Análisis y Modificación de Conducta, 1995, Vol. 21. Nº76

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FOBIA SOCIAL: UN ESTUDIO EXPERIMENTAL[1]

Karmele Salaberría Irízar
Enrique Echeburúa Odriozola

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue poner a prueba la contribución de la terapia cognitiva a la exposición en el tratamiento grupal de la fobia social generalizada. Se asignó aleatoriamente a 71 fóbicos sociales graves, seleccionados según los criterios diagnósticos del DSM-III-R, a una de estas tres condiciones: 1) autoexposición en vivo; 2) autoexposición en vivo + terapia cognitiva; o 3) grupo de control de lista de espera. Se utilizó un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas en la evaluación (pretratamiento, postratamiento y seguimientos de 1, 3 y 6 meses). Por otra parte, la mitad de los sujetos de cada una de las dos modalidades experimentales recibieron un libro de autoayuda para el control de la ansiedad. La mayoría de los pacientes tratados (el 57,5%) experimentaron una mejoría significativa en el seguimiento de los 6 meses, pero no hubo diferencias entre las dos modalidades terapéuticas. La mejoría en ambos grupos fue independiente del manual de autoayuda. Los sujetos del grupo de

---

[1] *Agradecimientos.* Este estudio se ha financiado con una beca de investigación de la Universidad del País Vasco (proyecto nº 006.230-H067/90). La primera autora ha contado con una beca predoctoral de investigación del Gobierno Vasco (Convocatoria de 1990, B.O.P.V., 21/02/90).

control no experimentaron ninguna mejoría significativa. Los resultados de este estudio no dan apoyo al beneficio suplementario aportado por la terapia cognitiva o por el manual de autoayuda a la terapia de exposición. Por último, se comentan algunos temas que pueden contribuir a las futuras investigaciones en este campo.

Palabras clave: *FOBIA SOCIAL. TRATAMIENTO. EXPOSICIÓN. TERAPIA COGNITIVA. MANUAL DE AUTOAYUDA.*

SUMMARY

The aim of this work was to test the contribution of cognitive therapy to the exposure in vivo in the group treatment of generalized social phobia. Seventy-one severely-disabled social phobics selected according to DSM-III-R criteria, were assigned at random to (1) self-exposure in vivo, (2) self-exposure in vivo + cognitive therapy or (3) waiting-list control group. A multigroup experimental design with repeated measures of assessment (pre-treatment, post-treatment and 1, 3 and 6-month follow-up) was used. Additionally half of the patients in both therapeutic groups were given a self-helping manual to manage the anxiety. Most patients being treated (the 57,5%) showed a substantial improvement within the 6-month follow-up, but there were no differences between the two therapeutic modes. The improvement in both goups was irrespective of the manual. No improvement was showen by the control group subjects. The results of the present trial do not support the beneficial effects of adding cognitive therapy or a self-helping manual to exposure by itself. Finally, several topics which may contribute to future research in this field are commented upon.

Key words: *SOCIAL PHOBIA. TREATMENT. EXPOSURE. COGNITIVE THERAPY. SELF-HELP MANUAL.*

INTRODUCCIÓN

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la fobia social es un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por los

demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle humillante o embarazosa. Si bien la ansiedad social está presente en todos los problemas de ansiedad, la fobia social se distingue de otros trastornos por el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales, que suponen el componente nuclear de este cuadro clínico, y por la mayor interferencia de los temores en la vida cotidiana de los pacientes (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Rapee, Sanderson y Barlow, 1988).

Los síntomas psicofisiológicos más frecuentemente experimentados son la sudoración, los temblores, la taquicardia y el rubor. Desde una perspectiva cognitiva, los fóbicos sociales muestran un temor exagerado a las críticas. En concreto, centran la atención excesivamente en sí mismos, con la creencia de que los demás están pendientes exclusivamente de sus conductas sociales; prestan una atención selectiva a los mensajes negativos de los demás hacia ellos; recuerdan selectivamente las experiencias sociales negativas; y, por último, subestiman sus habilidades en situaciones interpersonales (Echeburúa, 1993; Lucock y Salkovskis, 1988).

Las fobias sociales, según el DSM-IV (APA, 1994), pueden estar referidas a estímulos muy *específicos* (comer o beber delante de los demás, hablar en público, etc.) o presentarse *de una forma generalizada* ante diversas situaciones sociales. Es este último tipo de fobia social el que es objeto de esta investigación a causa de la mayor relevancia clínica y del grado de incapacidad que produce en las personas que lo sufren.

La fobia social es el segundo trastorno fóbico más frecuente visto en la clínica -un 25% del total de fobias-, sólo superado por la agorafobia. Puede afectar al 2% de la población, con una incidencia similar entre hombres y mujeres y con una sobrerrepresentación de personas solteras. La edad de inicio de este problema se sitúa entre los 15 y 20 años. La forma de comienzo puede ser progresiva, con antecedentes de timidez en la infancia y de aislamiento en la adolescencia, o bien repentina, tras una experiencia traumática, con una estabilización del problema en la etapa media de la vida. Habitualmente sigue un curso crónico porque no se consulta por ella -el paciente puede atribuirla a una timidez que considera inmo-

dificable- o se acude a la terapia en fases ya avanzadas (entre 5 y 10 años después de la aparición del problema) (Echeburúa, 1993, 1995).

El tratamiento inicial de este trastorno se ha centrado en el entrenamiento en habilidades sociales (Mersch, Emmelkamp, Bögels, y Van der Sleen, 1989; Öst, Jerremalm y Johansson, 1981; Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser y Münchan, 1990). En la actualidad, sin embargo, la fobia social se aborda terapéuticamente a partir de las técnicas de exposición en vivo y de las técnicas de reestructuración cognitiva. La exposición a los estímulos temidos es siempre una técnica necesaria, pero puede resultar insuficiente a causa de las mayores dificultades técnicas -la naturaleza imprevista y el carácter de brevedad de muchas interacciones sociales- que implica este tratamiento en el caso de la fobia social (Butler, 1985) y del peso que en este trastorno tienen los factores cognitivos (Heimberg, Salzman, Holt y Blendell, 1993).

Por ello, se tiende actualmente a incorporar a la exposición técnicas de reestructuración cognitiva, que tienen por objetivo hacer frente a las alteraciones cognitivas presentes y facilitar, en último término, la exposición a los estímulos temidos (Echeburúa y Salaberría, 1991, 1994). Los resultados obtenidos con este enfoque conductual-cognitivo (ensayos cognitivos, ensayos de conducta o exposición y evaluación cognitiva) resultan, sin embargo, contradictorios. En algunos estudios (Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder, 1984; Heimberg *et al.*, 1993; Mattick, Peters y Clarke, 1989) la adición de técnicas cognitivas mejora los resultados obtenidos con la exposición por sí sola. En otros, por el contrario, las técnicas cognitivas no potencian de forma significativa la eficacia de la exposición (Biran, Augusto y Wilson, 1981; Scholing y Emmelkamp, 1993a, 1993b; Stravinsky y Greenberg, 1989).

La contradicción de los resultados da un carácter de provisionalidad a las conclusiones obtenidas en estos trabajos. Por ello, este estudio tiene por objetivo determinar el valor adicional de la reestructuración cognitiva al tratamiento de exposición en una muestra homogénea -y clínicamente significativa- de pacientes: *fóbicos sociales de tipo generalizado*. Se ha utilizado asimismo un grupo de control de lista de espera de 6 meses para precisar la evolución

espontánea de los pacientes no tratados. Se ha puesto a prueba, por último, el alcance terapéutico de un manual de autoayuda como un valor añadido al tratamiento propuesto.

Como ocurre en la mayor parte de las investigaciones clínicas actuales, la evaluación del cambio terapéutico se ha realizado por medio de autoinformes. En concreto, se han utilizado los instrumentos de evaluación de la ansiedad social y de otras variables psicopatológicas (ansiedad y depresión) más utilizados en otros estudios.

MÉTODO

Sujetos

La muestra de sujetos está constituida por pacientes remitidos por los Centros de Salud Mental y por las personas que respondieron a la llamada de participación voluntaria en este estudio realizada en los diferentes medios de comunicación del País Vasco. El período de selección, tratamiento y seguimiento de los pacientes fue entre abril de 1992 y diciembre de 1993.

Los criterios de admisión al estudio son los siguientes: a) cumplir los criterios diagnósticos de la fobia social de tipo generalizado del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) según la entrevista estructurada ADIS-R (Di Nardo y Barlow, 1988); b) tener una puntuación igual o superior a 15 en la *Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)* (Watson y Friend, 1969) o una puntuación igual o superior a 21 en la *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)* (Watson y Friend, 1969); c) sufrir este trastorno desde hace al menos un año; y d) no padecer una enfermedad incapacitante ni un trastorno de conducta adicional graves. Estos dos últimos criterios responden al objetivo de contar con fóbicos sociales "puros" y con un trastorno no meramente transitorio.

Una vez realizado el estudio previo en las 105 personas que acuden al programa terapéutico durante el período de tiempo señalado, la muestra de los pacientes seleccionados con arreglo a los criterios propuestos queda constituida por 80 sujetos. Las razones de exclusión de los 25 pacientes restantes son las siguien-

tes: a) puntuar menos de 15 en el SAD y menos de 21 en el FNE (*N*=4); b) tener una fobia social de tipo específico (*N*=6); c) estar aquejado de otros trastornos de ansiedad distintos de la fobia social (*N*=6); d) padecer un trastorno de conducta grave (depresión, psicosis, trastorno bipolar, abuso de sustancias o deficiencia mental) (*N*=8); y e) tartamudez muy acentuada (*N*=1).

De los 80 sujetos seleccionados se pierden 9 antes de comenzar el tratamiento, 7 por no acudir a realizar la evaluación pretratamiento y 2 por no comenzar el tratamiento. La muestra final queda, por tanto, constituida por 71 pacientes.

En cuanto a las características demográficas más significativas de la muestra seleccionada, la edad media es de 31 años (*DT*=8,3; rango 18-54), la relación de hombres y mujeres es similar (52% y 48%, respectivamente), hay una sobrerrepresentación de solteros (el 63% de la muestra) y un 62% de la muestra lleva una vida laboral activa. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios (*cfr.* Turner y Beidel, 1989).

Diseño experimental

En este estudio se ha utilizado un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas. Ha habido dos grupos experimentales y un grupo de control de lista de espera (de 6 meses), con medidas independientes en el factor *tratamiento* y con medidas múltiples y repetidas en el factor *evaluación*, distribuidas en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3 y 6 meses.

La asignación de los pacientes a los tres grupos se ha realizado de forma aleatoria, tras una estratificación previa en sexo y edad. Las modalidades resultantes han sido las siguientes: a) autoexposición en vivo (*N*=24); b) autoexposición en vivo + reestructuración cognitiva (*N*=24); y c) grupo de control de lista de espera (*N*=23).

Por otra parte, dado que otro de los objetivos del trabajo era comprobar la eficacia adicional de un manual de autoayuda para el control de la ansiedad, se ha utilizado un diseño factorial 2 x 2, con medidas independientes en los factores de *manual* y *tipo de tratamiento* y con medidas repetidas en el factor *evaluación*.

La distribución del manual, que se ha llevado a cabo aleatoriamente entre los sujetos de las dos modalidades terapéuticas, aparece reflejada en la *Tabla 1.*

TABLA 1.- Distribución del manual de autoayuda

	GRUPO A[1]	GRUPO B[2]	TOTAL
SIN MANUAL DE AUTOAYUDA	10	11	21
CON MANUAL DE AUTOAYUDA	14	13	27
TOTAL	24	24	48

[1] Grupo A: Autoexposición
[2] Grupo B: Autoexposición + Reestructuración cognitiva

Medidas de evaluación

Entrevistas

Se ha llevado a cabo una entrevista individual estructurada con la ayuda del *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)* (Di Nardo y Barlow, 1988), que sirve para realizar el diagnóstico diferencial de fobia social de tipo generalizado según los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987).

En esta entrevista, que tiene una duración media de 60 minutos, los pacientes describen la intensidad del miedo y de la evitación en diversas situaciones sociales, así como los estímulos asociados a esas situaciones y el grado de interferencia en la vida cotidiana. Asimismo los sujetos detallan la evolución de los miedos desde su aparición hasta la situación actual.

Los datos de fiabilidad entre observadores obtenidos con esta escala en el diagnóstico diferencial de la fobia social son satisfactorios (coeficiente *kappa*=0,91).

Evaluación de la fobia social

Los instrumentos de evaluación utilizados han sido la *Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)* (Watson y Friend, 1969) y la *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)* (Watson y Friend, 1969), que son complementarios y se han mostrado sensibles al cambio terapéutico tras el tratamiento de la fobia social (*cfr.* Echeburúa, 1993).

La *Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)* consta de 28 ítems con dos posibilidades de respuesta (*verdadero* o *falso*), referidos a los componentes conductuales del trastorno, es decir, al malestar subjetivo en situaciones sociales (14 ítems) y a la evitación activa o deseo de evitación de dichas situaciones (14 ítems). Las puntuaciones de la escala oscilan entre 0 y 28. El punto de corte propuesto en este estudio es de 15. La fiabilidad test-retest, con un mes de intervalo, es de 0,68 y el coeficiente *alfa* de consistencia interna es de 0,90.

La *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)* consta de 30 ítems con dos posibilidades de respuesta (*verdadero* o *falso*), relacionados con los componentes cognitivos del trastorno, es decir, con el temor a recibir críticas o apreciaciones negativas por parte de los demás. Las puntuaciones de la escala oscilan entre 0 y 30. El punto de corte propuesto en este estudio es de 21. La fiabilidad test-retest, con un mes de intervalo, es de 0,78 y el coeficiente *alfa* de consistencia interna es de 0,94.

Evaluación de otros síntomas psicopatológicos asociados

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada subescala. El

coeficiente de fiabilidad test-retest es alto (r=0,81) en la ansiedad-rasgo y, como es de esperar, más bien bajo (r=0,40) en la ansiedad-estado. El coeficiente *alfa* de consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92. En este estudio sólo se ha tomado en consideración la subescala de ansiedad-estado, es decir, aquella que sirve como variable dependiente del cambio terapéutico.

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18 (Steer y Beck, 1988). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. La validez convergente con la evaluación clínica de la depresión oscila entre 0,62 y 0,66.

La *Escala de Adaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) mide fundamentalmente la inadaptación y valora, en concreto, el grado en el que el trastorno afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento, con 6 ítems que oscilan de 1 a 6 en una escala de tipo Likert, consta asimismo de una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El rango de la escala total es de 6 a 36 (a mayor puntuación, mayor inadaptación).

Evaluación de algunas dimensiones de personalidad

La *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems estructurados en una escala de tipo Likert, 5 planteados en forma positiva y 5 en forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia. El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 (a mayor puntuación, mayor autoestima). La fiabilidad test-retest, con un intervalo de dos semanas, es de 0,85 y el coeficiente *alfa* de consistencia interna es de 0,92.

La *Escala de Asertividad* (Rathus, 1973) tiene por objetivo evaluar el comportamiento social autoafirmativo del sujeto. Consta de

30 ítems que oscilan entre una puntuación de +3 (*muy característico en mí*) hasta -3 (*muy poco característico en mí*). El rango de las puntuaciones es de +90 a -90, con un punto de corte de 0 y con una puntuación positiva tanto mayor cuanto mayor es la asertividad. El coeficiente *alfa* de consistencia interna varía entre 0,73 y 0,86.

Modalidades terapéuticas

Autoexposición en vivo. Con este procedimiento los sujetos se van enfrentando de forma gradual y regular a aquellas situaciones sociales significativas que evitan en la vida cotidiana y que les producen un gran malestar. El objetivo es interrumpir la cadena de evitación, así como hacer frente a los componentes psicofisiológicos y cognitivos de la ansiedad social. El tratamiento se lleva a cabo en un formato grupal, que permite la realización de diversos ensayos conductuales en relación con las conductas sociales evitadas. Se marcan tareas para casa referidas a las conductas-objetivo y se proporcionan registros para la anotación de las mismas.

Autoexposición en vivo + Reestructuración cognitiva. Con este tratamiento compuesto se enseña a los pacientes, según el método propuesto por Beck, a identificar y cuestionar los pensamientos automáticos y a sugerir respuestas alternativas al temor irracional a la evaluación negativa, así como a enfrentarse de forma gradual y regular a las situaciones sociales significativas evitadas en la vida cotidiana. El tratamiento se lleva a cabo en un formato grupal, que permite, por un lado, la realización de diversos ensayos conductuales sobre las conductas sociales evitadas y, por otro, la práctica de ejercicios de reestructuración cognitiva integrados con los ensayos de conducta. Se marcan para casa tareas de tipo cognitivo y conductual en relación con las conductas-objetivo que deben ser anotadas en los registros correspondientes.

Procedimiento

El programa de evaluación y tratamiento se ha elaborado conjuntamente entre la terapeuta -la primera firmante de este trabajo- y el director de la investigación -el segundo firmante de este trabajo-.

Los pacientes excluidos de esta investigación han sido derivados a los Centros de Salud Mental o, en los casos más leves, se les han proporcionado estrategias de afrontamiento para hacer frente a su problema. A su vez, los sujetos del grupo de control reciben asistencia terapéutica tras la evaluación de los 6 meses, pero sin ser incluidos en las modalidades experimentales. Mantenerlos por más tiempo en lista de espera para facilitar un mayor seguimiento hubiese planteado una situación difícilmente compatible con los requerimientos éticos.

Evaluación

A los pacientes seleccionados se les aplican los instrumentos de evaluación en el pretratamiento y se les explica detenidamente el contenido de la terapia.

Las siguientes evaluaciones tienen lugar, una vez finalizada la terapia, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3 y 6 meses. Además de estas evaluaciones globales, se evalúa en el intratamiento -a la 4ª semana de la terapia- la percepción global de cambio, así como la evolución en las conductas-objetivo y en la *Escala de Adaptación*.

Por otra parte, a los sujetos del grupo de control se les evalúa tras la selección y al cabo de 6 meses de seguimiento.

Tratamiento

Las características generales del procedimiento terapéutico en cada una de las modalidades clínicas figuran expuestas en la *Tabla 2*.

Por otra parte, a la mitad de los sujetos de los grupos experimentales -concretamente a 14 del grupo de autoexposición y a 13 del grupo de autoexposición + reestructuración cognitiva- se les entrega en la segunda sesión un manual de autoayuda para el control de la ansiedad (Butler, 1990, versión española). Se trata, de este modo, de evaluar si el manual de autoayuda tiene un valor añadido al programa terapéutico ofertado.

TABLA 2.- Características de las modalidades terapéuticas

TIPO DE TRATAMIENTO	EXPOSICIÓN	EXPO.+R.COGN.
MODALIDAD	GRUPAL	GRUPAL
TERAPEUTAS	2 (un hombre y una mujer)	2 (un hombre y una mujer)
Nº de SESIONES	8	8
PERIODICIDAD	SEMANAL	SEMANAL
DURACIÓN DE CADA SESIÓN	2,5 horas	2,5 horas
DURACIÓN TOTAL DEL PROGRAMA	2 meses	2 meses

Por último, todos los controles de seguimiento se llevan a cabo en el marco de una entrevista, en la que se aprovecha para reunir a los grupos y hablar sobre la evolución y los problemas planteados, así como para recordar conceptos sobre el tratamiento.

RESULTADOS

Los sujetos de la muestra (*N*=71) obtienen en el pretratamiento una puntuación media de 23,98 (*DT*=3,36) en el SAD y de 25,56 (*DT*=3,56) en el FNE, que están muy por encima de los puntos de corte propuestos en este y otros estudios (*cfr.* Heimberg, Hope, Rapee y Bruch, 1988; Oei, Kenna y Evans, 1991). De hecho, el 91,55% de la muestra supera el punto de corte en ambas medidas. Se trata, por tanto, de pacientes aquejados de una ansiedad social grave, que la arrastran prácticamente desde siempre y que se manifiesta, fundamentalmente, en forma de rubor, de temblor y de bloqueo generalizado ante las situaciones sociales.

La distribución de la muestra se ajusta a la curva normal, según el análisis de Kolmogorov-Smirnoff, excepto en el miedo a la evaluación negativa (*DN*=0,18; $p<0,05$). Los tres grupos son homogéneos antes del tratamiento en las variables demográficas, en las medidas de fobia social, en las variables psicopatológicas y en las dimensiones de personalidad, excepto en la asertividad ($F_{(2,68)}=3,97; p<0,05$), en donde los sujetos del grupo de control obtienen unas puntuaciones menores que los del tratamiento compuesto.

Rechazos y abandonos

En la *Tabla 3* figura la evolución del tamaño de la muestra en las diversas fases del estudio.

TABLA 3.- Evolución del tamaño de la muestra a lo largo del estudio[1]

	AUTO EXPOSICIÓN	AUTOEXP. + R.COGN.	GRUPO DE CONTROL	TOTAL
PRETRAT.	24	24	23	71
INTRATTO.	21 (-3)	23 (-1)	-------	44
POSTTO.	21	23	-------	44
1 MES	21	23	-------	44
3 MESES	21	23	-------	44
6 MESES	19 (-2)	21 (-2)	20 (-3)	60
TOTAL	19 (-5)	21 (-3)	20 (-3)	60

[1] Los números entre paréntesis se refieren a los sujetos que han abandonado en ese momento de la evaluación.

Si bien no hay ninguna persona que rechaza activamente el tratamiento, hay 2 pacientes que no acuden al tratamiento y que pueden catalogarse dentro de una categoría de rechazo pasivo. El número de abandonos en todas las fases es de 11 (3 de ellos en el grupo de control). Por tanto, el número total de rechazos + abandonos + pérdida de pacientes en el seguimiento de todos los grupos asciende a 13 y supone el 18% del total de los sujetos.

No hay diferencias significativas entre las distintas modalidades. Desde una perspectiva temporal, los abandonos se producen principalmente antes de la 4ª sesión de tratamiento y en el seguimiento de los 6 meses.

Realizados los análisis de varianza en las variables cuantitativas y un análisis de chi-cuadrado en las variables cualitativas en el pretratamiento entre los sujetos que concluyen todas las fases del estudio y los que lo abandonan prematuramente, no hay diferencias en ninguna de las variables demográficas, psicopatológicas o de personalidad analizadas en este estudio.

Tasas de mejoría y de fracaso

En esta investigación se entiende por éxito terapéutico la desaparición de la fobia social según los criterios diagnósticos del DSM-III-R y el cumplimiento de dos de los siguientes requisitos: a) puntuar por debajo de 15 en el *SAD*; b) puntuar por debajo de 21 en el *FNE*; y c) puntuar igual o por debajo de 3 en la *Subescala de Adaptación Global* de la *Escala de Adaptación.*

Desde una perspectiva categorial, los resultados obtenidos con las dos modalidades terapéuticas son satisfactorios -una tasa de mejoría del 57,5% de los casos en el seguimiento de los 6 meses, cuando las conductas están ya más estabilizadas-, pero no existen diferencias significativas entre ellas en ninguno de los períodos de evaluación (*Tabla 4*).

En cuanto al grupo de control (*N*=20), no existen diferencias significativas en ninguna de las variables utilizadas como criterio de mejoría cuando se comparan entre sí la evaluación pretratamiento y la evaluación de los 6 meses. No se produce, por tanto, una remisión espontánea.

TABLA 4.- Porcentaje de mejoría terapéutica y resultados de χ^2 de los sujetos tratados (N=40)

EVALUACIÓN	EXPOSICIÓN N=19 N (%)	EXPO.+R.COG N=21 N (%)	χ^2	TOTAL
POSTRATAMIENTO	8 (42,1%)	8 (38,1%)	------	40%
1 MES	8 (42,1%)	7 (33,3%)	0,11 n.s.	37,5%
3 MESES	9 (47,4%)	8 (38,1%)	0,11 n.s.	42,5%
6 MESES	13 (68,4%)	10 (47,6%)	1,08 n.s.	57,5%

Resultados en las medidas de fobia social, en las variables psicopatológicas y en las dimensiones de personalidad

Desde una perspectiva dimensional, el objetivo del tratamiento es reducir las puntuaciones en las variables psicopatológicas y de fobia social y aumentar las puntuaciones en las dimensiones de personalidad consideradas (*autoestima* y *asertividad*).

Análisis intergrupal

Las medias y las desviaciones típicas de las variables de la fobia social, de las medidas psicopatológicas y de las dimensiones de personalidad estudiadas en los diferentes momentos de evaluación figuran en la *Tabla 5*, así como los valores de *F* y de *t*, según los casos, de medidas independientes.

En cuanto a las variables de la fobia social, en el ANOVA de medidas independientes sólo hay diferencias significativas en la evaluación de los 6 meses. La prueba post-hoc *LSD* revela, por un lado, la superioridad de los grupos terapéuticos con respecto al grupo de control y, por otro, la inexistencia de diferencias entre los grupos experimentales (*Tabla 6*).

TABLA 5.- Medias (y D.T.) y valores de F y t en las variables de fobia social, psicopatológicas y en las dimensiones de personalidad

	EXPOSI. $\bar{X}$ (D.T.)	EXP+R.COG $\bar{X}$ (D.T.)	CONTROL $\bar{X}$ (D.T.)	F	t
SAD (0-28)					
pretratamiento	24,7 (3,38)	23,2 (2,92)	23,9 (3,71)	1,27	
postratamiento	15,8 (5,85)	16,9 (5,81)			0,62
6 meses	12,8 (7,66)	13,5 (7,37)	23 (4)	14,8***	
FNE (0-30)					
pretratamiento	25,7 (4,06)	25,4 (3,31)	25,5 (3,39)	0,03	
postratamiento	20,6 (7,45)	19,5 (5,82)			0,54
6 meses	16,2 (9,10)	16,8 (7,49)	24,4 (5,36)	7,58**	
STAI-E (0-60)					
pretratamiento	32,2 (13,8)	34 (9,2)	35,5 (11,1)	0,45	
postratamiento	24,9 (13,8)	25,1 (10,7)			0,06
6 meses	20,3 (14,8)	26,2 (11,9)	34 (13,9)	4,93**	
BDI (0-63)					
pretratamiento	14,5 (9,61)	12,9 (6,97)	15,6 (7,39)	0,65	
postratamiento	9,61 (8,24)	9,5 (5,73)			0,02
6 meses	5,63 (7,88)	8,7 (7,35)	14,8 (7,44)	7,57**	
INADAPTACIÓN (6-36)					
pretratamiento	4,75 (1,36)	4,5 (0,83)	4,78 (0,73)	0,71	
postratamiento	3,57 (0,97)	3,82 (0,98)			0,85
6 meses	2,63 (1,16)	2,95 (1,28)	4,65 (0,93)	17,9***	
AUTOESTIMA (10-40)					
pretratamiento	24,5 (5,13)	25,8 (3,72)	25 (4,86)	0,51	
postratamiento	28,1 (5,50)	27,1 (3,89)			0,70
6 meses	30,3 (5,52)	27,8 (4,6)	25 (4,67)	5,77**	
ASERTIVIDAD (-90/+90)					
pretratamiento	-29,2 (18,7)	-21,1 (16,3)	-35,1 (16,2)	3,91*[1]	
postratamiento	-18,1 (21,6)	-11,7 (15,9)			1,1
6 meses	-12 (19,2)	-5,5 (17,7)	-34,9 (16,1)	15,3***	

[1] Las diferencias están entre el grupo de control y el grupo de tratamiento combinado.
*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

TABLA 6.- Diferencias entre grupos según el análisis de varianza y la prueba Post-Hoc LSD en el seguimiento de los 6 meses

VARIABLES	EFECTO DEL TRATAMIENTO	COMPARACIONES ENTRE GRUPOS		
		LSD		
		Gr.1 vs Gr.2	Gr.1 vs Gr.3	Gr.2 vs Gr.3
	$F_{(2,57)}$	(p)	(p)	(p)
VARIABLES RELACIONADAS CON LA FOBIA SOCIAL				
SAD	14,80***	-----	0,001	0,001
FNE	7,58**	-----	0,01	0,01
VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS				
Adaptación Global	17,98***	-----	0,001	0,001
Ansiedad	4,93**	-----	0,01	-----
Depresión	7,57**	-----	0,01	0,01
VARIABLES DE PERSONALIDAD				
Autoestima	5,77**	-----	0,01	-----
Asertividad	15,33***	-----	0,001	0,001

* p<0,05 **Gr.1.: Exposición**
** p<0,01 **Gr.2.: Exposición + Reestructuración cognitiva**
*** p<0,001 **Gr.3.: Grupo de control**

En cuanto a las medidas psicopatológicas, en el ANOVA de la evaluación de los 6 meses se aprecian diferencias significativas entre los grupos experimentales y el grupo de control en depresión y en inadaptación global. Los grupos terapéuticos son superiores al grupo de control, pero no hay diferencias entre ellos. Sin embargo, entre el grupo de control y el grupo de tratamiento compuesto no existen diferencias en ansiedad (*Tabla 6*).

Por lo que se refiere a las dimensiones de personalidad, en asertividad hay diferencias significativas en el seguimiento de los 6 meses entre los grupos experimentales y el grupo de control, a favor de los primeros, pero sin que haya diferencias entre ellos. Es decir, la asertividad experimenta una mejoría significativa con el tratamiento, independientemente de cuál sea éste. Por el contrario, no hay diferencias en autoestima entre el grupo de tratamiento compuesto y el grupo de control (*Tabla 6*).

Análisis intragrupal

En la *Tabla 7* figuran los valores de *F* y de *t* de medidas repetidas, referidos a los momentos fundamentales de evaluación, en las variables de fobia social, en las medidas psicopatológicas y en las dimensiones de personalidad. La evolución de dichas medidas durante todo el tratamiento está representada en las *Figuras 1, 2 y 3.*

En las variables de fobia social se aprecia, por un lado, una clara mejoría entre el pre y el postratamiento y, por otro, un aumento lento de la mejoría entre éste y el seguimiento de los 6 meses en las dos modalidades terapéuticas. A su vez, el grupo de control no mejora en ninguna de las variables.

En cuanto a las variables psicopatológicas (ansiedad, depresión e inadaptación), la evolución es ligeramente distinta. En los dos grupos terapéuticos hay una mejoría clara entre el pre y el postratamiento. Sin embargo, mientras en el grupo de exposición esta mejoría continúa aumentando paulatinamente desde el postratamiento hasta el seguimiento de los 6 meses (por ejemplo, en la depresión t=2,62; p<0,05), en el grupo de tratamiento compuesto los resultados se limitan a mantenerse (t=0,65; *ns*). A su vez, el grupo de control no mejora en ninguna de las variables.

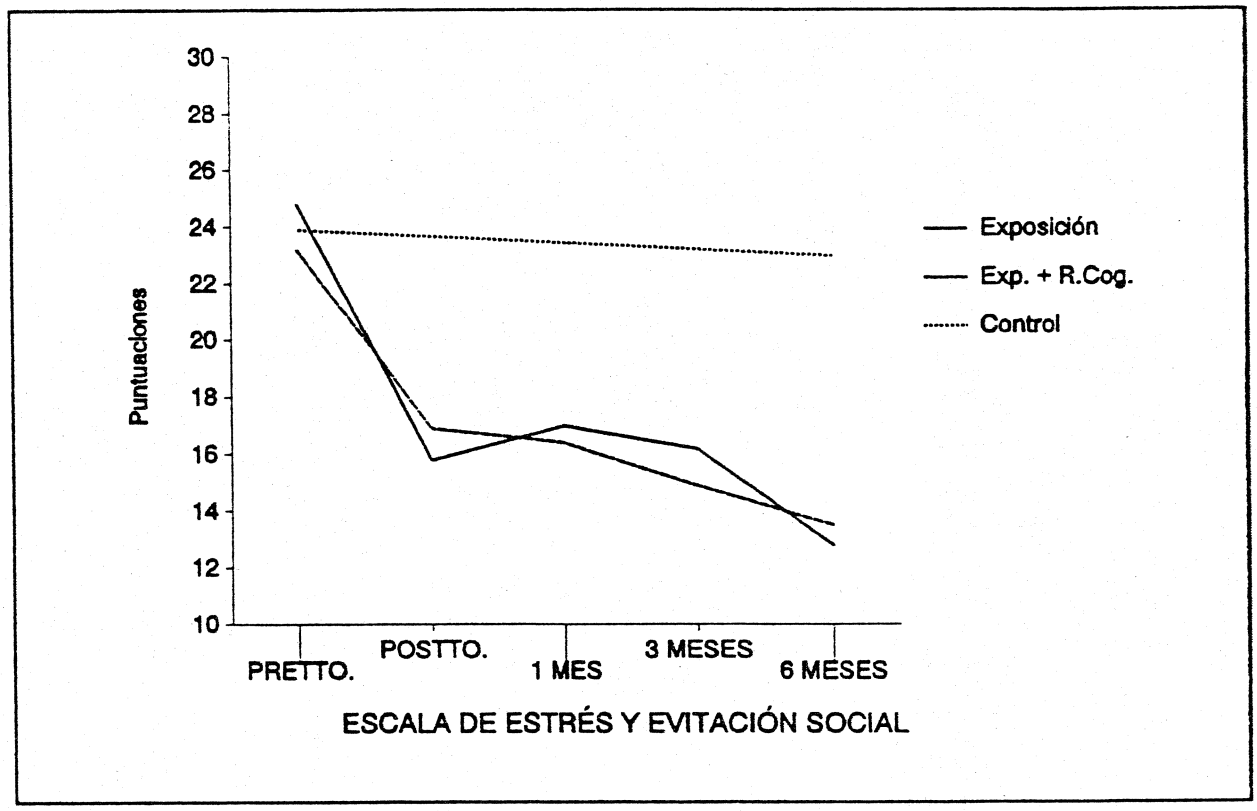
En las dimensiones de personalidad la evolución es claramente distinta. La mejoría se produce de forma paulatina entre el pre y el postratamiento y continúa con esta misma evolución hasta el seguimiento de los 6 meses. No hay diferencias entre las dos modalidades terapéuticas. A su vez, el grupo de control no mejora en ninguna de las variables.

TABLA 7.- Valores de F y t en el análisis de varianza de medidas repetidas en las variables de fobia social, variables psicopatológicas y dimensiones de personalidad

	EXPOSICIÓN	EXPO.+R.COG.	CONTROL
SAD	F=31,11***	F=24,55***	
	t	t	t
pre-post	6,76***	5,08***	
pre-6 meses	6,28***	6,14***	1,66
post-6 meses	2,33*	2,57*	
FNE	F=18,51***	F=22,41***	
	t	t	t
pre-post	4,12***	5,63***	
pre-6 meses	5,02***	5,56***	1,19
post-6 meses	3,33**	2,36*	
STAI-E	F=4,86**	F=7,74***	
	t	t	t
pre-post	4,40***	4,04**	
pre-6 meses	3,78***	2,85*	0,92
post-6 meses	0,77	0,28	
BDI	F=13,74***	F=8,23***	
	t	t	t
pre-post	3,29**	2,79*	
pre-6 meses	4,41***	3,86**	0,27
post-6 meses	2,62*	0,65	
INADAPTACIÓN	F=21,72***	F=19,34***	
	t	t	t
pre-post	3,85***	3,10**	
pre-6 meses	5,77***	5,24***	0,90
post-6 meses	3,03**	4,16***	
AUTOESTIMA	F=13,12***	F=4,03*	
	t	t	t
pre-post	3,84**	2,04	
pre-6 meses	4,02**	2,40*	0,24
post-6 meses	1,94	0,92	
ASERTIVIDAD	F=17,22***	F=10,63***	
	t	t	t
pre-post	3,59**	2,77*	
pre-6 meses	5,15***	3,96**	0,55
post-6 meses	2,68*	2,21*	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

FIGURA 1.- Evolución en las variables de fobia social



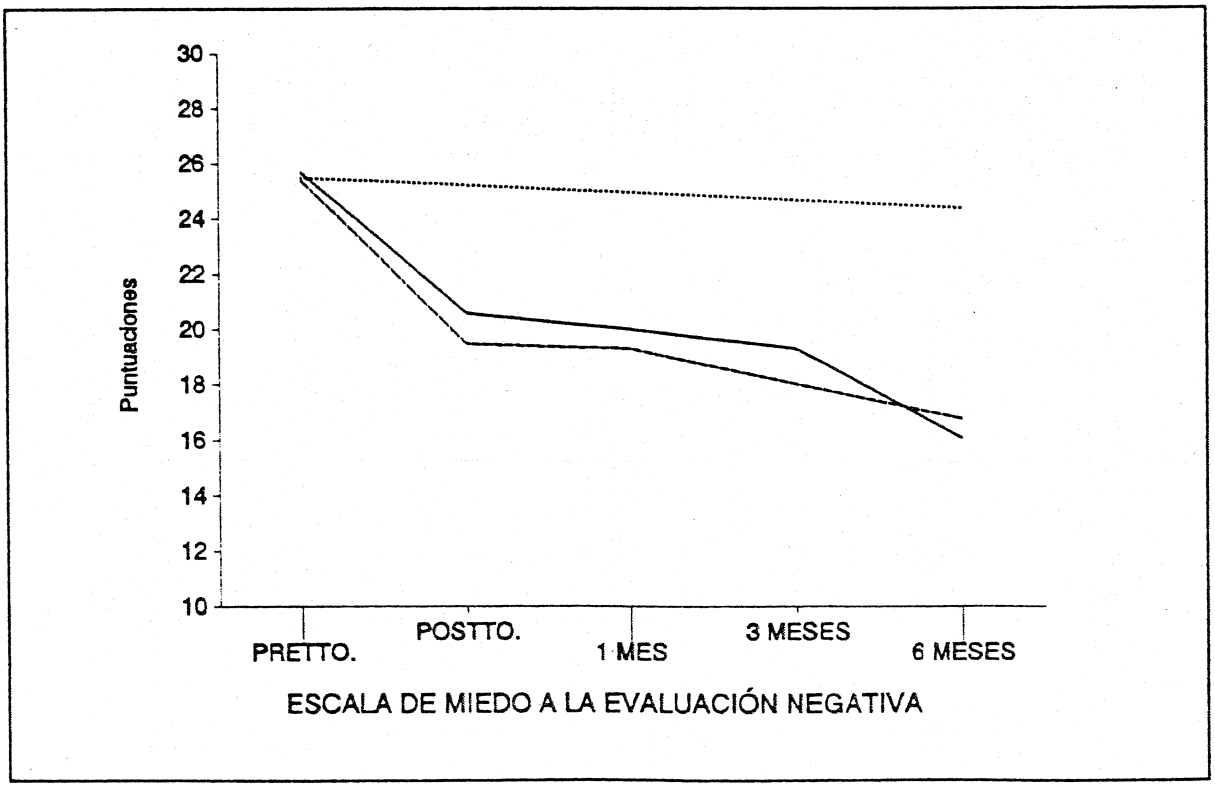
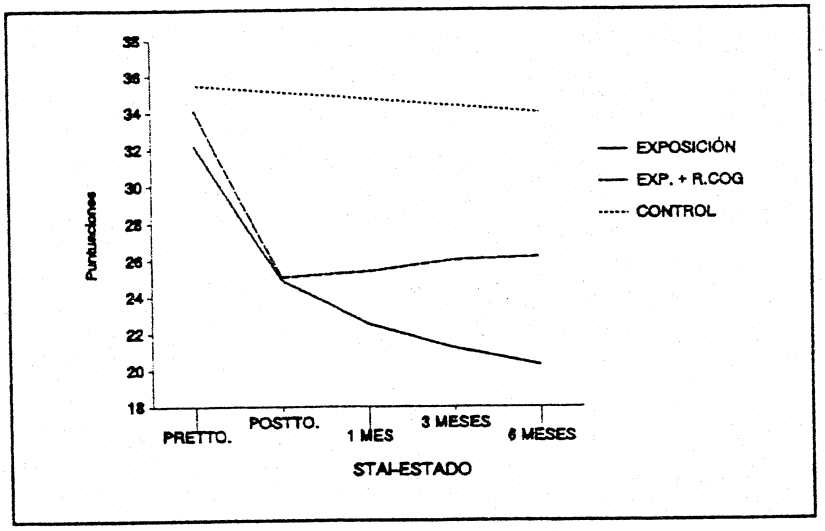
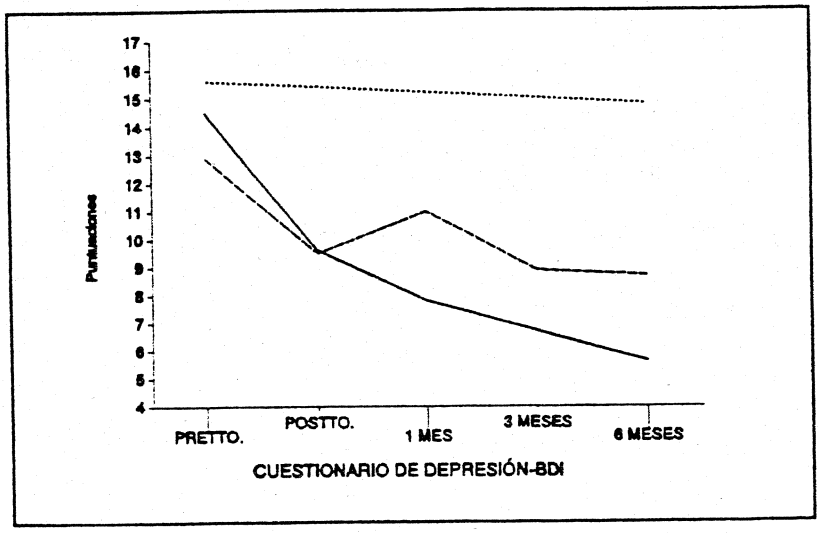


FIGURA 2.- Evolución en las variables psicopatológicas





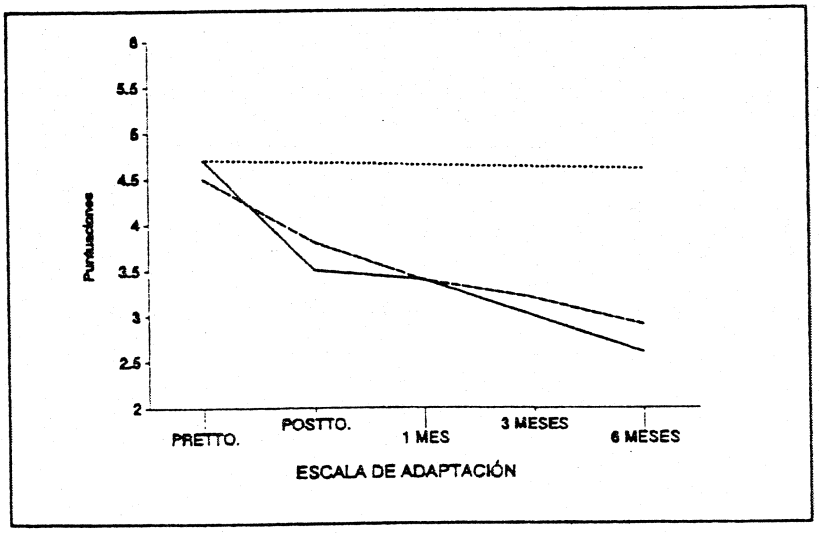
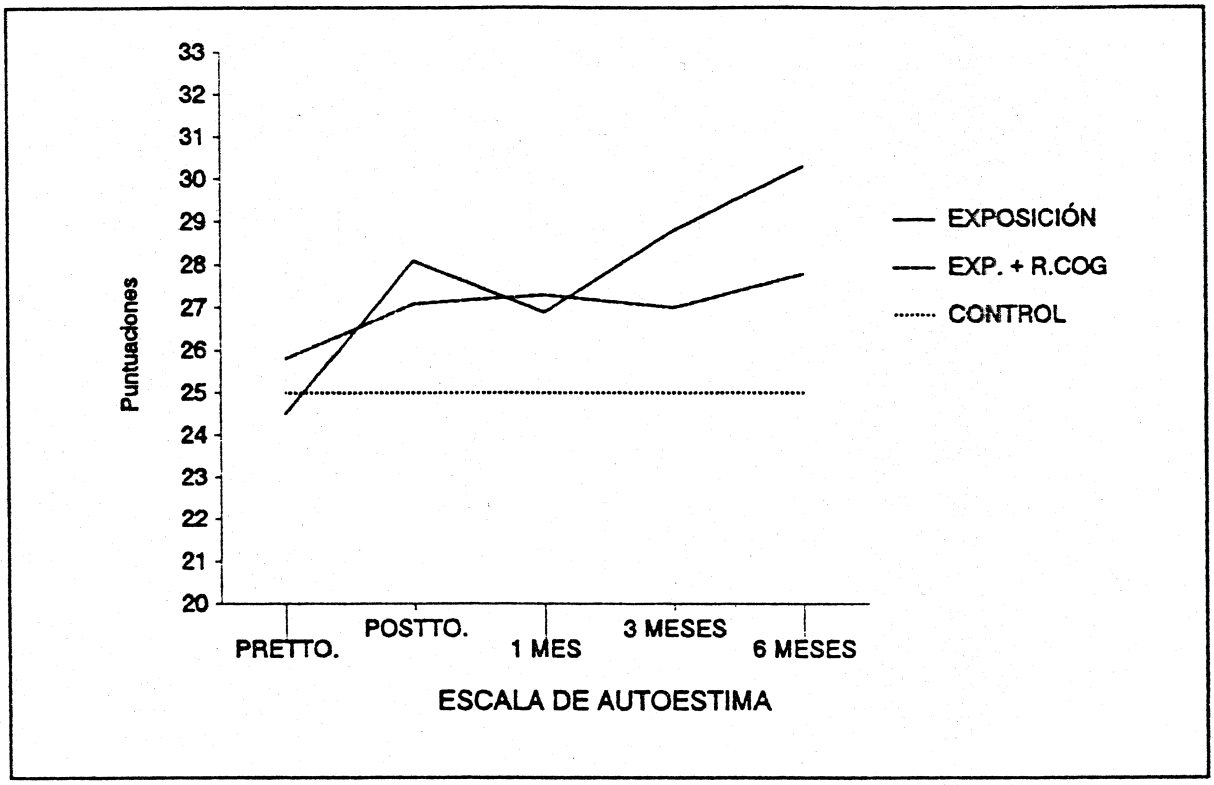
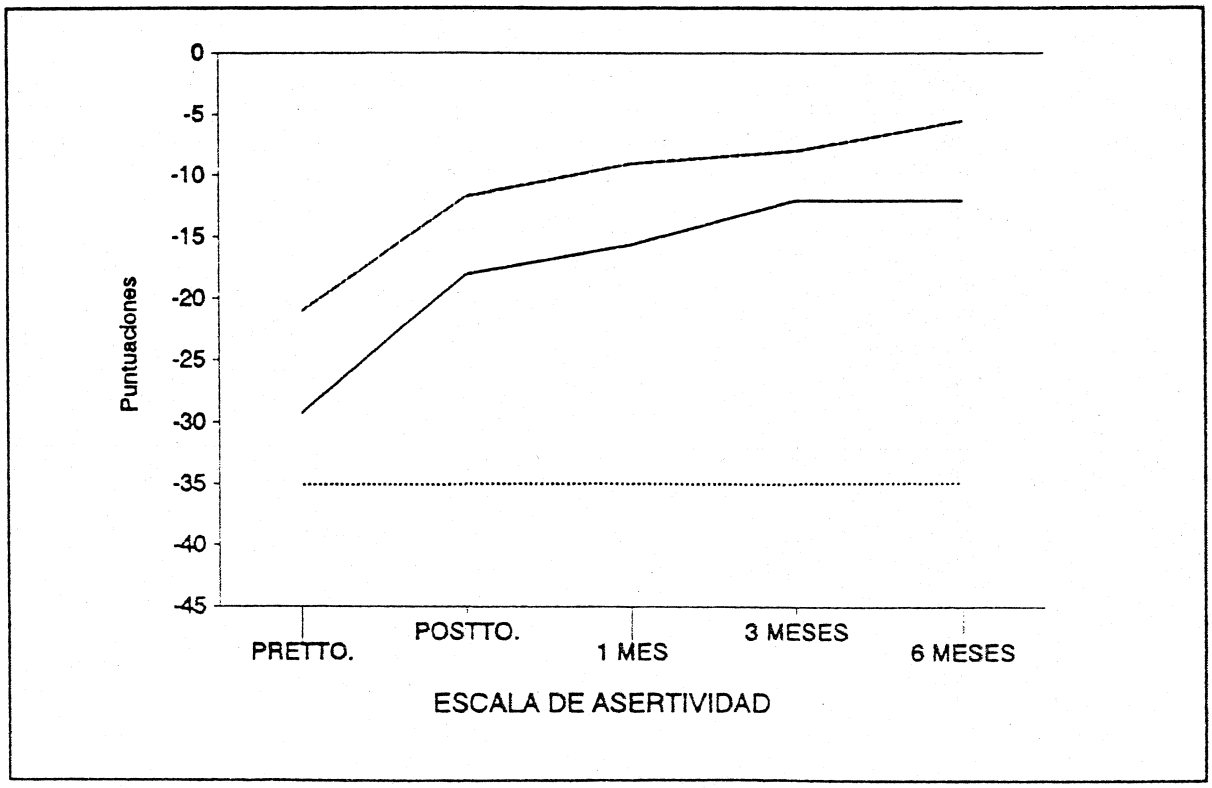


FIGURA 3.- Evolución en las dimensiones de personalidad





Efectividad del manual de autoayuda

Se ha realizado un análisis factorial de la varianza en las variables de fobia social, en las medidas psicopatológicas y en las dimensiones de personalidad en los diferentes momentos de la evaluación para comprobar la efectividad del manual de autoayuda.

En la evaluación postratamiento sólo se aprecia una interacción significativa (F=4,46; p<0,05) en el *SAD* (*tabla 8 y figura 4*). Los efectos principales debidos al manual y al tipo de tratamiento no son estadísticamente significativos. Es el grupo de exposición sin manual el que mejores resultados obtiene.

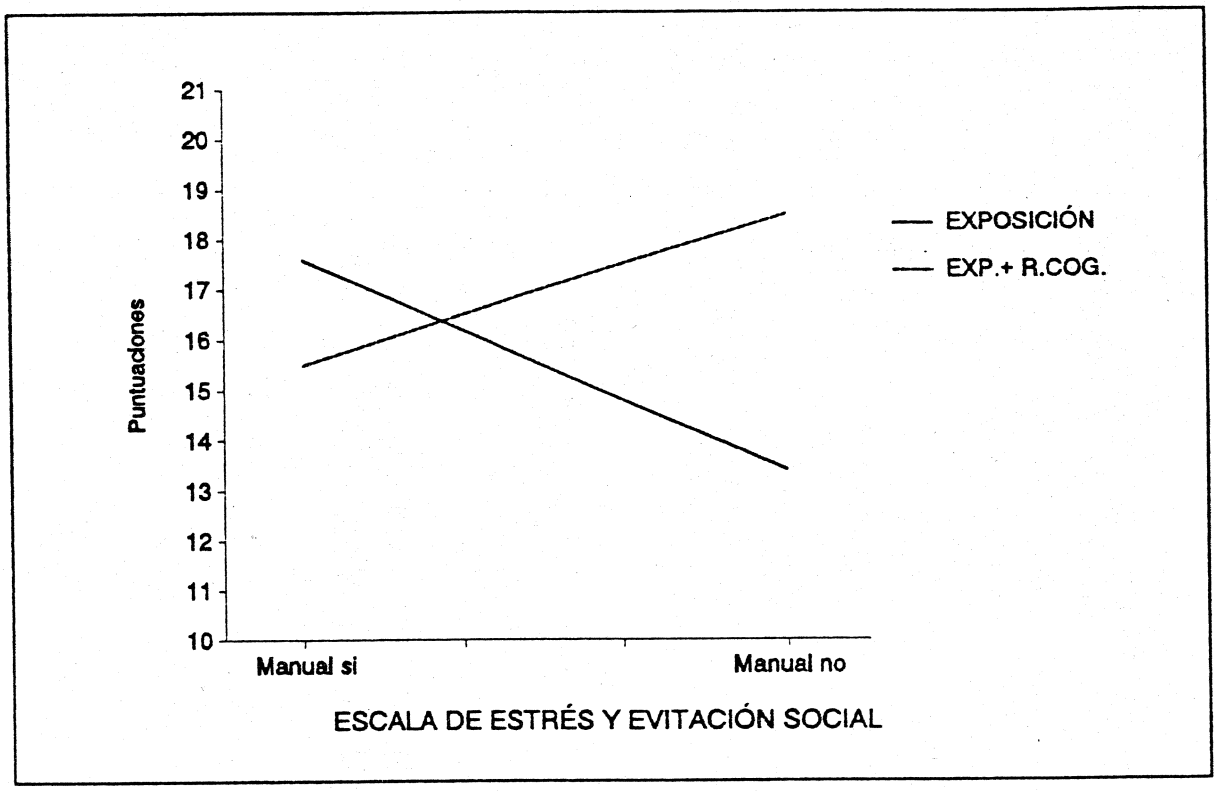
TABLA 8.- Medias (y Desviaciones Típicas) en el Cuestionario de estrés y evitación social (Rango 0-28)

	EXPOSICIÓN $\bar{X}$ (D.T.)	EXP. + R.COG. $\bar{X}$ (D.T.)	
Con manual	N= 12 17,66 (1,63)	N= 12 15,5 (1,63)	N= 24 16,58 (1,15)
Sin manual	N= 9 13,44 (1,88)	N= 11 18,54 (1,70)	N= 20 15,99 (1,27)
	N= 21 15,55 (1,24)	N= 23 17,02 (1,18)	

No hay diferencias significativas en los seguimientos de 1 y 3 meses. En la evaluación de los 6 meses aparece una interacción significativa (F=4,30; p<0,05) en la *Escala de Autoestima*. También en este caso resulta superior el grupo de exposición sin manual.

Cabe, por tanto, concluir que la entrega del manual no tiene un peso específico en el resultado final del tratamiento.

FIGURA 4.- Escala de estrés y evitación social



CONCLUSIONES

La validez de esta investigación deriva de la equivalencia de los grupos en el pretratamiento y de la coherencia de los resultados obtenidos en las distintas variables medidas, así como de la homogeneidad de la muestra y del tamaño de la misma (*N*=71).

La fobia social de tipo generalizado se muestra como un trastorno susceptible de tratamiento con éxito. De hecho, hay una clara superioridad de los sujetos tratados sobre los sujetos del grupo de control en todas las variables medidas. Esta conclusión es concordante con los resultados de estudios previos (Butler *et al.*, 1984; Kanter y Goldfried, 1979; Scholing y Emmelkamp, 1993b).

El porcentaje de sujetos mejorados con alguna de las dos modalidades de tratamiento asciende al 57,5% de los casos a los 6

meses de seguimiento. La mejoría en la conducta social es sincrónica con la modificación de las respuestas cognitivas. Este porcentaje es razonablemente satisfactorio, pero algo menor que el descrito por Öst (1989) para las fobias específicas (75%-85%) o para la agorafobia (65%-75%). La fobia social resulta más difícil de tratar que otras fobias, probablemente por las raíces de este trastorno en algunas dimensiones de personalidad (el neuroticismo y la introversión, especialmente) y por los déficits de habilidades sociales que suelen acompañar a este trastorno. Por otra parte, el temor a las personas y a sus conductas sociales, así como las reacciones reales de los demás ante el paciente en la vida cotidiana, son factores poco controlables que no están presentes, al menos en esta magnitud, en el resto de las fobias.

Respecto a la eficacia diferencial de las modalidades terapéuticas, no hay diferencias entre las dos condiciones experimentales en las variables medidas en ninguno de los momentos de evaluación. En consecuencia, la adición de la reestructuración cognitiva al tratamiento de exposición no supone un aumento del efecto terapéutico. Este resultado es congruente con los estudios de Biran *et al.* (1981), Stravynski, Marks y Yule (1982) y Scholing y Emmelkamp (1993b), pero discordante de los resultados de otras investigaciones (Butler *et al.*, 1984; Heimberg *et al.*, 1993; Mattick *et al.*, 1989).

Por otra parte, el manual de autoayuda, que se ha puesto por primera vez a prueba en esta investigación, no tiene un peso aditivo en el resultado final del tratamiento. Desde una perspectiva de costes y beneficios, cabe poner en duda su utilidad. Quizá haya que controlar en estudios futuros otras variables, como el nivel cultural de los sujetos, el control de la lectura, el grado de aprovechamiento de la misma, etc.

En cuanto a la evolución terapéutica, la tasa de mejoría es del 40% en el postratamiento y del 57,5% en el seguimiento de los 6 meses. Es decir, hay una mejoría rápida entre el pre y el postratamiento y una mejoría paulatina entre éste y el seguimiento de los 6 meses. A medida que los pacientes evitan menos situaciones sociales y modifican las distorsiones cognitivas, lo que no en todos los casos ocurre de forma inmediata, los logros tienden a aumentar.

No se debe, por ello, hacer un balance de los resultados terapéuticos hasta contar, al menos, con un seguimiento de 6 meses.

La tasa de abandonos en un sentido amplio (rechazos, abandonos, pérdida de pacientes en el seguimiento) es de un 18%, como también ocurre en otros estudios (Scholing y Emmelkamp, 1993b). Los momentos más críticos a este respecto son antes de la 4ª sesión de tratamiento y a partir del seguimiento de los 3 meses. El criterio de *abandono* utilizado en este estudio es, sin embargo, muy estricto. Los abandonos durante el tratamiento son claramente fracasos terapéuticos. Sin embargo, la pérdida de pacientes en el seguimiento puede deberse, al menos en algunos casos, al grado de mejoría de los sujetos que ya no están motivados para acudir periódicamente al lugar de la terapia. Cabe, por tanto, concluir que el grado de aceptación del tratamiento por parte de los pacientes es más bien alto.

Quedan todavía, sin embargo, algunos interrogantes por resolver en futuras investigaciones. Los resultados terapéuticos obtenidos en este estudio son satisfactorios, pero todavía hay un 42,5% de pacientes (N=17) que no se han visto beneficiados del tratamiento a los 6 meses del alta. Conviene por ello estudiar las características de este tipo de pacientes y refinar los tratamientos dedicados a ellos.

La reestructuración cognitiva, integrada con la exposición, no se ha mostrado eficaz en este estudio. No parece justificada la aplicación sistemática de esta técnica en el tratamiento de la fobia social. Quizá se pueda aplicar en otros estudios en unas condiciones distintas (formato individual, mayor duración del tratamiento, etc.) y con una selección de los pacientes (mayor nivel cultural, menor grado de gravedad, etc.) que puedan beneficiarse específicamente de esta técnica.

Por último, la utilización creciente de los manuales de autoyuda debe venir acompañada de estudios sobre la eficacia de los mismos. Los resultados obtenidos en esta primera investigación no son satisfactorios. Conviene, sin embargo, replicar estos resultados en otros estudios con un manual más específico, un número mayor de sujetos, una selección precisa de los pacientes, etc.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1987). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*** (3rd. ed. rev.). Washington: APA.

American Psychiatric Association (1994). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*** (4th. ed.). Washington: APA.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring deppression. ***Archives of General Psychiatry, 4:*** 561-571.

Beidel, D.C., Turner, S.M., y Dancu, C.U. (1985). Physiological, cognitive, and behavioral aspects of social anxiety. ***Behaviour Research and Therapy, 23:*** 109-117.

Biran, M., Augusto, F. y Wilson, G.T. (1981). In vivo exposure versus cognitive restructuring in the treatment of scritophobia. ***Behaviour Research and Therapy, 19:*** 525-532.

Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia. Some instructive difficulties. ***Behaviour Research and Therapy, 23:*** 651-659.

Butler, G. (1990). ***Manejo de la ansiedad***. Pamplona. Consejería de Salud del Gobierno de Navarra (original, 1985).

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.

Di Nardo, P.A. y Barlow, D.H. (1988). ***Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R).*** Phobic and Anxiety Disorders Clinic, 1535 Western Avenue, Albany, New York 12203.

Echeburúa, E. (1993). ***Fobia social.*** Barcelona: Martínez Roca.

Echeburúa, E. (1995). ***Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social.*** Barcelona: Martínez Roca.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). ***Escala de Adaptación.*** Manuscrito no publicado.

Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. ***Psicothema, 3:*** 7-23.

Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1994). Exposición y técnicas cognitivas en el tratamiento de la fobia social. En M. Garaigordóbill y C. Maganto (Eds.): ***Socialización y conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia.*** Bilbao: Universidad del País Vasco.

Heimberg, R.G., Hope, D.A., Rapee, R.M. y Bruch, M.A. (1988). The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale with Social Phobic Patients. ***Behaviour Research and Therapy, 26:*** 407-410.

Heimberg, R.G., Salzman, D.G., Holt, C.S. y Blendell, K.A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow up. ***Cognitive Therapy and Research, 17:*** 325-341.

Kanter, N.J. y Goldfried, M.R. (1979). Relative efficacy of rational restructuring and self-control desensitization and the reduction of interpersonal anxiety. ***Behaviour Therapy, 10:*** 472-490.

Lucock, M. y Salkovskis, P. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. ***Behaviour Research and Therapy, 26:*** 297-302.

Mattick, R.P., Peters, L. y Clarke, J.C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. ***Behavior Therapy, 20:*** 3-23.

Mersch, P.P.A., Emmelkamp, P.M.G., Bögels, S.M. y Van Der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. ***Behaviour Research and Therapy, 27:*** 421-434.

Oei, T., Kenna, D. y Evans, L. (1991). The reliability, validity and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorder patients. ***Personality and Individual Differences, 12:*** 111-116.

Öst, L.G. (1989). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. ***Behaviour Research and Therapy, 27:*** 123-130.

Öst, L.G., 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.

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.

Rathus, A. (1973). A 30 items schedule for assessing assertive behavior. ***Behavior Therapy, 4:*** 398-406.

Rosenberg (1965). ***Society and the adolescent self-image,*** New Jersey: Princenton.

Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1993a). Cognitive-behavioral treatment og fear blushing, tembling or sweating. ***Behaviour Research and Therapy, 23:*** 155-170.

Scholing, A., y Emmelkamp, P.M.G. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. ***Behaviour Research and Therapy, 31:*** 667-681.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). ***The State-Trait anxiety inventory.*** Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Steer, R.A. y Beck, A.T. (1988). Beck Depression Inventory. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.). ***Dictionary of Behavioral Assessment Techniques.*** New York. Pergamon Press.

Stravynski, A., y Greenberg, D. (1989). Behavioral psychotherapy for social phobia and dysfunction. ***International Review of Psychiatry, 30:*** 212-216.

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.

Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1989). Social phobia: clinical syndrome. Diagnosis and comorbidity. ***Clinical Psychology Review, 9:*** 3-18.

Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33:*** 448-457.

Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G. y Münchan, N. (1990). Exposure in vivo versus social skills training for social phobia-long term outcome and differential effects. ***Behaviour Research and Therapy, 28:*** 181-195.