

LA EXPOSICIÓN COMO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN UN CASO DE FOBIA SOCIAL DE TIPO GENERALIZADO

Karmele Salaberría Irizar
Enrique Echeburúa Odriozola

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

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento de un fóbico social de tipo generalizado con una terapia grupal de exposición. El paciente, un hombre soltero de 34 años, manifestaba un serio problema crónico de ansiedad social. El tratamiento consistió en ocho sesiones semanales en grupo (de 2,5 horas de duración) de exposición en vivo a estímulos sociales ansiógenos, junto con tareas individuales para casa y un manual de autoayuda para el control de la ansiedad. Al cabo de un año de seguimiento, el paciente había experimentado una reducción de la ansiedad conductual y cognitiva, así como una mejoría en la adaptación global. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

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

SUMMARY

In this paper the treatment of a social phobic of a generalized type with group exposure therapy is described. The patient, a 34-year-old single man, reported a chronic serious trouble of social anxiety. The treatment consisted of eight in-vivo exposure to fearful social stimuli sessions, administered in group weekly 120 minutes sessions, together with individual homework and a self-helping manual to manage the anxiety. At the end of 1 year follow-up the treatment led to improvement in measures of behavioral and cognitive anxiety as well as in overall adaptation. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

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

INTRODUCCIÓN

Desde los años 80 se ha suscitado un interés creciente por el estudio y el tratamiento de la fobia social. Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), este trastorno se define como un miedo 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. Por ello, los sujetos tienden a evitar, aun deseándolas, las relaciones interpersonales y a restringir de forma considerable sus posibilidades de desarrollo social.

Los síntomas psicofisiológicos más frecuentes son la sudoración, el temblor, la taquicardia y el rubor facial. Asimismo los síntomas cognitivos, referidos a un temor desproporcionado a las críticas de los demás y a una imagen social negativa de sí mismos, suponen una amenaza a la autoestima de los pacientes y desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de la fobia social. En suma, todos estos síntomas, y muy en particular la evitación -más sutil que en el caso de otras fobias-, llevan a los fóbicos sociales a un deterioro (laboral, social, afectivo, etc.) en la vida cotidiana (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Echeburúa, 1993).

Desde una perspectiva clasificatoria, las fobias sociales pueden estar referidas a estímulos muy específicos (comer o beber delante de los demás, hablar en público, etc.) o presentarse de forma generalizada ante la mayoría de las interacciones sociales (APA, 1994; Mattick y Peters, 1988). El caso expuesto en este trabajo se refiere a este último subtipo, que, por otra parte, tiene una mayor significación clínica que el primero y suscita una mayor demanda terapéutica.

Este cuadro clínico puede presentar una tasa de prevalencia de un 2% en la población general (Turner y Beidel, 1989). Es, de hecho, el segundo trastorno fóbico más frecuente visto en la clínica, sólo superado por la agorafobia. La edad de comienzo del cuadro clínico se sitúa entre los 15 y 20 años. El comienzo puede ser progresivo, con antecedentes de timidez en la infancia y de aislamiento en la adolescencia, que es la forma más habitual, o bien repentino, tras una experiencia traumática. El curso del trastorno tiende a ser crónico. Desde una perspectiva clínica, los pacientes no suelen consultar por la fobia social, que la atribuyen a una timidez que les parece inmodificable, o lo hacen en unas fases ya muy avanzadas (entre 6 y 20 años después de la aparición del problema) (Echeburúa, 1993).

El tratamiento de este trastorno se ha centrado principalmente en dos tipos de intervenciones psicológicas: a) el entrenamiento en habilidades sociales (Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser y Münchan, 1990); y b) las técnicas de exposición, con o sin reestructuración cognitiva (Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy y Zollo, 1990; Newman, Hofmann, Trabert, Roth y Taylor, 1994; Salaberría y Echeburúa, 1995; Scholing y Emmelkamp, 1993).

El entrenamiento en habilidades sociales se ha mostrado eficaz en este cuadro clínico, pero no es fácil determinar en este caso los factores responsables del cambio terapéutico. Por ello, los cambios de conducta pueden estar relacionados con la exposición regular a las situaciones temidas, que se lleva a cabo en los ensayos de conducta en la consulta y en la práctica de tareas estructuradas en la vida real, y no tanto con el entrenamiento específico en habilidades sociales (Echeburúa y Salaberría, 1991).

Las técnicas cognitivas -especialmente la terapia racional emotiva y la reestructuración cognitiva de Beck- han comenzado a utilizarse

en los últimos años, sobre todo a partir de la constatación del peso que el temor a la evaluación negativa tiene en el desarrollo de este trastorno. Sin embargo, los estudios en que se han aplicado este tipo de técnicas han incluido, en la mayoría de los casos, algún tipo de exposición -o instrucciones de exposición- a los estímulos temidos, por medio de tareas para casa o de ensayos de conducta en las sesiones terapéuticas, sobre todo cuando éstas tienen un formato grupal. Cabe, por ello, preguntarse si son los componentes cognitivos los agentes del cambio terapéutico o simplemente se limitan a potenciar la exposición (Echeburúa, 1995; Heimberg, 1989).

La naturaleza de las relaciones humanas -y, en concreto, el carácter imprevisto y variable de muchas relaciones sociales- hace que las tareas de exposición sean más difíciles de programar que en el caso de la agorafobia o de otros trastornos fóbicos. La realización de ensayos de conducta en la clínica y la programación en el ambiente natural de unas tareas de exposición cortas, pero repetidas, junto con el recurso a un manual específico de autoayuda (Butler, 1991), contribuyen a superar estas dificultades. Puede ser también de interés la utilización de algunas estrategias adicionales que, por un lado, desarrollen en el paciente unas habilidades mínimas para la interacción social y, por otro, le enseñen a hacer frente a la evitación cognitiva (que es una forma de estar presente en una situación social, pero sin implicarse atencionalmente en ella). Se trata, en último término, de adaptar la técnica de la exposición a las situaciones sociales y de hacerla más efectiva en estas circunstancias (Butler, 1985; Echeburúa y Salaberría, 1994).

El interés del caso presentado en este estudio está fundamentado en varios aspectos. En primer lugar, se trata de un caso clínico grave de fobia social generalizada sin comienzo traumático y con un desarrollo paulatino a lo largo del tiempo. Este tipo de casos tiene una gran relevancia clínica y desafía los modelos etiológicos postulados tradicionalmente por las teorías del condicionamiento. Y en segundo lugar, se ejemplifica la aplicación de un programa estructurado de exposición en vivo en un formato grupal, que parece el tratamiento de elección en este tipo de problemas. De hecho, este programa terapéutico ha mostrado ser un tratamiento eficaz -un 57,5% de éxitos con un seguimiento de seis meses- en una

investigación clínica reciente, de la cual forma parte este caso, realizada por los autores de este estudio (Salaberría y Echeburúa, 1995).

MÉTODO

Sujeto

El paciente es un hombre de 34 años, soltero y que trabaja como agente de tráfico. Es el hijo menor de una familia de clase media-baja de cuatro hermanos. Actualmente vive con su madre, viuda, y dos de los hermanos solteros en el domicilio familiar.

Tiene estudios elementales y de formación profesional, pero ya lleva 8 años vinculado profesionalmente a la policía municipal.

Enterado de su existencia por la prensa, se decide, no sin vacilación, a acudir al programa de tratamiento de la fobia social de la Facultad de Psicología en mayo de 1992.

La mayoría de las situaciones sociales que se le presentan en la vida cotidiana le suscitan una gran ansiedad. En concreto, rehúye el contacto con sus superiores, procura no implicarse en ninguna conversación, no pasa por delante de otras personas ni se mete en un bar en donde hay mucha gente en la barra, así como tampoco acude a fiestas o reuniones ni hace ningún comentario cuando se encuentra en grupo. En ciertas circunstancias, especialmente cuando se relaciona con chicas o con personas desconocidas o cuando tiene necesidad de estar con varias personas a la vez, la ansiedad se hace aún más pronunciada.

Los síntomas psicofisiológicos experimentados están referidos al rubor -que percibe como el más amenazante de todos-, a la taquicardia, a la sudoración, al temblor de voz y manos y a la falta de aliento, así como a una sensación global de quedarse bloqueado. En la consulta el paciente se muestra con una postura rígida, sin apenas gesticulación y expresividad, y se limita a responder a lo que se le pregunta con monosílabos.

Desde una perspectiva cognitiva, manifiesta pensamientos derrotistas en relación con su imagen social y experimenta una an-

siedad anticipatoria intensa en relación con el rubor y con el temor exagerado a las críticas: "me voy a poner rojo", "van a pensar que, a mi edad, no es para ponerse así", "se van a reír de mí", etc. Se siente, en particular, muy preocupado por lo que piensan los demás de él y, en general, por el "qué dirán". El hecho de ser agente de tráfico -y estar, por ello, en el punto de mira de muchas personas- le supone una responsabilidad sobreañadida.

Se trata de una persona sana, con un aspecto físico agradable y una apariencia cuidada, que no ha padecido ninguna enfermedad grave ni ha experimentado ninguna intervención quirúrgica. El desarrollo evolutivo de la infancia y adolescencia ha sido normal, con un rendimiento académico discreto y con unas relaciones familiares distantes y frías, incluso con sus hermanos. Tiene un concepto bajo de sí mismo, especialmente en la esfera social. No fuma ni toma drogas. No ha recibido ningún tratamiento psiquiátrico ni psicológico previo. No hay tampoco en el núcleo familiar antecedentes psicopatológicos ni consultas médicas y/o psicológicas por trastornos de conducta.

El paciente siempre se ha considerado una persona tímida y ya desde la niñez ha hecho esfuerzos por pasar desapercibido. Le gustaría estar con otras personas, pero se siente inseguro. Sólo cuando se aísla de los demás se encuentra bien. Tiene aficiones diversas, como el deporte -correr-, la música y el cine, pero las practica en solitario. Ha formado parte de un grupo musical durante 10 años y ha recurrido al alcohol, que no consume habitualmente, para salir al escenario. El grado de malestar experimentado por actuar en público le ha llevado a abandonar el grupo musical hace 2 años.

No ha consultado nunca por este problema, que atribuye a su "forma de ser". Sin embargo, el agravamiento reciente de los síntomas -las dificultades experimentadas en la relación de pareja que mantiene con una chica desde hace 6 meses, el aislamiento creciente de sus compañeros de trabajo y de sus amigos, la hiperactivación psicofisiológica, las preocupaciones recurrentes sobre este problema, etc.-, así como el conocimiento de la existencia de este programa orientado específicamente a este tipo de problemas, le han motivado a la búsqueda de ayuda terapéutica.

Procedimiento

a) Evaluación

La fobia social es un trastorno de conducta complejo que requiere la utilización de criterios múltiples de cambio conductual para evaluar adecuadamente las consecuencias de una intervención terapéutica.

El proceso de evaluación se realizó en dos sesiones. En la primera la terapeuta -la primera autora de este trabajo- elaboró una historia clínica detallada del paciente (datos demográficos, comienzo del problema, desarrollo y situación actual del mismo, implicaciones en la vida cotidiana, reacción de los familiares, etc.) y llevó a cabo una entrevista clínica estructurada -el ADIS-R, de Di Nardo y Barlow (1988)-, que permite afinar la categoría diagnóstica del cuadro clínico y establecer un diagnóstico diferencial con los trastornos de conducta limítrofes según los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

Asimismo se le aplicaron al paciente dos inventarios que se han mostrado muy sensibles al cambio terapéutico: a) la *Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)* (Watson y Friend, 1969), que cuenta con 28 ítems de respuestas dicotómicas referidos al malestar y a la evitación de situaciones sociales, tiene un rango de 0 a 28 y cuyo punto de corte se sitúa entre 18 y 20; y b) la *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)* (Watson y Friend, 1969), que cuenta con 30 ítems de tipo dicotómico relacionados con el temor a las críticas, tiene un rango de 0 a 30 y cuyo punto de corte se sitúa entre 22 y 24. Con el SAD y con el FNE se trataba de rastrear los temores conductuales y cognitivos, respectivamente, de la ansiedad social presentes en el paciente. La duración de esta sesión fue de 1,5 horas.

En la segunda sesión el paciente cumplimentó los siguientes cuestionarios: a) la *Escala de Adaptación* (Echeburúa y Corral, 1987), que cuenta con 6 ítems, con un formato de tipo Likert de 0 a 6, referidos al grado en que la fobia social afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana, y que tiene un rango de 6 a 36, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es el grado de inadap-

tación del sujeto a las áreas evaluadas; b) el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (sólo en la subescala de ansiedad-estado), que evalúa el nivel de ansiedad del sujeto en un momento determinado, que cuenta con 20 ítems estructurados en una escala de tipo Likert de 0 a 3 y que tiene un rango de 0 a 60; c) el *Inventario de Depresión (BDI)* (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961), que sirve para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos, que cuenta con 21 ítems estructurados en una escala de tipo Likert de 0 a 4, que tiene un rango de 0 a 63 y cuyo punto de corte es 18; d) la *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965), que tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma, que cuenta con 10 ítems estructurados en una escala de tipo Likert de 0 a 4 y que tiene un rango de 0 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto más alta es la autoestima; y e) la *Escala de Asertividad (RAS)* (Rathus, 1973), que sirve para evaluar el comportamiento social autoafirmativo, que cuenta con 30 ítems cuya respuesta oscila entre +3 y -3, que tiene un rango de +90 a -90 y cuyo punto de corte es 0, con una puntuación positiva tanto mayor cuanto mayor es la asertividad.

TABLA 1.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes del tratamiento

Cuestionarios y escalas	Puntuación
Escala de Estrés y Evitación Social (SAD) (0-28)	28
Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) (0-30)	29
Escala de Adaptación (6-36)	28
Inventario de Ansiedad-Estado (0-60)	33
Inventario de Depresión (0-63)	14
Escala de Autoestima (10-40)	27
Escala de Asertividad (-90/+90)	-19

En la *Tabla 1* figuran los resultados obtenidos por el paciente en estos instrumentos de medida en la evaluación anterior al tratamiento. A tenor de estos resultados, se trata de una persona poco asertiva y con una autoestima más bien baja que está aquejada globalmente de una intensa ansiedad social, con un grado de inadaptación alto a la vida cotidiana y, desde una perspectiva psicopatológica, con un nivel alto de ansiedad y medio-bajo de depresión.

Se llevó a cabo asimismo una lista de conductas-objetivo, elaborada por el paciente con la ayuda de la terapeuta, que se muestra muy sensible al cambio terapéutico, que tiene por objetivo especificar las conductas concretas que el paciente quiere mejorar y, en último término, establecer un programa terapéutico individualizado. La lista de las conductas-objetivo, así como el grado de dificultad subjetivo de cada una de ellas, figura en la *Tabla 2*. La duración total de esta sesión fue de 2 horas.

TABLA 2.- Listado y grado de dificultad de las conductas-objetivo antes del tratamiento

Conductas-Objetivo	Grado de dificultad (0-10)
Conducta 1ª: Hablar en público	8
Conducta 2ª: Restar importancia al qué dirán	8
Conducta 3ª: Decir que no	8
Conducta 4ª: Soportar el rubor	8
Conducta 5ª: Mantener conversación con personas del sexo opuesto	8

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Una vez llevada a cabo la evaluación, se le ofreció al paciente una información clara y detallada sobre los síntomas y el desarrollo

de la fobia social, así como sobre los factores que contribuyen a mantenerla. Se le explicaron asimismo las diferencias existentes entre la *ansiedad social normal* y la *ansiedad social patológica* y se le hizo ver que el objetivo del tratamiento estaba centrado más en el *control* de la ansiedad que en la *desaparición* de la misma. Desde esta perspectiva, la fobia social es hoy un trastorno susceptible de tratamiento con éxito.

Estas explicaciones previas contribuyeron a motivar al paciente al tratamiento y, más en concreto, al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. La motivación inicial en este sujeto venía dada por las limitaciones existentes en la relación de pareja -la primera que había establecido- y en las interacciones con los amigos y los compañeros de trabajo, así como por la percepción subjetiva del agravamiento de un problema que le hacía sufrir y ya no podía controlar por sí mismo. Por ello, las expectativas ante el tratamiento eran más bien altas (valoradas subjetivamente como 4 en una escala de 0 a 6).

En este caso concreto el origen de la fobia social estaba relacionado con una alta introversión del paciente, que él calificaba de *timidez* y que estaba asociada con conductas de evitación social, con síntomas psicofisiológicos de rubor, temblor y taquicardia y con un temor desproporcionado a las críticas de los demás. Toda esta situación se agravó en la adolescencia, que es un período crítico en el que una persona aprende a desenvolverse fuera de casa, a hacer amigos y a adquirir una autoestima estable. En este sentido, la autoevaluación sobre el propio cuerpo y sobre la conducta social adquiere, junto con la opinión de los demás, una relevancia significativa.

A medida que transcurría el tiempo, el paciente comenzó a utilizar la evitación como una estrategia de afrontamiento ante situaciones sociales. La evitación queda reforzada negativamente por la desaparición de la ansiedad, pero, sin embargo, si la evitación tiende a utilizarse en un número creciente de situaciones, limita seriamente las posibilidades de relación de una persona e impide el aprendizaje de habilidades adecuadas de afrontamiento.

Después de elogiar al paciente por el hecho de haber pedido ayuda, que le ha supuesto enfrentarse a una situación desconocida,

se le explicó el plan de tratamiento, la duración y las líneas generales, así como el carácter grupal del mismo. Se hizo hincapié en que la única forma efectiva de hacer frente al problema es por medio de la exposición gradual y regular a las situaciones evitadas.

La mera asistencia a las sesiones e incluso la interacción con el resto de los miembros del grupo y las tareas para casa podían ser inicialmente molestas, pero los terapeutas le iban a proponer al paciente un programa graduado, le iban a enseñar unas habilidades para hacer frente a ese malestar inicial e iban a estar a su disposición si surgía cualquier contratiempo. Se trataba, en último término, de experimentar un cierto desasosiego al comienzo a cambio de obtener una mejoría en unos pocos meses.

c) Tratamiento

La intervención elegida fue el tratamiento de exposición *en vivo* con ensayos de conducta y tareas para casa entre sesiones. El programa terapéutico, excluidas las evaluaciones, constó de ocho sesiones grupales, con una periodicidad semanal y una duración de cada sesión de 2,5 horas. El grupo estuvo formado por dos terapeutas -un hombre y una mujer- y por siete fóbicos sociales, que tenían una edad parecida y presentaban unos problemas similares a los del paciente (*Tabla 3*). La elección del tratamiento grupal se hizo en función de las ventajas ofrecidas por este tipo de formato cuando se trata de un problema de inhibición social (Heimberg, 1990). Una descripción detallada de este tratamiento, sesión por sesión, al que se han añadido algunas estrategias terapéuticas cognitivas, y de todos los instrumentos de evaluación citados (cuestionarios, hojas de registro, material escrito para el paciente, etc.) está recogida en Echeburúa (1995).

El programa terapéutico consistió fundamentalmente en la realización de ensayos de conducta en la clínica y en la programación en el ambiente natural de unas tareas de exposición cortas, pero repetidas, junto con el recurso a un manual específico de autoayuda (Butler, 1991).

TABLA 3.- Características del programa de tratamiento

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
* Numero de sesiones:	8
* Periodicidad:	semanal
* Duración total:	2 meses
* Formato:	grupal
* Terapeutas:	2 psicólogos clínicos (mujer y hombre)
2. COMPONENTES DEL PROGRAMA	
* Exposición gradual en vivo con ensayos de conducta y tareas para casa.	
* Manual de autoayuda (Butler, 1991)	

Las tareas para casa se llevaban a cabo diariamente y tenían un carácter acumulativo. Es decir, los pacientes debían realizar después de cada sesión la tarea específica que se les había asignado más las correspondientes a las sesiones anteriores, con el objetivo de establecer hábitos sociales sanos y, en último término, de normalizar su vida al cabo del tratamiento.

En la *primera sesión*, después de la bienvenida y del elogio a los pacientes por el paso dado y el esfuerzo realizado, éstos se presentaron y expusieron brevemente el problema experimentado, así como los objetivos terapéuticos que querían conseguir (*Tabla 2*). A continuación los terapeutas plantearon la hipótesis del trastorno, los puntos en común presentes en todos los pacientes y las bases del tratamiento. Ya en esta primera sesión, se sometió a los miembros del grupo a una tarea de exposición, según la cual los pacientes debían conversar entre sí con personas del mismo sexo durante unos minutos. El paciente musitó apenas unas pocas palabras, pero cumplió adecuadamente con la tarea, quizá por el efecto protector que le suponía la presencia de los terapeutas. Por último, se les entregó a todos una hoja-resumen de los componentes de las habilidades sociales y se les marcó una tarea para casa: completar diariamente un registro de las situaciones evitadas.

**TABLA 4.- Programación de la exposición
(Echeburúa, 1993)**

1. PLANIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

- A) Hacer una lista con las situaciones que evita o que le producen ansiedad. Los objetivos deben ser claros y precisos. Por ejemplo, "conocer gente nueva" no es un buen objetivo; en cambio, "invitar a los nuevos vecinos el viernes por la noche" sí lo es.
- B) Ordenarlas según el grado de dificultad que le supone enfrentarse a ellas.
- C) Repetir la práctica de esta situación todas las veces necesarias hasta que pueda controlarla sin dificultad.
- D) Pasar a la siguiente situación de la lista.
- E) No subestimar los logros. Infravalorar los éxitos hace que uno se sienta mal y es un obstáculo para seguir intentándolo.

2. POTENCIACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

- A) Planificar las actividades de exposición sin prisas y sin otros contratiempos añadidos (hambre, falta de sueño, enfermedad, etc.).
- B) Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas antes y durante los ejercicios de exposición. Se inspira hondo, se retiene la respiración (contando hasta 3) y se espira, de modo que se produzcan 8-12 respiraciones completas por minuto. De este modo, se puede sustituir una respiración rápida y entrecortada por otra más lenta y relajada.
- C) Abandonar la tarea de exposición (o distraerse de la misma) durante unos breves momentos, si uno se encuentra muy mal, y volver de inmediato a ella en cuanto uno se encuentre un poco mejor.

3. GRADUACIÓN DE LAS TAREAS DE EXPOSICIÓN EN FUNCIÓN DE LAS SIGUIENTES VARIABLES

- A) Dificultad de la tarea
- B) Compañía o no del coterapeuta
- C) Duración de la tarea
- D) Número de personas presentes
- E) Importancia jerárquica o emocional del interlocutor

En la *segunda sesión* se revisaron con detalle las tareas de casa. A continuación se analizaron con ejemplos los componentes verbales, no verbales y paralingüísticos de la conducta y se realizaron algunos ejercicios orientados a establecer las diferencias entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas. El entrenamiento en ensayos de conductas elementales (como solicitar una información en una ventanilla, preguntar una duda o pedir un favor sencillo a una persona de confianza) constituyó la siguiente fase de esta sesión. Se hizo hincapié en cómo afrontar y programar la exposición a estímulos temidos (*Tabla 4*). Por último, se les marcó como trabajo para casa una tarea de exposición a alguna situación evitada que figuraba en el registro. En el caso concreto de este paciente, dicha tarea consistió en cambiarse en el vestuario con otros compañeros al final de la jornada laboral (y no en solitario, como solía hacer habitualmente), prestar atención a los comentarios de ellos y hacer gestos de asentimiento, aun sin palabras, a dichos comentarios. A modo de ayuda complementaria, se les entregó un manual de autoayuda para el control de la ansiedad (Butler, 1991) y un registro de tareas de exposición.

En la *tercera sesión* se comenzó por resolver las dudas habidas en relación con el manual de autoayuda y por revisar las tareas anotadas en el registro. A continuación los terapeutas dieron instrucciones y modelaron sobre cómo iniciar y mantener una conversación, así como sobre cómo decir que no, defender derechos y reaccionar ante las críticas. En el ensayo de conducta posterior el paciente inició una conversación con una persona del mismo sexo, primero, y del sexo opuesto, después, y se marcó como objetivo mantener la conversación el mayor tiempo posible por medio de autorrevelaciones, preguntas abiertas, comentarios de cosas generales, etc. Como tarea para casa genérica, todos los pacientes tenían que preparar un tema para exponerlo delante del grupo terapéutico. Más específicamente, este paciente tenía que iniciar y mantener al menos una conversación con compañeros de trabajo de ambos sexos todos los días tal como lo había hecho en el ensayo de conducta y a pesar de los posibles síntomas psicofisiológicos (rubor, taquicardia y temblor).

En la *cuarta sesión* se revisaron las tareas de casa y se analizaron los contratiempos surgidos. El paciente había realizado con éxito las tareas propuestas, pero le costaba todavía soportar el

rubor. Se le hizo ver que la única forma eficaz de afrontar el rubor era quitarle el contenido negativo irracional que le atribuía y no estar pendiente de él centrandó la atención en otras cuestiones. Sólo así podía dejar de constituir un problema. Cuando se llevó a cabo la tarea programada en la sesión anterior de exposición en público, el paciente habló durante 5 minutos sobre la asistencia en carretera llevada a cabo por la Cruz Roja. Los terapeutas y el resto de los miembros del grupo le elogiaron por el resultado del ensayo de conducta y sólo le hicieron ver la conveniencia de utilizar un tono de voz más alto y un reparto de la mirada más equilibrado entre los miembros del grupo. Por último, se asignaron las siguientes tareas para casa: integrarse con los compañeros de trabajo, iniciar y mantener conversaciones con hombres y mujeres (en un bar, en una tienda, con los vecinos, etc.) y contar alguna anécdota delante de un mínimo de 3 personas.

En la *quinta sesión*, tras la revisión de las tareas, se hizo una evaluación de los logros habidos hasta la fecha. El paciente se mostraba más seguro al rechazar una petición poco razonable y al mantener una conversación con personas del sexo opuesto, pero tenía todavía dificultades para soportar el rubor y hablar en público. El contenido de los ensayos de conducta en esta sesión estuvo centrado en decir que no (por ejemplo, negarse a cambiar de turno con un compañero cuando el motivo no era de peso), en solicitar favores (por ejemplo, pedir prestado el coche a un amigo) y en reclamar derechos. Por último, las tareas para casa asignadas estuvieron en función de los ensayos de conducta ejecutados en la sesión.

En la *sexta sesión* se comenzó haciendo una revisión de las tareas de casa y un análisis de los contratiempos surgidos. Los terapeutas explicaron el concepto de la generalización de conductas, insistieron en la importancia del autorrefuerzo como forma de control de la propia conducta y conceptualizaron el logro de la *espontaneidad* de las nuevas conductas adquiridas como el resultado de un sobreaprendizaje. Es decir, lo que hoy les parecía *artificial* dejaría de serlo cuando se convirtiese en *habitual*. A continuación se realizaron algunos ensayos de conducta referidos a relacionarse con personas desconocidas y a hablar en presencia de un grupo, así como a defender los derechos propios. Se planificaron activida-

des de ocio compartidas con otras personas como una forma de aumentar la autoestima o de adquirir una mayor confianza en uno mismo. Por último, se asignaron tareas para casa en relación con los temas abordados en la sesión.

En la *séptima sesión*, tras la revisión de tareas, se hicieron nuevos ensayos de conducta, referidos en este caso a presentarse a un grupo de gente, a presentar a un desconocido a otras personas y a hacer y recibir críticas y cumplidos. En concreto, el paciente hizo, por una parte, el ensayo de presentar a alguien en presencia de un grupo y, por otra, de presentarse a sí mismo ante personas que desconocía en una excursión. A continuación se hizo hincapié en la importancia de utilizar la vida cotidiana como una oportunidad para aprender y para practicar lo aprendido en la consulta, así como en la conveniencia de no adoptar conductas de evitación que podían propiciar un retroceso en los progresos terapéuticos. Por último, se asignaron como tareas para casa ejercicios que suponían la práctica en el medio natural de lo aprendido con arreglo al tipo de ejercicios establecidos desde la segunda sesión.

En la *octava y última sesión* se analizaron los contratiempos surgidos y se habló del concepto de recaída como un proceso de aprendizaje (es decir, aprender de los errores), así como de las estrategias que había que poner en marcha si se producía. Se les felicitó por los logros experimentados y se les indicó que los terapeutas estaban a su disposición si surgía algún imprevisto que ellos no podían solucionar con sus propios recursos. Por último, después de explicarles el programa de seguimiento, cada paciente tenía que comentar al resto del grupo el balance de la experiencia terapéutica en relación con los aprendizajes y logros adquiridos.

Las sesiones de seguimiento se utilizaron para volver a reunir al grupo y comentar la evolución experimentada, así como para analizar las dificultades surgidas, recordar los conceptos aprendidos y felicitarles por los éxitos habidos.

RESULTADOS

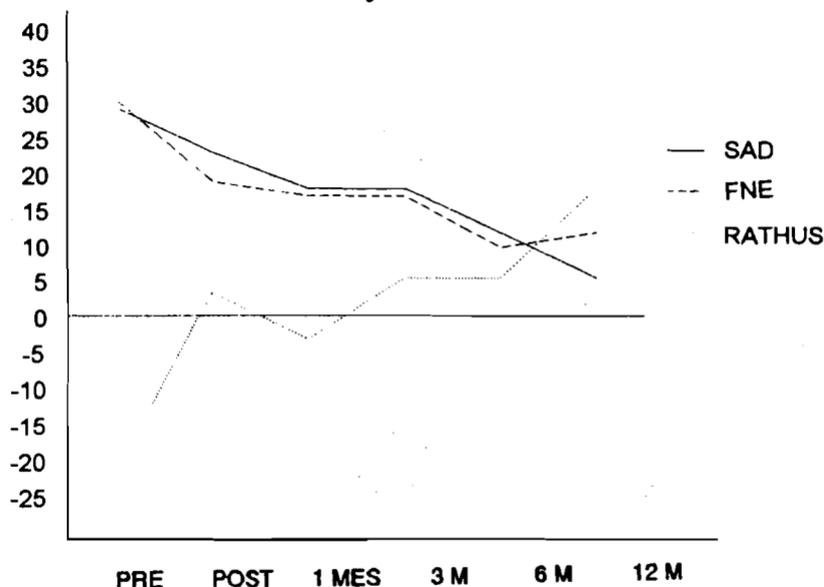
El cambio terapéutico se valoró por medio de la evaluación de medidas repetidas de los instrumentos de medición utilizados antes del tratamiento. Todos los cuestionarios y escalas se han mostrado

sensibles al cambio terapéutico en diferentes estudios. Los resultados referidos a los diferentes momentos de la evaluación figuran en la *Tabla 5* y en la *Figura 1*.

TABLA 5.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes y después del tratamiento y durante los seguimientos

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTUACIONES					
	PRE	POST	1m	3m	6m	12m
SAD (0-28)	28	22	17	17	11	5
FNE (0-30)	29	18	16	16	9	11
Adaptación (6-36)	28	19	18	16	15	18
Ansiedad (0-60)	33	13	15	20	12	12
Depresión (0-63)	14	2	2	2	0	0
Autoestima (10-40)	27	30	28	30	30	29
Asertividad (-90/+90)	-19	3	-3	5	5	17

FIGURA 1.- Ansiedad social y asertividad



En cuanto a las variables de ansiedad social y de asertividad, se observa una mejoría clara, pero no espectacular, entre el pre y el postratamiento. Sin embargo, esta mejoría continúa de una forma paulatina pero constante en los distintos controles de seguimiento. Por ello, el paciente acaba por experimentar una importante reducción -clínicamente significativa- en la evitación social y en el temor exagerado a las críticas de los demás, así como en sus dificultades asertivas, a los 12 meses de seguimiento.

La evolución en el resto de las variables psicopatológicas evaluadas (ansiedad, depresión e inadaptación) es similar. No deja de ser significativo el logro experimentado en estas variables cuando el tratamiento no se centraba específicamente en las mismas. Por el contrario, el grado de autoestima permanece prácticamente invariable, quizá porque esta variable responde a una dimensión de personalidad no fácilmente modificable o porque éste no es el tratamiento adecuado para abordarla.

TABLA 6.- Grado de dificultad de las conductas-objetivo a lo largo del tratamiento y del seguimiento

CONDUCTAS-OBJETIVO	GRADO DE DIFICULTAD (0-10)					
	PRE	POST	1m	3m	6m	12m
1ª: Hablar en público	8	7	7	7	7	6
2ª: Restar importancia al qué dirán	8	6	5	6	7	6
3ª: Decir que no	8	4	5	5	6	5
4ª: Soportar el rubor	8	7	7	7	8	6
5ª: Mantener conversación con personas del sexo opuesto	8	4	6	6	7	6

Desde una perspectiva más específica, en la *Tabla 6* figura la evolución del grado de dificultad de las conductas-objetivo establecidas al comienzo del tratamiento. Como se puede apreciar en la

tabla, se obtiene una reducción en el grado de dificultad en todos los casos, pero es pequeña y no muy significativa clínicamente. De hecho, no hay una correspondencia entre estos datos y los resultados de los autoinformes, así como tampoco con la información aportada por el paciente en la entrevista, que dice sentirse mejor y haber evolucionado positivamente.

CONCLUSIONES

La etiología de la fobia social es, en gran medida, desconocida. De hecho, el caso descrito en estas páginas es bastante representativo de la forma de comienzo de este trastorno: una timidez muy temprana -"desde siempre he sido así"- y un agravamiento de la ansiedad social en la segunda infancia y adolescencia. Esta interacción entre la ansiedad social inducida en un período crítico, la adopción de la evitación como una estrategia de afrontamiento sobreaprendida y la existencia de unas dimensiones de personalidad -la introversión y el neuroticismo- explica, al menos en parte, la resistencia de este cuadro clínico al tratamiento (Salaberría y Echeburúa, 1995).

Sin embargo, la fobia social de tipo generalizado se muestra como un trastorno susceptible de tratamiento con éxito. En concreto, en este caso el tratamiento de exposición grupal con ensayos de conducta y tareas para casa, junto con un manual de autoayuda, muestra unos resultados satisfactorios. Si bien la terapia de exposición es más difícil de aplicar de forma graduada y regular en el medio natural a situaciones sociales (como ocurre en la fobia social) que a situaciones inanimadas (como ocurre en las fobias específicas o en la agorafobia), el componente nuclear del programa de intervención son los ensayos de conducta grupales en las sesiones terapéuticas y las tareas para casa. El formato del tratamiento implica exposiciones constantes en todas las sesiones en el marco de un ambiente *protegido*. De hecho, ya la primera sesión resulta de gran interés para motivar a las pacientes y para predecir la evolución a lo largo de la terapia.

A diferencia de lo ocurrido en el tratamiento de otras fobias (Echeburúa, Corral, García y Borda, 1993), la mejoría obtenida por este paciente al terminar la terapia no es espectacular, pero, sin embargo, continúa aumentando de forma paulatina y continuada hasta el seguimiento de los 12 meses. Al cabo de este período de tiempo el paciente ha adquirido unas estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a las interacciones sociales en la vida cotidiana. Sólo tras un período de seguimiento largo, como ocurre en este caso, se puede hacer un balance adecuado del programa. En cualquier caso, el tratamiento de la fobia social presenta unas dificultades que no tienen otras fobias. Por ello, los logros terapéuticos conseguidos son más modestos (Salaberría y Echeburúa, 1995).

La terapia de exposición ha actuado sobre las conductas de evitación, pero también sobre el temor a la evaluación negativa y sobre algunos síntomas psicopatológicos (la ansiedad y la inadaptación especialmente). Es decir, un tratamiento conductual opera sobre las *conductas* y también sobre las *cogniciones*, sin que sea preciso añadir un tratamiento específicamente cognitivo para la modificación de éstas, como también ha ocurrido en otros estudios (Gelernter, Uhde, Cimboric, Arnkoff, Vittone, Tancer y Bartko, 1991; Newman *et al.*, 1994).

El paciente ha experimentado una mejoría clara en las relaciones sociales de la vida cotidiana, pero, sin embargo, la reducción en el grado de dificultad de las conductas-objetivo ha sido pequeña. Quizá esta discrepancia entre los resultados de la entrevista y de los cuestionarios, por un lado, y los de las conductas-objetivo, por otro, tenga que ver con el nivel de exigencia alto del paciente o incluso con una dificultad para autoevaluarse de forma objetiva. De hecho, el paciente manifiesta en la entrevista sentirse satisfecho con los objetivos alcanzados por la terapia.

En resumen, se trata de un programa de tratamiento bien aceptado, de corta duración, que está bien estructurado y que enseña al paciente estrategias de afrontamiento adecuadas ante situaciones sociales. Es más, el programa se centra específicamente en las conductas de evitación, pero produce una mejoría de amplio espectro (sobre los sesgos cognitivos y los síntomas de ansiedad e inadaptación especialmente) que se traduce en una mejoría clara en la vida cotidiana del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed. rev.)*. Washington. A.P.A.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)*. Washington. A.P.A.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *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.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia. Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23: 651-659.
- Butler, G. (1991). *Manejo de la ansiedad*. Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (original, 1985).
- 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., Corral, P., García, E. y Borda, M. (1993). Interactions between self-exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: an exploratory study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21: 219-238.
- 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. Garaigordóbil y C. Maganto (Eds.). *Socialización y conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimboric, P., Arnkoff, D.B., Vittone, B.J., Tancer, M.E., y Bartko, J.J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48: 938-945.
- Heimberg, R.G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobia: A critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 9: 107-128.
- Heimberg, R.G. (1990). Cognitive therapy for social phobia. En A.S. Bellack

- y M. Hersen (Eds.). *Comparative handbook of treatments for adult disorders*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L. y Becker, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*: 1-23.
- Mattick, R.P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*: 251-261.
- Newman, M.G., Hofmann, S.G., Trabert, W., Roth, W.T. y Taylor, C.B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes?. *Behavior Therapy, 25*: 503-517.
- 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.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1993). 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.
- 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.
- Wlazole, 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.