

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL

COGNITIVE-BEHAVIOURAL INTERVENTION IN A CASE OF SOCIAL ANXIETY

Santiago José Reguera Lozano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3619-1094>

Universidad de Cádiz, España

Este trabajo fue presentado en el XIV Congreso Internacional y XIX Nacional de Psicología Clínica (<https://es.clinicalpsychologycongress.com/>) y fue elegido por el comité científico para ser publicado en la Revista de Psicoterapia.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Reguera, S. J. (2021). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 175-184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1044>

Resumen

La ansiedad social es un trastorno caracterizado por el miedo intenso a situaciones sociales en las que la persona está expuesta a una posible evaluación por parte de otros individuos, por ejemplo, hablar en público. Presentamos el caso de un estudiante universitario de 21 años, que acude a consulta refiriendo problemas de interacción social e inseguridad. Esta conducta se mantiene por evitación de las situaciones sociales principalmente con desconocidos, que fomentan la inseguridad en sí mismo. Presenta pensamientos negativos automáticos evaluativos y síntomas fisiológicos propios de la ansiedad. Afronta las situaciones con gran dificultad, con presencia de ruminaciones y autovaloración negativa. El objetivo de la intervención, desde una perspectiva cognitivo-conductual, pretende optimizar sus interacciones sociales disminuyendo la ansiedad social, aumentar la seguridad en sí mismo y mejorar las habilidades sociales del paciente y su asertividad. Para la evaluación se han utilizado, además de una entrevista semiestructurada, los siguientes instrumentos: SCL-90, STAI, CORE-OM y NEO-FII. La propuesta de intervención incluyó técnicas de psicoeducación sobre la ansiedad social, reestructuración cognitiva para los pensamientos automáticos de evaluación negativa, ensayo de conducta y exposición in vivo a situaciones sociales y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados obtenidos en el pre y post tratamiento muestran una disminución de la ansiedad tanto estado como rasgo, reducción de sintomatología clínica y aumento del bienestar y funcionamiento general. Tras la terapia se produce una disminución de factores relacionados con el malestar y la ansiedad social, además de un incremento de las relaciones sociales y aumento de autoconfianza.

Palabras clave: ansiedad social, paciente universitario, terapia cognitivo-conductual, habilidades sociales

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2021. Fecha de aceptación: 18 de octubre de 2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: santi.r.lozano@gmail.com

Dirección postal: Santiago José Reguera Lozano. C/Gabriel Guerra, 18 CP 11408 Jerez de la Frontera, Cádiz

© 2021 Revista de Psicoterapia



Abstract

Social anxiety is a disorder characterised by intense fear of social situations in which the person is exposed to possible evaluation by other individuals, for example, public speaking. We present the case of a 21-year-old university student who comes to the clinic reporting problems with social interaction and insecurity. This behaviour is maintained by avoidance of social situations, mainly with strangers, which foster self-doubt. He presents negative automatic evaluative thoughts and physiological symptoms typical of anxiety. He faces situations with great difficulty, with the presence of ruminations and negative self-evaluation. The aim of the intervention, from a cognitive-behavioural perspective, is to optimise his social interactions by reducing social anxiety, increasing self-confidence and improving the patient's social skills and assertiveness. In addition to a semi-structured interview, the following instruments were used for the assessment: SCL-90, STAI, CORE-OM and NEO-FII. The intervention proposal included psycho-education techniques on social anxiety, cognitive restructuring for automatic negative evaluative thoughts, behavioural rehearsal and live exposure to social situations and social skills training. Pre- and post-treatment results show a decrease in both state and trait anxiety, a reduction in clinical symptomatology and an increase in well-being and general functioning. After therapy, there is a decrease in factors related to discomfort and social anxiety, as well as an increase in social relations and self-confidence.

Keywords: social anxiety, university patient, cognitive-behavioural therapy, social skills

Caso de trastorno de ansiedad social en un estudiante universitario tratado mediante terapia cognitivo-conductual en el Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica de la Universidad de Cádiz

En el marco de los trastornos de ansiedad propuestos por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ªed.; American Psychiatric Association, 2014) se encuentra concretamente el trastorno de ansiedad social, o fobia social, caracterizado por un miedo o ansiedad intensa ante situaciones sociales en las que la persona se siente expuesta a evaluación por parte de otras personas; tiene miedo a emitir conductas que puedan avergonzarlo o provocar rechazo. Además, cuando se encuentra en una situación social, si no se evitan se resisten con elevado miedo o ansiedad, y estos son desproporcionados a la situación real. Entre los criterios se menciona la duración mínima de 6 meses de los síntomas, así como el malestar clínicamente significativo en diferentes áreas de la vida de la persona y que no se atribuya a ningún otro tipo de afección (American Psychiatric Association, 2014). Este es el diagnóstico detectado en uno de los pacientes recibidos en el Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica (SAP) de la Universidad de Cádiz, siendo este entre otros trastornos relacionados con la ansiedad un motivo de consulta habitual en el mismo. Por otro lado, son casos de especial importancia dado que en nuestro país los trastornos de ansiedad fóbica (dentro de los que se clasifican en el registro de datos clínicos en atención primaria) tienen una prevalencia de 1'4% en hombres y 2'4% en mujeres (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Además, se encuentra elevada prevalencia en estudiantes universitarios de otras universidades del mundo (García et al., 2008).

Para abordar el caso, se selecciona una terapia de corte cognitivo-conductual con reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales debido a la evidencia empírica sobre su eficacia (Moreno et al., 2000).

Identificación del Paciente

Acude a consulta el paciente A., un chico de 21 años, soltero y de nacionalidad española, el cual estudia un Grado universitario en la Universidad de Cádiz, viviendo en un piso compartido durante el curso.

Análisis del Motivo de Consulta

A. tiene problemas para expresarse como le gustaría y actuar “*con normalidad*”; sin sentirse inseguro ni estar pendiente de la reacción de los demás.

Historia del Problema

Desde que era niño, A. se siente excluido de su grupo de compañeros debido a sus gustos, problema que se intensificaba a medida que crecía.

Durante el primer año de estudios de Grado, comenzó a vivir en una residencia de estudiantes y se sentía mejor en cuanto a los problemas manifestados, pero al

cambiar la residencia por un piso compartido notó que empeoró. Ahora que está terminando el Grado le da miedo tener que exponerse a situaciones sociales como conocer gente nueva y enfrentarse a entrevistas de trabajo.

Por otro lado, se describe como una persona dependiente de los demás y prefiere evitar los conflictos. Además, se siente culpable cuando sus padres se entristecen porque no puede volver a su ciudad. Manifiesta un conflicto entre “*lo que le gustaría ser y lo que debe ser*”. Durante la entrevista se detecta un estilo comunicativo pasivo-agresivo, manifestado por situaciones en las que el paciente reprime sus expresiones y opiniones de forma general, teniendo lugar a veces explosiones de agresividad en situaciones en las que siente que ha llegado al límite, respondiendo con gritos y malas palabras (Castanyer, 1996).

Análisis y Descripción de las Conductas Problemáticas

Tras la evaluación se extrae el siguiente análisis de la conducta:

Como antecedentes a la conducta se encuentran la interacción con personas con las que no tiene una relación de gran confianza o situaciones en las que es observado porque está hablando. Ante estas situaciones aparecen pensamientos como “*qué pensarán de mí*”, “*qué me están mirando*” o “*me siento muy agobiado cuando me miran*”. Fisiológicamente, A. presenta sintomatología propia de la ansiedad (taquicardia, calor, sudoración y sequedad de boca). A nivel motor no alcanza el bloqueo total, pero cuando sale airoso de las situaciones sociales cuestiona si lo ha hecho de manera adecuada y genera cogniciones y ruminaciones de valoración negativa. Estos pensamientos y la anticipación de lo que le va a ocurrir durante la interacción mantienen el trastorno. En cuanto al análisis topográfico de su respuesta, se observa frecuencia casi continua y con intensidad elevada de los síntomas.

La hipótesis de génesis es que A. desde edad temprana se sentía excluido debido a sus gustos y no encajaba con sus compañeros, lo que se ha agravado a medida que crecía y le ha generado dificultades a la hora de manejarse en situaciones sociales, en las que, su problema principal es la inseguridad. Se detecta un estilo de comunicación pasivo-agresivo y con tendencia a ceder para evitar conflictos.

Objetivos

Durante la entrevista inicial, el paciente especifica los objetivos que pretende conseguir con el tratamiento, los cuales son: ganar seguridad, poder expresarse tal y como es y vivir su vida y no la que los demás quieren que viva.

Como objetivos terapéuticos para dar respuesta a esta demanda se plantea:

- Optimizar las relaciones sociales, reduciendo la ansiedad y mejorando la confianza en sí mismo.
- Mejorar las habilidades sociales y la asertividad.

Método

Evaluación

Para la evaluación se utilizaron diferentes herramientas que conforman el Protocolo de Evaluación utilizado por el SAP de la Universidad de Cádiz:

Ficha de Acogida: se trata de una herramienta propia del SAP que pretende encuadrar el motivo de consulta del paciente, en la que se recogen datos personales y académicos, una serie de necesidades psicológicas (sentimientos, pensamientos, conductas y relaciones interpersonales) y académicas que el usuario marca si se identifica con él, así como una serie de cuestiones relacionadas con el motivo de consulta y los problemas o dificultades con los que se encuentra.

Entrevista semiestructurada: para conocer mejor al paciente y su problema, se realizan una serie de preguntas sobre el motivo de consulta, la historia del problema y otra información relevante de otros aspectos de su vida (familia, estudios, trabajo, etc.).

Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R, Derogatis y Savitz, 1999). Un cuestionario de cuantificación sintomática que evalúa 90 síntomas en 9 dimensiones sintomáticas (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Cada síntoma se valora en una escala de 0 (*ausencia total*) a 4 (*intensidad máxima*).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger et al., 2011) es un cuestionario que evalúa la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo, cada una de ellas mediante 20 ítems.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM, adaptado a población española por Feixas et al., 2012) es un cuestionario que evalúa Bienestar subjetivo, Problemas, Funcionamiento general y Riesgo mediante 34 ítems y permite observar el cambio terapéutico.

NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI, Costa y McCrae, 2008) para la evaluación de la personalidad, mediante las escalas que miden Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad, Apertura y Responsabilidad.

Adaptación de *Session Rating Scales* (SRS, Miller y Duncan, 2000) para evaluar el desarrollo de las sesiones mediante 4 ítems medidos del 1 al 10 (relación con el terapeuta, objetivos y temas trabajados, enfoque y el desarrollo de la sesión en general) y la adaptación de *Outcome Rating Scales* (ORS, Miller et al., 2002) para evaluar cómo se ha sentido el paciente durante la semana en diferentes facetas (bienestar personal, funcionamiento con la familia, en el plano social y la sensación de bienestar general).

Desarrollo de la Terapia

La terapia de corte cognitivo conductual fue realizada en 13 sesiones vía online (mediante la herramienta de videoconferencias Google meet y correo electrónico), incluyendo la evaluación y la prevención de recaídas. En la tabla 1 se resume el

contenido de cada una. Entre sesiones se mandaban tareas para realizar en casa en forma de autorregistros, así como el ensayo de las conductas y los cuestionarios ORS y SRS para realizar el seguimiento de las sesiones.

Tabla 1
Sesiones de la Terapia

SESIÓN 1	Evaluación
SESIÓN 2	Evaluación
SESIÓN 3	Psicoeducación sobre algunos resultados de la evaluación inicial
SESIÓN 4	Psicoeducación y Ventilación emocional
SESIÓN 5	Psicoeducación sobre el diagnóstico y tratamiento
SESIÓN 6	Modelo ABC de Ellis
SESIÓN 7	Sesgos atencionales e interpretativos y Teoría hipervigilancia Técnica de desfocalización y Técnica de comprobación de situaciones. Derechos asertivos
SESIÓN 8	Modelo ABC de Ellis
SESIÓN 9	Autoinstrucciones: Pensamientos alternativos. HHSS: psicoeducación en asertividad
SESIÓN 10	HHSS: psicoeducación en asertividad
SESIÓN 11	Análisis de situación (etiquetación de emociones, distorsión cognitiva y análisis de expectativas)
SESIÓN 12	Preparación prevención de recaídas y generalización
SESIÓN 13	Prevención de recaídas

Las sesiones 1 y 2 se dedicaron a la evaluación mediante las herramientas anteriormente mencionadas, comenzando por la entrevista semiestructurada durante la cual se envía vía correo electrónico para cumplimentar el protocolo de evaluación compuesto por SCL-90, STAI, CORE-OM y NEO-FII.

En la sesión 3 se devuelven los resultados del protocolo de evaluación, realizando psicoeducación sobre conceptos como la personalidad y concretamente sobre la introversión, dado que A. considera dicho rasgo negativo. Se envía como tarea para casa un registro de pensamientos con el que se trabajará en las siguientes sesiones.

La sesión 4 se dedica a la técnica de ventilación emocional dado que el paciente reprime sus emociones negativas y genera mucha tensión, lo que le lleva a explosiones, mostrando una conducta de comunicación agresiva. Con dicha técnica se pretende que el paciente se pare a preguntarse lo que siente, acepte su emoción y la exprese de manera saludable.

Se dedica la sesión número 5 a la explicación de su diagnóstico, fobia social, con su correspondiente psicoeducación (qué es, cómo se mantiene y cómo afecta a su vida diaria), así como a detallar los objetivos de la terapia y las técnicas propuestas para llevarla a cabo: reestructuración cognitiva, instrucción en habilidades sociales, ensayo de conducta y exposición).

En la sesión 6 se comienza a trabajar con el modelo ABC de pensamientos, ofreciendo ejemplos ilustrativos para enseñarle cómo utilizarlo. Durante la sesión

se identifican dos distorsiones cognitivas: “*Las cosas, personas y circunstancias deberían ser como deseo si no es horrible*” y “*es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno*”.

La sesión 7 se dedica a los sesgos atencionales e interpretativos según el modelo teórico de Clark y Wells. Se utiliza también la teoría de la hipervigilancia. En cuanto a técnicas se trabajan la desfocalización y la comprobación de situaciones para objetivar las ideas irracionales. Se comienza a trabajar la asertividad mediante el listado de derechos asertivos.

Durante la sesión 8 se retoma el modelo ABC, analizando situaciones que el paciente ha vivido recientemente y se propone como tarea para casa el análisis de las situaciones sociales mediante este esquema.

En la sesión 9, tras analizar las situaciones con el esquema ABC de la semana anterior, se comienzan a establecer autoinstrucciones para ser aplicadas en próximas situaciones. Estas consisten en ofrecer pensamientos alternativos. Por ejemplo, ante pensamientos del tipo “*qué me están mirando*” cambiarlo por “*si me están mirando es que se interesan por mí*”. Se continúa el trabajo con habilidades sociales mediante psicoeducación sobre los estilos de comunicación.

La sesión 10 se dedica a continuar la psicoeducación sobre asertividad y se ofrecen ejemplos sobre cómo comenzar, mantener y finalizar una conversación, así sobre cómo realizar peticiones o rechazarlas.

En la sesión 11 se trabaja, sobre una situación ocurrida la semana anterior, la etiquetación de emociones y reelaboración, las distorsiones cognitivas del tipo “*debería*” y el análisis de las expectativas (efecto Pigmalión y profecía autocumplida).

Para finalizar, las sesiones 12 y 13 se dedican a la prevención de recaídas y la importancia de la generalización de las técnicas aprendidas durante la terapia a las situaciones futuras. Se realizará el seguimiento a un mes, tres meses y seis meses después de la intervención.

Resultados

Se obtuvieron las siguientes puntuaciones en las diferentes herramientas de evaluación:

En NEO-FFI, puntuaciones centil 62 en Neuroticismo, 32 en Extraversión, 28 en Apertura, 39 en Amabilidad y 63 en Responsabilidad.

En CORE-OM, se observa en el pretest puntuaciones de 2.00 en Bienestar; 1.50 en Problemas; 2.17 en Funcionamiento General; 1.17 en Riesgo, 1.74 en VISI (General) y 1.86 en VISI-R (siendo los puntos de corte sobre los cuales se entiende que existe mal funcionamiento 1.46; 1.33; 1.06; 0.24; 1.24 y 1.06, respectivamente). En el postest se obtienen puntuaciones de 1 en Bienestar; 0.67 en Problemas; 1.83 en Funcionamiento General; 0.17 en Riesgo; 1.03 en VISI (General) y 1.21 en VISI-R.

En STAI las puntuaciones centiles del pretest fueron 50 en Ansiedad-Estado y 85 en Ansiedad Rasgo, mientras en el postest se obtiene 20 en Ansiedad-Estado

y 60 en Ansiedad Rasgo.

Los resultados de SCL-90-R se observan en la tabla 2.

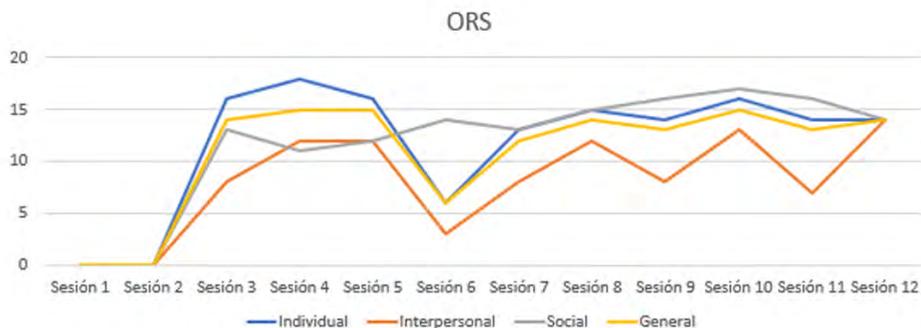
Tabla 2
Resultados SCL-90-R Pretest y Postest

Variables	Pretest		Postest	
	Puntuación Centil Baremo General	Puntuación Centil Baremo Clínico	Puntuación Centil Baremo General	Puntuación Centil Baremo Clínico
SOM	99	75	45	10
OBS	97	75	90	50
SI	99	80	97	65
DEP	99	90	95	50
ANS	90	45	45	15
HOS	99	97	90	65
FOB	90	45	5	5
PAR	99	90	99	70
PSIC	99	65	85	40
IGS	99	80	90	35
PST	99	75	85	30
PSDI	97	75	80	55

Nota. SOM = Somatizaciones; OBS = Obsesiones y compulsiones; SI = Sensitividad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; FOB = Fobia; PAR = Ideación paranoide; PSIC = Psicoticismo; IGS = Índice global de severidad; PST = Total de Malestar Positivo; PSDI = Índice de Malestar Sintomático Positivo.

Finalmente, en la escala SRS de Evaluación de las sesiones, el paciente marca 10 sobre 10 en las cuatro variables (*relación con el terapeuta, objetivos y temas, enfoque o método y en general*) y en la figura 1 se observa una gráfica con las puntuaciones de la escala ORS de resultados.

Figura 1
Resultados ORS



Discusión

En primer lugar, observamos cómo los rasgos de personalidad medidos con la herramienta NEO-FFI se corresponden con los relacionados con trastornos de ansiedad social según otros estudios (Caballo et al., 2010), siendo estos un Neuroticismo alto y una Extraversión baja. Si bien la Apertura no relaciona directamente con el trastorno, puede relacionarse con la dificultad de interaccionar con desconocidos o exponerse en público.

Las puntuaciones obtenidas por el cuestionario CORE-OM indican que cuando acude a consulta, el paciente presenta malestar general, así como una puntuación elevada en problemas que indican síntomas relacionados con la ansiedad y depresión. Ambas medidas bajan tras finalizar la terapia, señalando la posibilidad de la efectividad de la terapia. Cabe destacar la variable Funcionamiento general, cuyo postest presenta una disminución leve. Dado que representa las interacciones sociales, es coherente con el estilo de personalidad mencionado anteriormente, siendo lo que realmente importa en este caso que las interacciones no ocasionen un elevado malestar y se puedan llevar a cabo de forma satisfactoria, como se planteaba en los objetivos. Esto fue trabajado mediante el entrenamiento en habilidades sociales, donde se establecieron una serie de autoinstrucciones orientadas a una mayor seguridad en las interacciones sociales, así como las distorsiones cognitivas sobre las situaciones.

Curiosamente, el cuestionario STAI muestra un descenso en el postest de la puntuación de Ansiedad-Rasgo, pudiendo estar relacionado con la generalización de la terapia, pues durante las sesiones se observa cómo el paciente, a través de la reestructuración cognitiva, reconoce que las situaciones que antes le provocaban malestar “*no son tan terribles como pensaba*”.

Las medidas del cuestionario SCL-90-R han sufrido un descenso en todas las variables postest, indicando una mejoría en la sintomatología general. Destacan los descensos en somatización y ansiedad, las variables que más se relacionan con el trastorno de ansiedad social por definición.

Finalmente, los resultados entre sesiones:

La Escala de Evaluación de Sesiones (SRS) indican que la relación terapeuta paciente ha sido favorable y se han atendido de forma adecuada sus necesidades. Esto se corrobora en la última sesión donde se exponen los resultados al paciente y se pide su opinión final, mostrándose agradecido y destacando la adecuación de la terapia a sus necesidades y su utilidad y posibilidad de generalizar a otras situaciones futuras.

La Escala de Resultados (ORS) nos informa de forma orientativa sobre cómo se ha sentido el paciente durante las semanas, observando diferentes altibajos, relacionados con eventos familiares, pero como se puede observar, se ha producido una mejora desde el principio hasta el final de la terapia.

Cabe mencionar la técnica de exposición a situaciones, la cual se preveía realizar de una manera más explícita, donde el paciente debería enfrentarse a

situaciones sociales de menor a mayor dificultad para él, pero finalmente acaba llevándolas a cabo por las situaciones vitales a las que se enfrenta (las situaciones de interacción con sus compañeros de piso, conocer personas en la universidad, realizar peticiones de cambio de conducta, incluso apuntarse al gimnasio). El paciente destaca que ha sido gracias a saber detectar pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas, así como las habilidades sociales practicadas en la terapia por lo que ha conseguido enfrentarse a estas situaciones “*que antes veía imposible*”. Que se haya extendido hacia tantas situaciones augura que se está dando de manera adecuada la generalización.

Conclusiones

Tras observar los resultados pretest y postest, además de la percepción del paciente, podemos afirmar que la terapia de base cognitivo-conductual ha sido efectiva. Los puntos clave de esta intervención han sido la reestructuración cognitiva, atendiendo a las distorsiones que aparecen en las situaciones sociales, así como el entrenamiento en habilidades sociales, que le ofrecen patrones de conductas para diferentes situaciones. En los futuros seguimientos, se observará si la generalización se sigue produciendo.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. y Guillén, J. L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 18(2), 259-276.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad. Expresión de una sana autoestima*. Desclée de Brouwer.
- Costa, P. T. Jr. y McCrae, R. R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Manual* (3ª ed.). TEA.
- Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales [SCL-90-R, Inventario breve de síntomas y emparejamiento con escalas de calificación clínica]. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- García, R. R., Flores, R. A. E., Gutiérrez, A. C. P., Rojas, M. A. Á. y Agraz, F. P. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54-62. <https://doi.org/10.48102/pi.v16i2.287>
- Miller, S. D. y Duncan, B. L. (2000). *Outcome Rating Scale [Escala de calificación de resultados]*. Authors.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. y Johnson, L. (2002). *Session Rating Scale [Escala de calificación de la sesión]*. Authors.
- Moreno, P. J., Méndez, X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352. <http://www.psicothema.com/pdf/341.pdf>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buella-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual* (8ª ed., rev. y ampl.). TEA.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. Madrid, España. https://www.msbs.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf