

### **a) Medidas obtenidas a lo largo del EFA**

En el período del EFA, la paciente cumplimentó las siguientes medidas diarias.

- *Nivel subjetivo de ansiedad antes del EFA*: Consiste en una escala de USAs de 0 a 10, donde 0 significa "Ninguna ansiedad antes de dar la charla" y 10 es "Extremadamente ansiosa antes de dar la charla"

- *El Cuestionario de Foco Atencional (CFA)* (Baños, Botella, Gallardo y Quero, en preparación) (ver Apéndice 1). Es un cuestionario compuesto por un total de 16 ítems, desarrollado por nuestro grupo, que intenta evaluar la atención de las personas hacia la información externa en una situación social y hacia la información interna referida a uno mismo. El CFA se compone de 4 escalas: a) Amenaza interna (ítems 4, 6, 10 y 14); b) Amenaza externa (ítems 3, 7, 11 y 16); c) No amenaza interna (ítems 1, 8, 12 y 15); d) No amenaza externa (ítems 2, 5, 9 y 13). Cada ítem se puntúa utilizando una escala de 5 puntos cuyo rango oscila de "No me he fijado en absoluto" a "Me he fijado totalmente".

- *El Test de Auto-Afirmaciones de Interacción Social (SISST; Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982)*. El SISST tiene dos subescalas de 15 ítems que evalúan la frecuencia de auto-afirmaciones positivas (facilitadoras) y negativas (inhibidoras) en situaciones sociales heterosexuales. La persona evalúa en una escala de 5 puntos con qué frecuencia ha experimentado cada pensamiento durante una interacción. En este estudio se utiliza una versión modificada en la que se han cambiado algunos de los ítems de modo que se refiriesen a la tarea de la charla. También se ha cambiado el formato de respuesta a una respuesta dicotómica (SI/NO).

### **b) Otras Escalas y Cuestionarios**

Las siguientes medidas se obtuvieron semanalmente a lo largo del tratamiento:

- *Evitación y Temor de las conductas-objetivo de la terapia*: Consiste en una escala de 0 a 10 donde 0 significa "Nada de Miedo";

Ninguna Evitación” y 10 significa “Mucho Miedo; Evitación total”. Las conductas-objetivo eran iniciar una conversación con gente desconocida (Conducta 1) y mantener una conversación con gente desconocida (Conducta 2).

- *Grado de Creencia en los principales pensamientos negativos*: Consiste en una escala de 0 a 10 (0: “No me creo el pensamiento en absoluto”; 10: “Creo que el pensamiento es totalmente verdadero”) donde se registra el grado de creencia en los pensamientos negativos más frecuentes que tenía la paciente cuando se enfrentaba a las situaciones sociales. Los pensamientos eran: “Estoy perdiendo el control” (Pensamiento 1), “Pareceré tonta” (Pensamiento 2), “Soy inadecuada” (Pensamiento 3) y “Causaré una mala impresión” (Pensamiento 4).

- *La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE-Versión breve; Leary, 1983)*: Esta escala evalúa la aprensión de una persona a ser evaluada negativamente por otras personas y es una de las medidas más ampliamente utilizada para evaluar el cambio después del tratamiento. La persona tiene que indicar cómo de característica es en ella cada una de las 12 afirmaciones de acuerdo con una escala de 5 puntos (1: “Nada característico en mí”; 5: “Extremadamente característico en mí”).

- *Auto-atención cuando se enfrentaba a situaciones sociales difíciles*: Consiste en una escala de 0 a 10, donde 0 significa “Nada” y 10 significa “Muchísimo”. Se le pedía a la paciente que evaluara el grado el que había estado pendiente de sí misma cuando se encontraba en las situaciones sociales temidas.

- *Test de Evitación Conductual (BAT)*: Consiste en dar una charla de 5 minutos frente a una audiencia de 3 personas (la terapeuta y dos miembros del equipo que la paciente no conocía). La paciente tenía que elegir tres temas sobre los que tenía que hablar de un total de 20 temas. Los temas se referían a cuestiones inocuas, que no incluían valores personales o sociales o información amenazante (por ejemplo “¿Películas en cine o en vídeo?”, “Anuncios de TV”, “Vacaciones”). La paciente podía hablar de uno, de dos o de los tres temas, siempre que se ajustara a los temas escogidos, y disponía de tres minutos para preparárselos. La charla podía durar un máximo de 10 minutos, aunque a la paciente se le pedía que hablara durante



un mínimo de tres minutos. El BAT sirvió para ofrecer puntuaciones pre-test y post-test, con el fin de evaluar los cambios en el foco atencional y los pensamientos medidos mediante el CFA y el SISST, respectivamente.

### Programa de tratamiento

Se aplicó un programa de tratamiento de 11 sesiones en total con los siguientes componentes terapéuticos: 1) Componente educativo (sesiones 1 a 5) donde se trataban cuestiones tales como qué es la ansiedad y la fobia social; 2) Componente de reestructuración cognitiva (sesiones 2 a 9) que consistía básicamente en identificar y discutir las creencias irracionales o pensamientos negativos relacionados con la fobia social; 3) Componente de exposición (sesiones 5 a 9), el cual se aplicó mediante juegos de roles en sesión y mediante el desarrollo de una jerarquía estructurada de exposición en la vida real a las situaciones y actividades que la paciente temía; 4) Componente de *video-feedback* (sesiones 7 y 8) donde algunas de las exposiciones mediante juego de roles se grabaron en vídeo con el objetivo de proporcionar a la paciente la oportunidad de contrastar la imagen que ella tenía desde una perspectiva de observador (es decir, la apariencia que ella temía poder estar dando a los demás) con la imagen real que estaba realmente ofreciendo a los demás cuando se encontraba en una situación social; 5) Prevención de recaídas (sesiones 10 y 11), dirigido a la detección de las creencias residuales en los pensamientos negativos más frecuentes de la paciente y las situaciones de alto riesgo.

Por último, el componente de Entrenamiento en Focalización de la Atención (EFA) (Sesión 9) fue diseñado por nuestro equipo y consistía en la grabación de una audiencia de 8 personas (miembros del equipo que la paciente no conocía) en una cinta de vídeo. Dos de los miembros de la audiencia fueron entrenados para mostrar signos facilitadores positivos (es decir, conductas positivas tales como sonreír, asentir e inclinarse hacia delante). Un tercer miembro fue entrenado para mostrar conductas perturbadoras negativas (tales como mirarse el reloj, bostezar, mantener una postura corporal

de rechazo inclinándose hacia atrás en la silla, mirar al techo o suspirar). El resto de miembros de la audiencia se mostraban neutrales. La paciente tenía que dar una charla de 5 minutos ante esta audiencia todos los días durante 14 días consecutivos.

### Procedimiento

El diagnóstico de la paciente se llevó a cabo en dos sesiones de evaluación en las que también cumplimentó diversos cuestionarios específicos de fobia social. También se aplicó en un primer seguimiento realizado a los 3 meses después de finalizado el tratamiento. El programa de tratamiento se aplicó después de las dos sesiones de evaluación.

Las instrucciones proporcionadas en el EFA fueron las siguientes: "La tarea que vas a realizar consiste en dar una charla de 5 minutos, como la que diste en el BAT durante las sesiones de evaluación, pero esta vez lo harás delante de una audiencia grabada en esta cinta de vídeo. Es importante que te impliqués en la tarea. Para ello, imagina que la situación es real, que estás dando una charla real frente a una audiencia real, que te está escuchado de verdad. Intenta evitar cualquier interrupción que pueda distraerte de la tarea. Mientras estés dando la charla, intenta focalizar tu atención sobre aspectos no amenazantes (positivos o neutros) de la situación o de ti misma. Centra tu atención en cualquier cosa que facilite la tarea que estás haciendo en ese momento. Puedes preparar un pequeño guión sobre lo que vas a decir. Justo antes de empezar, registra tu nivel de ansiedad en las escalas preparadas para ello. Inmediatamente después de terminar, cumplimenta los cuestionarios que te han proporcionado: el CFA y el SISST. Recuerda que tienes que imaginarte que estás hablando en público, en una situación real, con una audiencia real".

A la paciente se le había explicado de antemano y se le habían ofrecido ejemplos de aspectos amenazantes y no amenazantes (positivos o neutros) a los que podía prestar atención cuando se enfrentara a una situación social, como dar una charla. La paciente practicó durante 14 días consecutivos. Durante este período no se realizaron sesiones de terapia.

## RESULTADOS

### a) Medidas obtenidas a lo largo del EFA

*Nivel Subjetivo de Ansiedad:* Como se puede observar en la Figura 1, el nivel subjetivo de ansiedad experimentado por la paciente antes de dar la charla disminuyó a lo largo de las sesiones. Se dio el fenómeno de habituación esperado y la paciente se sentía menos ansiosa los últimos días del EFA. Los altos niveles de ansiedad experimentados durante los primeros días ponen de manifiesto la eficacia de la utilización de una audiencia grabada en una cinta de vídeo como un procedimiento de exposición apropiado.

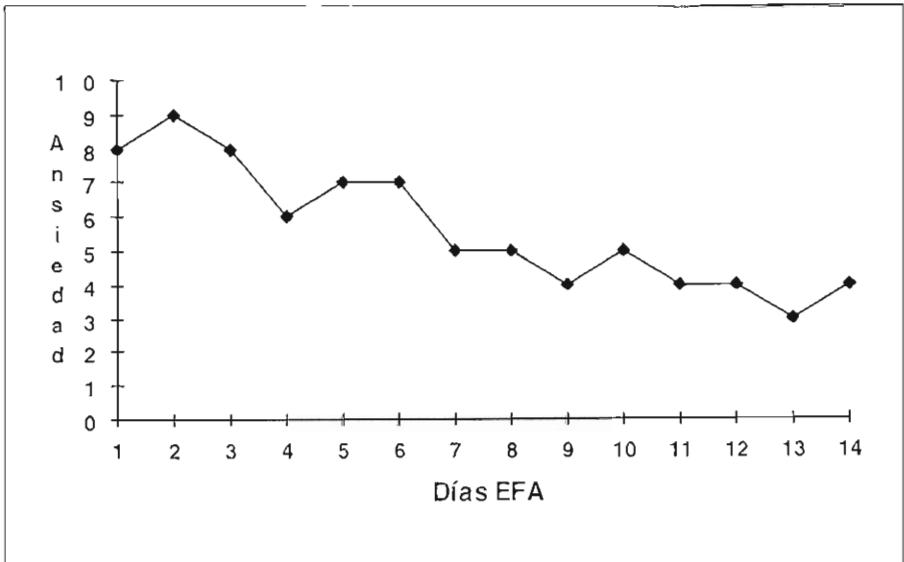


Figura 1.- Nivel de ansiedad antes de dar la charla durante el EFA

*Focalización de la Atención (CFA):* De acuerdo con las hipótesis, se produjo una disminución considerable en la focalización de la atención sobre la amenaza, tanto para la información amenazante interna (auto-atención hacia los aspectos negativos de uno mismo)

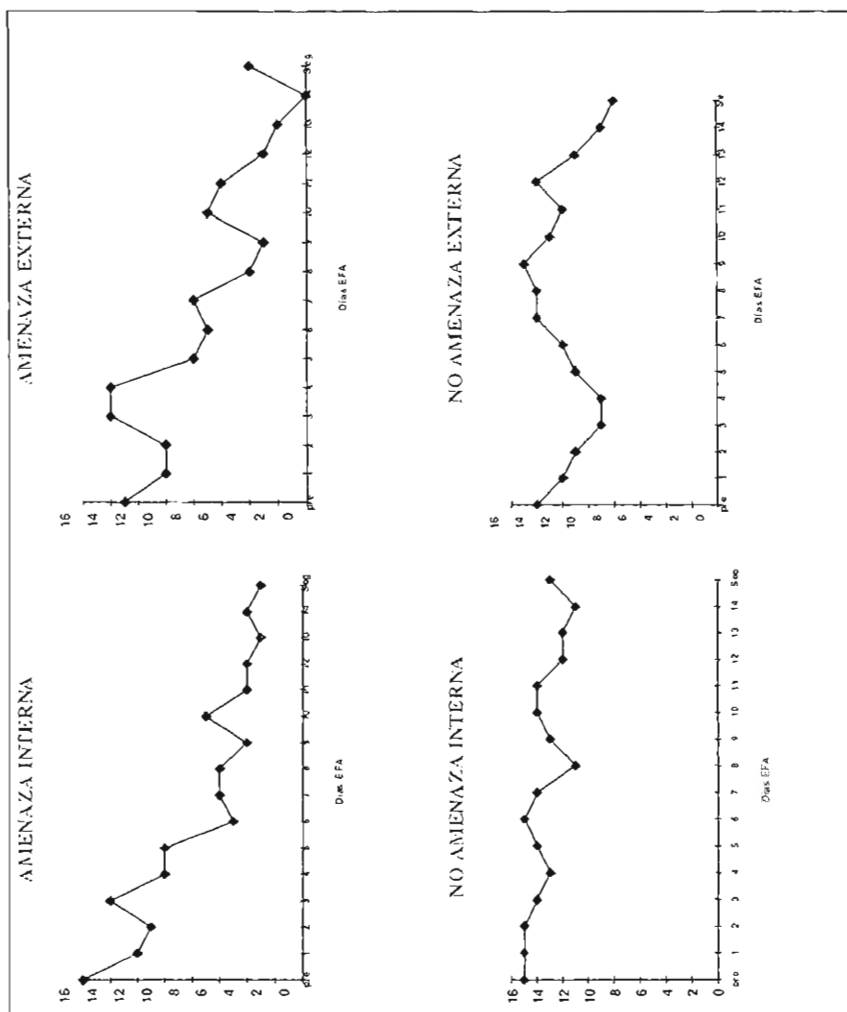


Figura 2.- Puntuaciones obtenidas en el CFA a lo largo del EFA

como para la información amenazante externa (atención hacia aspectos negativos del ambiente o de otros) (ver Figura 2). Sin embargo, en contra de lo esperado, no aumentó la focalización de la atención hacia aspectos no amenazantes (internos o externos), produciéndose oscilaciones a lo largo del entrenamiento. De todos modos, se debería tener en cuenta que esta paciente en particular obtuvo puntuaciones altas en ambas escalas (no amenaza interna y externa) desde el principio del entrenamiento.

*Pensamientos Positivos/Negativos (SISST)*: La Figura 3 muestra las valoraciones de la paciente para los pensamientos positivos y negativos experimentados durante el EFA. Mientras que los pensamientos negativos disminuyeron dramáticamente a lo largo del entrenamiento (llegando incluso a no tener ninguno al final del entrenamiento), los pensamientos positivos aumentaron considerablemente el primer día y se mantuvieron en una tasa alta hasta el final del entrenamiento. Por lo tanto, el EFA no sólo produjo un cambio en el foco de atención, sino que también influyó en que desaparecieran los pensamientos negativos ante una situación social temida.

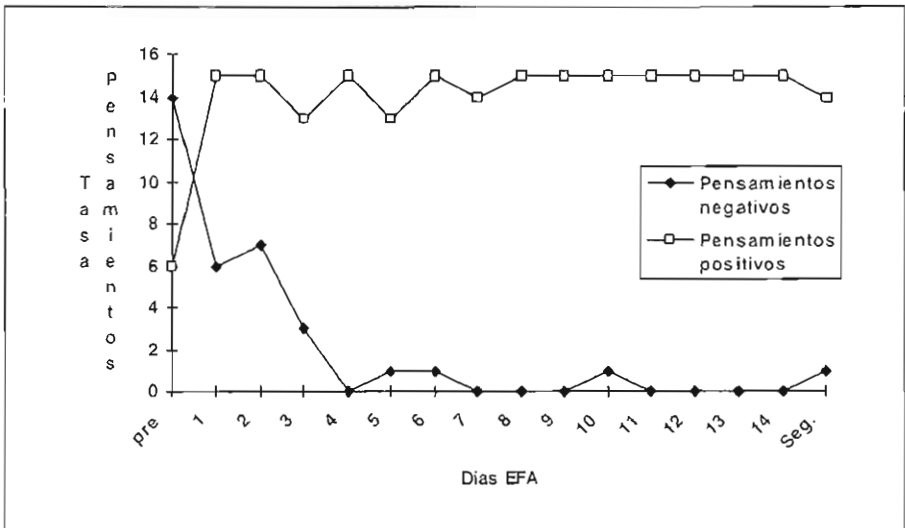


Figura 3.- Puntuaciones obtenidas en el SISST (Glass et al., 1982) a lo largo del EFA

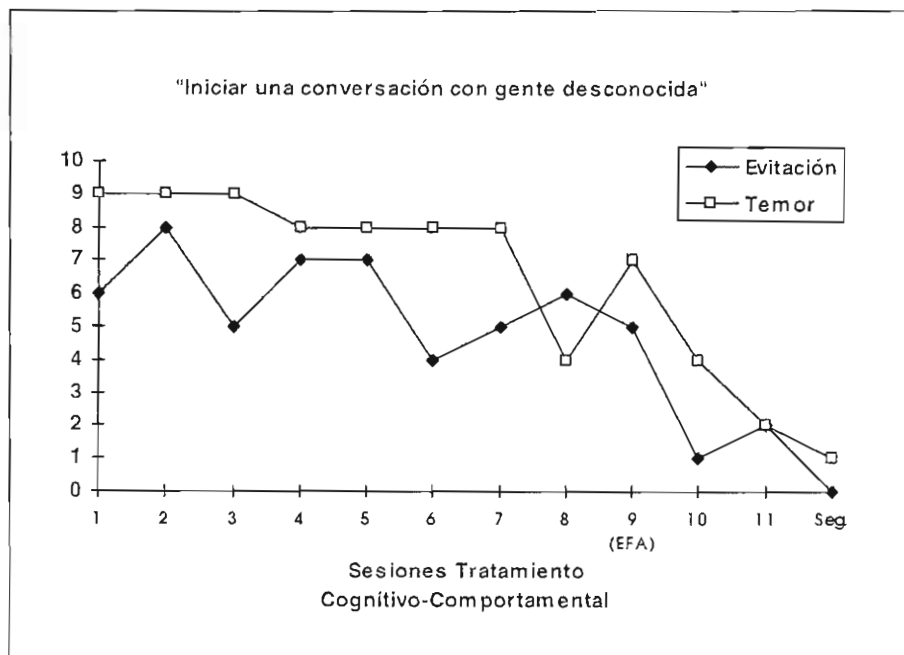
## b) Otras Escalas y Cuestionarios

*Evitación y Temor de las conductas-objetivo:* La Tabla 1 muestra las puntuaciones obtenidas en el grado de temor y evitación de las conductas-objetivo 1 y 2 antes y después del EFA. La evitación y temor a iniciar y mantener conversaciones con gente desconocida fueron menores después del entrenamiento, siendo mayor la diferencia antes-después para la evitación que para el temor. Las Figuras 4 y 5 muestran los niveles de evitación y temor para las dos conductas-objetivo a lo largo de todas las sesiones de tratamiento. Se puede observar que, aunque la evitación y el temor disminuyeron a lo largo de las sesiones, se produjo una caída de las puntuaciones de temor y evitación a partir de la sesión 9, que es cuando se introdujo el EFA. Esta caída fue mayor para los niveles de evitación.

**Tabla 1.- Evitación y Temor de las conductas-objetivo y Grado de Creencia en los pensamientos negativos antes y después del EFA y en el seguimiento**

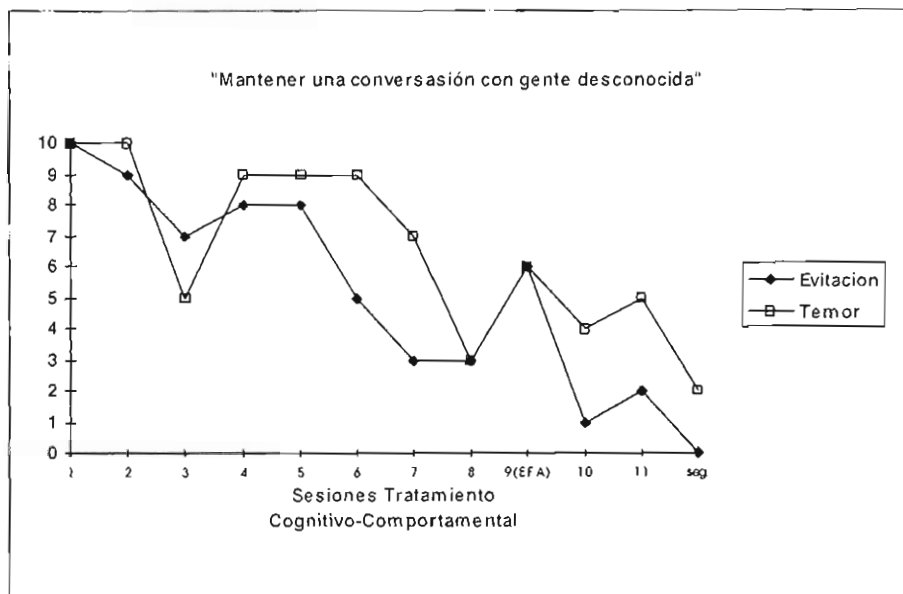
		ANTES	DESPUÉS	SEGUIMIENTO
		EFA	EFA	
EVITACIÓN	Conducta 1	5	1	0
	Conducta 2	6	1	0
TEMOR	Conducta 1	7	4	1
	Conducta 2	6	4	2
CREENCIA	Pensamiento 1	8	0	0
	Pensamiento 2	7	0	0
	Pensamiento 3	6	2	0
	Pensamiento 4	7	2	1

*Grado de Creencia en los principales pensamientos negativos de la paciente:* Como se puede ver en la Tabla 1, el grado de creencia en los pensamientos negativos disminuyó después del entrenamiento. La paciente dió puntuaciones de 0 ("No me creo el pensamiento en absoluto") para los pensamientos 1, 2 y 3.

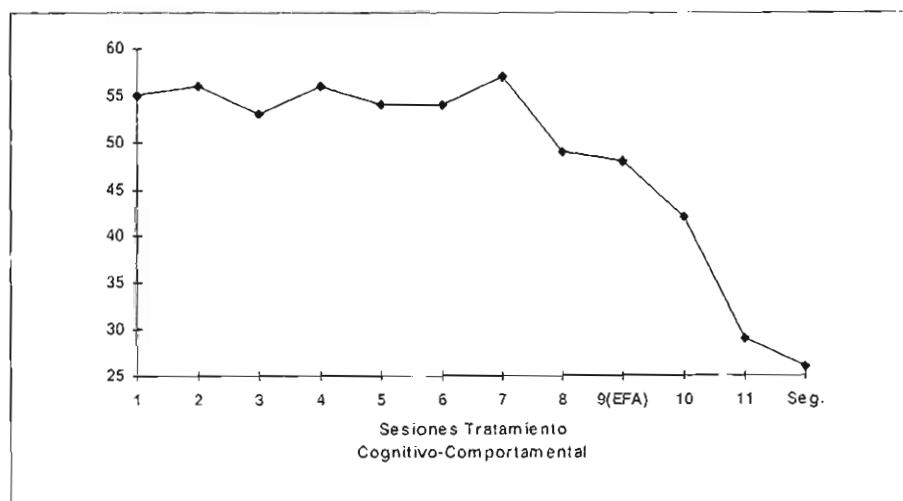


**Figura 4.- Evitación y Temor a la conducta-objetivo 1 a lo largo del tratamiento**

*Miedo a la Evaluación Negativa (FNE):* Como se puede observar en la Figura 6, las puntuaciones obtenidas en el FNE comenzaron a disminuir a partir de la sesión 9, inmediatamente después de la administración del EFA. Aunque se produjo un ligero descenso de las puntuaciones del FNE de la sesión 7 a la 8, fue después de la sesión 9 (comienzo del EFA) cuando la paciente mostró una caída considerable de esta puntuación.



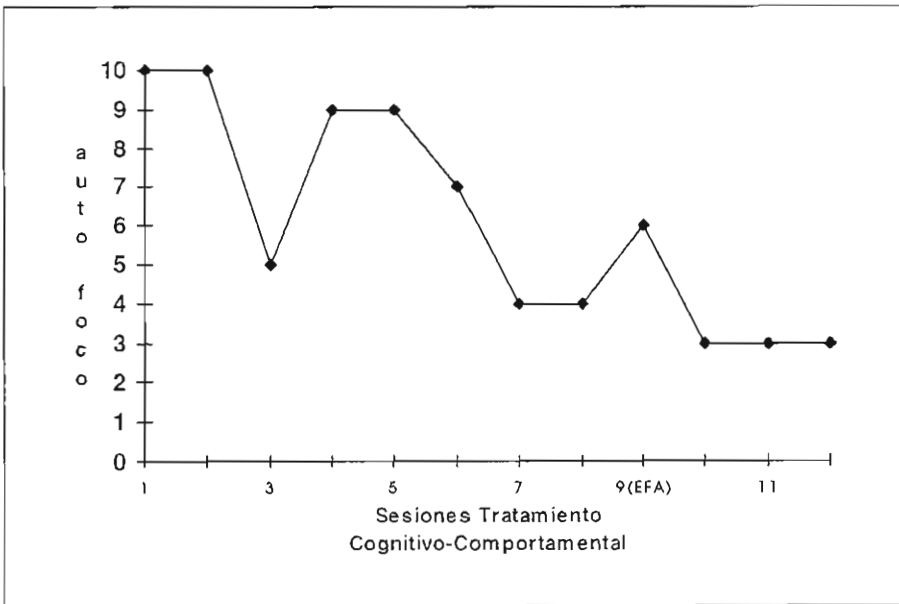
*Figura 5.- Evitación y Temor a la conducta-objetivo 2 a lo largo del tratamiento*



*Figura 6.- Puntuaciones obtenidas en el FNE (Watson y Friend, 1969)*



*Auto-foco durante las situaciones sociales difíciles:* Como se puede ver en la Figura 7, se produjeron oscilaciones en esta puntuación a lo largo del tratamiento pero, de nuevo, se dio una caída mayor de la sesión 9 a la 10, cuando se introdujo el EFA.



**Figura 7.- Puntuaciones de auto-foco en las situaciones sociales difíciles**

### c) Resultados de seguimiento

Los resultados alcanzados en todas las medidas se mantuvieron en un seguimiento a los tres meses. Con respecto al CFA (ver Figura 2), las puntuaciones de amenaza interna y externa continuaron siendo bajas. Incluso se puede observar una ligera disminución en la puntuación de amenaza interna y un ligero incremento en la puntuación de amenaza externa. En las escalas de no amenaza los cambios fueron también pequeños; la puntuación interna aumentó mientras la externa disminuyó. En cuanto a las puntuaciones del

SISST (ver Figura 3), la paciente sólo tuvo un pensamiento negativo y 15 pensamientos positivos mientras estaba dando la charla. Por lo que se refiere a la evitación y temor (ver Figuras 4 y 5), estas puntuaciones disminuyeron en el seguimiento, obteniendo 0 para la evitación y 1-2 para el temor (ver Tabla 1). La creencia en los pensamientos negativos también disminuyó (excepto en los pensamientos negativos 1 y 2 cuya creencia se mantuvo en 0) (ver Tabla 1). Las puntuaciones del FNE también disminuyeron (ver Figura 6) y el grado en el que la paciente focalizaba su atención en sí misma en las situaciones sociales difíciles se mantuvo (ver Figura 7).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio son consistentes con otros estudios previos que muestran los efectos del entrenamiento atencional sobre la fobia social. (Woody et al., 1997; Wells y Papageorgiou, 1998). Después del EFA, la paciente mejoró en las medidas de ansiedad de auto-informe, los pensamientos negativos y la atención sesgada mientras estaba dando la charla. La paciente también mejoró en otras medidas, tales como el miedo a la evaluación negativa, el grado de evitación y temor a iniciar y mantener conversaciones, el grado de creencia en los pensamientos negativos y el grado en el que había estado focalizando su atención en sí misma durante las situaciones sociales difíciles. Los mayores cambios logrados en estas medidas tuvieron lugar a partir de la introducción del EFA. Además, las ganancias del tratamiento se mantuvieron en un seguimiento realizado a los 3 meses después de finalizado el tratamiento.

Los cambios logrados en las puntuaciones del FNE son de especial relevancia porque la preocupación por la evaluación negativa ha sido considerada como un aspecto central del continuo timidez-fobia social-trastorno de personalidad por evitación (Rapee y Heimberg, 1997). Hay que destacar que la mayor disminución de las puntuaciones del FNE se produjo cuando se introdujo el EFA. Este entrenamiento también tuvo un efecto sobre otros dominios relevantes de la fobia social: las cogniciones negativas. De acuerdo con

nuestros resultados, las puntuaciones del SSIST en la subescala de pensamientos negativos disminuyeron considerablemente, y en el seguimiento la paciente sólo informó haber tenido un pensamiento negativo.

Según Wells y Papageorgiou (1998) la manipulación de la atención puede ejercer un efecto a través de tres caminos: a) facilita la desconfirmación de las creencias negativas; b) reduce la consciencia y la intensidad de los síntomas, pudiendo facilitar de este modo la evitación de la activación de una auto-imagen negativa; y c) puede mejorar la ejecución interrumpiendo el auto-foco perseverante e interrumpiendo las conductas de seguridad y, de este modo, liberando recursos para el cambio de creencias. Nosotras pensamos que estos efectos no sólo se deben a un cambio desde un foco interno a otro externo, sino también por un cambio de la atención de la información amenazante a la no amenazante. Sin embargo, Wells y Papageorgiou argumentan que las técnicas dirigidas a focalizar la atención en estímulos no amenazantes podrían considerarse distracción. Nosotras creemos que el procedimiento de entrenamiento atencional que presentamos aquí no puede considerarse una técnica de distracción, ya que no se animó a la paciente a atender a cualquier estímulo, sino a centrar su atención sobre estímulos no amenazantes tanto internos como externos relevantes para sus miedos sociales. Se le pedía explícitamente a la paciente que dirigiera sus recursos atencionales a la tarea que estaba realizando en ese momento, a aspectos más positivos, tanto del ambiente como de ella misma. Tales aspectos podían ser: los pasos a seguir para dar la charla, la apariencia, la sonrisa y el interés mostrado por los demás, la disminución de su nivel de ansiedad, la postura, los aspectos interesantes de la charla, etc. Las instrucciones administradas no sólo se referían a que dirigiera su atención lejos de su representación mental, sino también lejos de los indicadores externos de evaluación negativa. Esta aproximación tiene cierta similitud con la defendida por Wells y Papageorgiou, dado que ambas animan a los pacientes a focalizar su atención en la información que les permita desconfirmar sus miedos. Sin embargo, la principal diferencia es que estos autores enfatizan la distinción interno versus

externo, pero no tienen en cuenta la distinción amenaza versus no amenaza. Nosotras creemos que que ambas distinciones son importantes. De todos modos, sería útil, como señalaron Wells y Papageorgiou, incluir la distracción en un diseño experimental como otra condición de manipulación con el objetivo de aclarar esta diferencia.

La atención hacia la evaluación negativa externa y la atención auto-focalizada puede que estén correlacionadas, pero ambas están jugando un papel importante en el mantenimiento de la fobia social. Rapee y Heimberg (1997) han señalado que los individuos con fobia social focalizan sus recursos atencionales simultáneamente en la información amenazante interna y externa. Por lo tanto, ambos componentes deberían estar presentes en el tratamiento para conseguir un cambio más significativo. Como se mencionó anteriormente, los items del CFA se refieren a ambos tipos de información (potencialmente amenazante y no amenazante). El cuestionario del presente estudio tiene cuatro subescalas (foco amenazante interno, foco amenazante externo, foco no amenazante interno y foco no amenazante externo) y no podemos especular sobre las posibles correlaciones entre estas cuatro puntuaciones diferentes. No obstante, es importante destacar que tanto el foco externo como el foco interno hacia la información amenazante disminuyeron a lo largo del tratamiento.

El presente trabajo tiene algunas limitaciones. En primer lugar, es un estudio de caso y tiene obvios problemas de generalización. En segundo lugar, y como en los estudios comentados, sólo se utilizaron medidas de auto-informe por lo que el efecto de demanda no puede descartarse enteramente. En tercer lugar, la posible influencia de la distracción tampoco puede descartarse totalmente. En cuarto lugar, podría argumentarse que los cambios se deben a los efectos de la influencia de otros componentes del tratamiento general. Aunque los cambios mayores se produjeron a partir de la introducción del EFA, obviamente no podemos descartar la influencia de los componentes terapéuticos que se introdujeron con anterioridad. A pesar de todas estas limitaciones, pensamos que los resultados obtenidos aquí proporcionan evidencia del papel prometedor que puede tener el EFA en el tratamiento de la fobia social.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.), Washington, DC, APA (Barcelona Masson, 1995).
- Amir, N.; McNally, R.J.; Riemann, B.C.; Burns, J.; Lorenz, M.; y Mullen, J.T. (1996). Suppression of the emotional Stroop effect by increased anxiety in patients with social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 34, 945-948.
- Baños, R.M., Botella, C., Gallardo, M., y Quero, S. (en preparación). Evaluación del foco atencional en fobia social: desarrollo y validación del Cuestionario de Foco Atencional (CFA).
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- 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 (eds.). *Social Phobia. Diagnosis, Assessment, and Treatment*. (págs 69-93). New York London: The Guilford Press.
- 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.
- Hartman, L.M. (1983). A meta-cognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 435-456.
- Hope, D.A.; Rapee, R.M.; Heimberg, R.G. y Dombeck, M. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189.
- Ingram, R.E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Mathews, A. y Klug, F. (1993). Emotionality and interference with colour-naming in anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 57-62.
- Mathews, A. y MacLeod, C. (1985) Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behavioral Research and Therapy*, 23, 563-569.
- Mathews, A. y MacLeod, C. (1986) Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 131-138.
- McNeil, D.W.; Ries, B.J.; Taylor, L.J.; Boone; M.L.; Carter, L.E.; Turk, C.L.; y Lewin, M.R. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47-57.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200.

- Rappe, D.M. y Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. y Mathews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates..
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefobia social, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Williams, J.M.G.; Watts, F.N.; MacLeod, C.; y Mathews, A. (1997). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders* (2<sup>nd</sup>. ed.). Chichester, U.K.: Wiley.
- Woody, S.R.; Chambless, D.L.; y Glass, C.R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 117-129.

## APÉNDICE 1

## CUESTIONARIO DE FOCALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

Baños, R.M.; Botella, C.; Gallardo, M. y Quero, S.

NOMBRE:

TERAPEUTA:

FECHA:

Indique al lado de cada una de las frases que encontrará a continuación en qué medida Ud. Ha prestado atención a lo que la frase describe. Para ello utilice la siguiente escala.

0	1	2	3	4
Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me he fijado en los pasos a seguir para hacer la tarea.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me he fijado en el aspecto o características del ambiente físico (decoración del lugar, temperatura, etc.).....            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me he fijado en si las otras personas que estaban en la situación hacían algún gesto de aburrimiento.....                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Me he fijado en lo nervioso/a que yo estaba.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me he fijado en el aspecto o forma de vestir de la/s otra/s personas.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me he fijado en si me latía rápido el corazón, si sudaba, si me ponía rojo/a, si temblaba, etc.....                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me he fijado en si alguien se reía o burlaba de lo que yo estaba haciendo o diciendo.....                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me he fijado en que me iba tranquilizando.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me he fijado en que algunas de las personas que había en la situación me sonreían.....                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me he fijado en que en otras ocasiones similares también lo había pasado muy mal.....                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Me he fijado en si algunas de las personas que había en la situación hacían gestos de desaprobación.....                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me he fijado en que lo que estaba haciendo o diciendo era interesante.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me he fijado en que algunas de las personas que estaban en la situación mostraban interés en lo que yo hacía o decía..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me he fijado en que se me iba a quedar la mente en blanco.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Me he fijado en mi postura (sentado/a, de pie, apoyado/a en algo, etc.).....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me he fijado en que los demás no me hacían caso.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

A. Int.	
A. Ext.	

N.A. Int.	
N.A. Ext.	

