

EL TRATAMIENTO DE ADULTOS CON FOBIA SOCIAL: DESARROLLO, APLICACIÓN Y RESULTADOS DE LA TERAPIA PARA LA EFICACIA SOCIAL

Samuel M. Turner, Deborah C. Beidel y Amanda M. Flood
Maryland Center for Anxiety Disorders (USA)

Resumen

La fobia social es un trastorno caracterizado por inhibición social extrema. Los individuos con fobia social pueden experimentar ansiedad en una amplia gama de situaciones sociales y de actuación. Sin embargo, la fobia social constituye la historia de un tratamiento actual con éxito para las profesiones de la salud mental. Desde que el trastorno se incluyó en la nomenclatura diagnóstica en 1980, ha surgido una considerable cantidad de literatura que demuestra la eficacia de los tratamientos tanto cognitivo conductuales como farmacológicos. En el caso de los tratamientos cognitivo conductuales, las pruebas son especialmente potentes. Nuestro programa de tratamiento, la terapia para la eficacia social (*Social Effectiveness Therapy, SET*) incluye una combinación de exposición y entrenamiento en habilidades sociales tradicional. La SET constituye un tratamiento prometedor importante para el tratamiento de la fobia social, especialmente para aquellos sujetos con el subtipo generalizado. Se ha demostrado que la SET produce mejorías significativas de la habilidad social así como una disminución significativa en el malestar social. Las investigaciones futuras abordarán su eficacia en comparación con otras formas de intervención psicológica y farmacológica.

PALABRAS CLAVE: Fobia social, tratamiento, terapia para la eficacia social (SET), ansiedad social.

Abstract

Social phobia is a disorder characterized by extreme social inhibition. Individuals with social phobia may experience anxiety in a wide range of social and performance situations. However, social phobia is a modern day treatment success story for the mental health professions. Since the disorder was entered

Correspondencia: Samuel M. Turner, Maryland Center for Anxiety Disorders, Department of Psychology, University of Maryland, College Park, MD (USA).

Nota: Este capítulo fue financiado, en parte, por la National Institute of Mental Health Grant MH62547.

Artículo traducido por V. E. Caballo.

into the diagnostic nomenclature in 1980, a considerable literature demonstrating the efficacy of both behavioral and pharmacological treatments has emerged. In the case of cognitive behavioral treatments, the evidence is particularly strong. Our treatment program, Social Effectiveness Therapy (SET), includes a combination of exposure and traditional social skills training. SET has significant promise for the treatment of social phobia, particularly those with the generalized subtype. SET has been demonstrated to result in significant improvement in social skill as well as significant decreases in social distress. Future investigations will address its efficacy, as well as its effectiveness, in comparison to other forms of psychological and pharmacological interventions.

KEY WORDS: *Social phobia, treatment, Social Effectiveness Therapy (SET), social anxiety.*

Introducción

La fobia social es un trastorno caracterizado por una inhibición social extrema y, en el caso del subtipo generalizado, hay un patrón global de inhibición social en el que el individuo experimenta ansiedad y temor importantes en la mayoría de las situaciones sociales. La principal preocupación de los sujetos con fobia social es hacer algo ridículo, incorrecto o incompetente (American Psychiatric Association, 1994). La ansiedad lleva a un malestar notable y a la evitación o el escape de la situación social como un medio de reducir el malestar. La fobia social produce interferencias significativas en el funcionamiento social, laboral y académico y a menudo limita la calidad de vida (p.ej., Turner *et al.*, 1986).

Los individuos con fobia social pueden experimentar ansiedad en una amplia gama de situaciones sociales y de actuación, incluyendo hablar en público, interacciones en grupos informales (p.ej., reuniones), iniciar y mantener conversaciones, acudir a acontecimientos sociales (p.ej., fiestas, reuniones de trabajo), comer o beber en público, utilizar lavabos públicos o hacer exámenes (Holt *et al.*, 1992; Schneier *et al.*, 1992; Stein *et al.*, 1994; Turner *et al.*, 1986). Los sujetos con fobia social a menudo manifiestan una serie de reacciones fisiológicas típicas cuando anticipan o cuando se encuentran en una situación social, incluyendo palpitaciones, sudoración, rubor y temblor (Gorman y Gorman, 1987). Además de estas reacciones fisiológicas, síntomas deteriorantes asociados habitualmente a la fobia social incluyen malestar emocional, baja autoestima, estado de ánimo disfórico, elevada ansiedad generalizada y tensión y un número limitado de actividades sociales (Beidel, Turner y Townsley, 1992). Los individuos con fobia social informan de un mayor consumo de alcohol y drogas con el fin de satisfacer las demandas diarias y más ideas e intentos suicidas (Schneier *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1986). La experiencia de los sujetos con fobia social puede limitar de forma sustancial el poder alcanzar sus objetivos educativos y profesionales, incluyendo una disminución del rendimiento y la productividad en el trabajo, menor potencial de ascensos y una insatisfacción general con el trabajo (p.ej., Van Ameringen *et al.*, 1994).

La fobia social a menudo es comórbida con otros trastornos del Eje I y II, especialmente el trastorno por ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de la perso-

alidad por evitación (TPE) y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP). Por ejemplo, Magee *et al.* (1996) encontraron que entre una muestra clínica con un diagnóstico principal de fobia social, el 57% cumplía los criterios de un trastorno de ansiedad adicional, incluyendo un 13% TAG, un 23% agorafobia, un 11% trastorno de pánico y un 38% fobia específica. Además, otros trastornos comórbidos del Eje I incluían un 41% con un trastorno del estado de ánimo y otro 41% con abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. Igualmente, otros estudios han mostrado una elevada comorbilidad con los trastornos del Eje II, con porcentajes del TPE que van del 22 al 73% y del TOCP entre el 4 y el 29% (p.ej., Johnson y Lydiard, 1995; Turner *et al.*, 1995). La presencia de un trastorno comórbido complica el cuadro clínico y se asocia a una mayor probabilidad de ideas e intentos suicidas. Además, es mucho más probable que estos pacientes busquen tratamiento si tienen múltiples problemas simultáneamente (Schneier *et al.*, 1992). En la mayoría de los casos, la fobia social suele preceder al comienzo de otros síndrome comórbidos (Magee *et al.*, 1996; Schneier *et al.*, 1992).

Basándonos en los datos del estudio nacional sobre comorbilidad (*National Comorbidity Study, NCS*), hay una prevalencia estimada, contando toda la vida, del 13% y una estimación en el plazo de 12 meses del 8% (Kessler *et al.*, 1994). Estas estimaciones son considerablemente más elevadas que algunas anteriores, aunque en otros países se han hallado porcentajes de prevalencia a lo largo de toda la vida similares (p.ej., Faravelli *et al.*, 2000; Pelisso *et al.*, 2000). Así, está claro que la fobia social constituye un importante y extendido problema de salud mental en todo el mundo. Si utilizamos los datos del NCS, la fobia social es el trastorno de ansiedad más habitual y uno de los problemas emocionales más frecuentes en la población general de los Estados Unidos. Se informó que la fobia social estaba igual de presente en ambos sexos y entre los individuos de raza negra y blanca que respondieron a la encuesta del NCS. Sin embargo, a pesar de que miles de personas se encuentran afectadas por fobia social, sólo un pequeño porcentaje busca tratamiento profesional (Schneier *et al.*, 1992).

Si utilizamos los criterios planteados por el DSM-IV, se pueden diagnosticar dos patrones diferentes de fobia social: la fobia social generalizada (FSG) y la fobia social específica (FSE). La distinción se basa principalmente en la generalidad del temor y el nivel de gravedad (APA, 1994). Sin embargo, existen cada vez más pruebas de que los subtipos específico y generalizado se diferencian en una serie de dimensiones. Estos hallazgos plantean la cuestión de si son básicamente trastornos distintos. Por ejemplo, el subtipo generalizado habitualmente tiene una edad más temprana de inicio (Eng *et al.*, 2000; Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992), timidez más grave, mayor aislamiento en su familia (p.ej., Bruch y Heimberg, 1994) y neuroticismo e introversión más elevados que sus iguales de la misma edad (Stemberger *et al.*, 1995). Turner y Beidel (1998) plantearon la hipótesis de que la FSE podría tener una vía de comienzo diferente a la FSG, porque es más probable que aquellos con una FSE informen de una historia de condicionamiento traumático en comparación con los sujetos con una FSG (Stemberger *et al.*, 1995). Esto podría ayudar a explicar también el hallazgo de que los sujetos con FSE manifiestan una mayor reactividad fisiológica a las tareas de desafío, en comparación en los individuos

con una FSG (Heimberg *et al.*, 1990; Hofmann *et al.*, 1995). En otras palabras, la fobia social específica tiene todas las características de una respuesta emocional condicionada, mientras que la fobia social generalizada tiene un patrón mucho más variable. En general, parece que hay una diferencia importante en las formas específica y generalizada de la fobia social que va más allá de la, a menudo, mayor gravedad informada sobre los síntomas entre los sujetos con una FSG. Una cuestión importante es si estas aparentes diferencias se relacionan con la manera en la que debería llevarse a cabo el tratamiento y, en último término, con los resultados mismos de la intervención.

Enfoques de tratamiento de la fobia social

La fobia social representa la historia de un tratamiento con éxito para las profesiones de la salud mental. Desde que el trastorno se incluyó en la nomenclatura diagnóstica en 1980 con la publicación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-III (DSM-III; APA, 1980), ha surgido una considerable cantidad de literatura que demuestra la eficacia de los tratamientos tanto cognitivo-conductuales como farmacológicos. En el caso de los tratamientos cognitivo-conductuales, las pruebas son especialmente potentes (p.ej., Federoff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Heimberg *et al.*, 1990; Mattick *et al.*, 1989; Turner *et al.*, 1994a; Beidel y Turner, 1998). Los metaanálisis y los resultados de ensayos de tratamiento con grupos control que han utilizado terapia de exposición, terapia cognitiva combinada con exposición o entrenamiento en habilidades sociales, han demostrado ser superiores a las condiciones de placebo o de lista de espera (p.ej., Mattick *et al.*, 1989; Turner *et al.*, 1994a). Igualmente, una serie de estudios de seguimiento han mostrado que los efectos de los tratamientos cognitivo-conductuales son muy duraderos (Heimberg *et al.*, 1993; Salaberria y Echeburua, 1998; Scholing y Emmelkamp, 1996; Turner *et al.*, 1995) y, en muchos casos, los pacientes tratados con estas intervenciones están mejor en el seguimiento que en el postratamiento (Beidel *et al.*, 2000).

El desarrollo de la terapia para la eficacia social (SET)

Nuestra investigación sobre una nueva estrategia de tratamiento empezó a comienzo de los años 1990, cuando el análisis de la literatura existente indicaba que había pocos datos disponibles sobre los efectos de los tratamientos conductuales o cognitivo conductuales para los subtipos específico y generalizado. Aún más, teniendo en cuenta la discusión de la sección anterior con respecto a los datos que sugieren que las dos formas del trastorno podrían diferenciarse en una serie de aspectos importantes, estaba claro que se necesitaban más esfuerzos para determinar los efectos del tratamiento sobre esas dos formas.

Al examinar la literatura en 1994, simplemente no existían estudios bien controlados que analizaran este tema. Por ello, nos detuvimos en los resultados bási-

cos de nuestro propio ensayo de tratamiento de 1994 para la fobia social (Turner, Beidel y Jacob, 1994a) y realizamos un nuevo análisis de esos datos. Este estudio fue planteado antes de la introducción de los subtipos de la fobia social en el DSM-III-R (APA, 1987) y, por lo tanto, no se hizo la distinción entre específico y generalizado. El estudio encontró que la terapia de exposición era superior al atenolol o al placebo en el tratamiento de la fobia social. Cuando se consideraba la mejoría después del tratamiento, el 48% del grupo de exposición había mejorado de forma significativa, el 43% tenía una mejoría moderada y sólo un 10% mejoró de forma mínima. Por el contrario, sólo el 27% del grupo de medicación mejoró de modo significativo, el 32% consiguió una mejoría moderada y el 42% mejoró de forma mínima. El tamaño del efecto para la exposición fue de 0,94, de 0,40 para el atenolol y de 0,01 para el placebo. Por consiguiente, los resultados subrayan la eficacia de la exposición en el tratamiento de la fobia social. Sin embargo, aunque el resultado global fue positivo, se produjo un patrón inconsistente de mejoría entre los participantes. Por ejemplo, aunque una mayoría de los pacientes en el grupo de exposición se evaluó con una mejoría moderada o significativa, no todos los que mejoraron llegaron a alcanzar un elevado estado de funcionamiento en el postratamiento. De hecho, una serie de sujetos de los que fueron evaluados como mejorados siguieron sufriendo de ansiedad social y de problemas relacionados. Cuando se reclasificó a los sujetos con fobia social generalizada o específica y se volvieron a analizar los datos, el 67% de los individuos con una FSE del grupo de exposición logró mejorías moderadas o significativas en comparación con sólo el 33% de los que tenían una FSG ($p < 0,001$). Por consiguiente, aunque ambos subtipos mejoraron de forma significativa dentro del grupo, todavía existía espacio para seguir mejorando, especialmente entre los individuos con una FSG. Estos hallazgos nos llevan a plantearnos cuál era el/los factor(es) limitante(s) de la mejoría en el relativamente bajo porcentaje de sujetos que habían mejorado en el grupo de la FSG. Nuestro conocimiento clínico sobre cómo los fóbicos sociales estaban afectados por su trastorno y el importante nivel de malestar que experimentaban, así como nuestra familiaridad con el entrenamiento en habilidades sociales, nos llevó a emprender un análisis sobre si podría emplearse esta estrategia para incrementar los efectos de la exposición. Presentaremos aquí una breve revisión de la literatura de esa época y cómo afectó a nuestra decisión de desarrollar aún más el tratamiento de exposición para la fobia social.

Déficit en habilidades sociales asociados con la fobia social

La fobia social está asociada con el aislamiento social, la evitación y malestar y dificultades considerables durante la interacción social normal y las situaciones de actuación social. Los individuos con fobia social informan, a menudo, sentirse aislados, inadecuados y socialmente deficientes en comparación con los demás (Rapee y Lim, 1992). Además, los pacientes habitualmente muestran un deterioro de las habilidades sociales básicas (p.ej., iniciar y mantener conversaciones sociales), tienen pocos amigos, relatan expectativas de que no van a funcionar bien socialmente

y seleccionan trabajos que minimizan la interacción social (p.ej., Beidel y Turner, 1998). Desde el punto de vista evolutivo, es posible que el patrón generalizado de evitación social que presentan los fóbicos sociales no les permita desarrollar las habilidades necesarias para interactuar de forma apropiada con sus iguales.

Estudios iniciales (p.ej., Arkowitz *et al.*, 1975; Halford y Foddy, 1982) han mostrado claramente déficit en habilidades sociales en adultos con ansiedad social bajo condiciones controladas de laboratorio. Arkowitz *et al.* (1975) encontraron que en una tarea de evaluación conductual, los sujetos con citas poco frecuentes manifestaban más silencios, menos palabras por respuesta y eran evaluados como menos habilidosos, de forma significativa, que los individuos que tenían hábitos más activos de citas. Halford y Foddy (1982) encontraron que los participantes socialmente ansiosos eran evaluados como menos habilidosos y asertivos en comparación con sujetos control por jueces que no conocían el diagnóstico de los participantes. Turner *et al.* (1992) hallaron déficit en habilidades sociales en sujetos con FSG y FSE en una tarea de evaluación conductual; estas deficiencias se manifestaban en múltiples ámbitos, incluyendo la mirada, la duración del habla, el tono de la voz y la eficacia social. De igual manera, se han identificado también deficiencias en fóbicos sociales desde la infancia (Beidel *et al.*, 1999), donde niños con fobia social eran evaluados con peores habilidades sociales y mayores latencias de habla que sus iguales emparejados por edad y sexo. La ansiedad y el malestar que acompañan a la fobia social llevan a menudo a los niños a apartarse y llegar a aislarse socialmente en los grupos de iguales, no dándoles oportunidades para practicar y dominar las habilidades sociales adecuadas (p.ej., Rubin *et al.*, 1990). Además, se ha demostrado que si los niños socialmente ansiosos hacen intentos de interactuar socialmente y fracasan, puede que provoque un aumento de la inhibición y de la evitación (Asendorpf, 1991). Este patrón de evitación puede continuar hasta la edad adulta y causar un progresivo deterioro en el funcionamiento social y laboral.

Basándonos en una extensa revisión de la literatura sobre los resultados del tratamiento, incluyendo nuestra propia experiencia tratando esta población y los resultados de nuestro estudio de 1994, llegamos a la conclusión de que la exposición debería ser el núcleo del tratamiento de la fobia social. No se incluyeron estrategias cognitivas porque la literatura ha mostrado que añadir reestructuración cognitiva no mejoraba los resultados a largo plazo. Reconocemos que los individuos con fobia social padecen malestar subjetivo y se preocupan sobre su comportamiento en situaciones sociales y de actuación. Sin embargo, consideramos que estos fenómenos cognitivos son secundarios y realmente nuestra experiencia clínica indicaba que los fóbicos sociales no realizaban la elaborada actividad cognitiva descrita por los terapeutas cognitivos. Realmente, muchos pacientes informan que cuando están inmersos en interacciones sociales, su mente «se queda en blanco» y no pueden pensar. Un análisis más detallado de la psicopatología de este trastorno muestra que los datos que tienen que ver con las cogniciones negativas de los sujetos con fobia social se basan en informes retrospectivos (p.ej., «qué estabas pensando en esa situación») o en autoinformes estandarizados. Nuestra experiencia clínica no nos indica que los fóbicos sociales puedan desarrollar el tipo de patrones cognitivos de pensamientos altamente racionalizados descritos por los terapeutas

cognitivos. Respaldo nuestra impresión clínica, un estudio reciente sobre sujetos con fobia social que utilizaba resonancia magnética funcional (RMF) mostró que en realidad dichos sujetos no manifestaban actividad cerebral que sugiriese el tipo de actividad cognitiva señalada anteriormente cuando se encontraban en situaciones de desafío. De esta forma, parecería que nuestras observaciones clínicas han sido validadas experimentalmente por la tecnología moderna. Además, los datos que tenemos disponibles sobre los resultados de los tratamientos no han respaldado, y siguen sin hacerlo, la necesidad de un componente cognitivo (p.ej., Edelman y Chambless, 1995; Federoff y Taylor, 2001; Hope *et al.*, 1995; Newman *et al.*, 1994). Diferentes estrategias de investigación (p.ej., metaanálisis, revisiones exhaustivas, estudios desmantelando los componentes) indican todas ellas que el añadir estrategias cognitivas no mejora los resultados del tratamiento por encima de la exposición en la fobia social. Además, los datos de los resultados provenientes de estudios que no incluyen un componente cognitivo muestran cambios clínica y estadísticamente significativos en medidas cognitivas (Turner *et al.*, 1994a). De esta forma, los limitados datos sobre el papel de la cognición en la etiología y mantenimiento de la fobia social, así como el limitado respaldo a la necesidad de un componente cognitivo en la literatura disponible sobre tratamiento, hicieron que tomásemos la decisión de no incluir un componente cognitivo en el paquete de tratamiento de la SET.

Debido a que el entrenamiento en habilidades sociales se ha utilizado con éxito en el tratamiento de la fobia social y de que estas deficiencias en habilidades son fácilmente aparentes en muestras de niños y adultos, decidimos que una combinación de exposición más entrenamiento en habilidades sociales sería el enfoque con más apoyo empírico. El tratamiento resultante, la terapia para la eficacia social (SET), incluye una combinación de exposición y entrenamiento en habilidades sociales tradicional. El enfoque utiliza un formato de terapia grupal para llevar a cabo el entrenamiento en habilidades sociales y facilitar el desarrollo de las relaciones interpersonales. Se proporcionan sesiones de terapia individual para abordar características específicas y únicas de la estructura básica de temor de cada paciente que envuelve su ansiedad social.

Revisión de la terapia para la eficacia social (SET)

Como ya se ha indicado, los objetivos de la SET consisten en reducir la ansiedad social, aumentar las habilidades interpersonales y mejorar el funcionamiento social. La SET es un enfoque multifacético que utiliza el entrenamiento en habilidades sociales grupal y la terapia de exposición individualizada. Además, la SET está diseñada para ser flexible. El componente de las habilidades sociales se desarrolló inicialmente como una intervención de grupo, pero también podría administrarse con un formato individual. Igualmente, el componente de la exposición se elaboró como un enfoque flexible, permitiendo llevarlo a cabo empleando modalidades en la imaginación y/o en vivo. La modalidad seleccionada por el terapeuta está determinada, a menudo, por el patrón singular de temores del paciente. En algunos casos, la exposición en la imaginación es necesaria cuando no es posible replicar

el temor central del individuo en la «vida real». Por ejemplo, la presentación en la imaginación puede ser necesaria cuando el temor central del paciente tiene que ver con que las figuras con autoridad reaccionen negativamente a la presentación oral de un paciente y que, de este modo, tengan mala opinión de las habilidades del individuo y de su valía como empleado.

El protocolo de la SET consta de 28 sesiones de tratamiento que tienen lugar, en su forma óptima, a lo largo de un periodo de 4 meses. Inicialmente, las sesiones se mantienen dos veces a la semana durante los primeros tres meses. Una sesión a la semana se dedica a la exposición individual y la segunda sesión de la semana es para el entrenamiento en habilidades sociales en grupo. Durante el cuarto mes, las sesiones tienen lugar semanalmente y se dedican a la práctica programada. Este componente ayuda a los individuos a transferir sus recién adquiridas habilidades a una variedad de lugares de la vida real. Después de algunas consideraciones de las variables del paciente que pueden afectar a la decisión de llevar a cabo la SET, se detallan los componentes individuales de la intervención.

Consideraciones relativas al paciente

Los adultos de 18 años de edad y más con un diagnóstico principal de fobia social, según el DSM-IV, son apropiados para la SET y la intervención puede ser especialmente útil para aquellos con el subtipo generalizado. Los datos disponibles indican que los sujetos con fobia social que tienen también trastornos comórbidos se benefician igualmente de la SET. Sin embargo, como se informa habitualmente, después de la terminación de la SET, puede ser necesario un tratamiento separado para el trastorno comórbido. El terapeuta tiene que ser muy cuidadoso cuando esté presente un trastorno paranoide de la personalidad o un TPE grave. Nuestra experiencia clínica ha sido que los individuos con estos trastornos de la personalidad a veces tienen una reacción negativa al componente de exposición intensa (inundación) de la SET. Aunque la mayoría de los pacientes con fobia social comprenden que la exposición intensa a situaciones provocadoras de ansiedad es el componente básico y con mejor relación coste/eficacia para un resultado positivo del tratamiento, aquellos con un trastorno evitativo o paranoide de la personalidad a menudo interpretan las sesiones de exposición intensa como un intento deliberado del terapeuta para humillarles. Por consiguiente, para los pacientes con fobia social que tienen también un trastorno evitativo o paranoide de la personalidad, la exposición graduada parece ser un enfoque más eficaz y menos perturbador.

Otras consideraciones relativas al paciente incluyen el hecho de que la SET es una intervención a corto plazo, pero intensa, que requiere dos sesiones semanales durante tres meses y una sesión semanal en el cuarto mes. Además, hay tareas para casa asociadas con las sesiones tanto de habilidades sociales como de exposición y dichas tareas requieren un tiempo adicional por parte del paciente. Está claro que la SET es una intervención eficaz, aunque intensa. Así, los pacientes tienen que estar dispuestos a invertir tiempo y energía para que la intervención sea eficaz. Aunque un diagnóstico de depresión secundaria no indica necesariamente que no

sean aptos para la SET, en algunos casos el estado de ánimo del paciente da como resultado bajos niveles de energía. Cuando el paciente no tiene la energía o el interés para participar totalmente en la SET, puede ser necesario un tratamiento para la depresión antes del comienzo de la intervención.

Incluso cuando los pacientes están comprometidos con la SET, algunos aspectos de la intervención pueden ser difíciles para algunas personas. Para algunos pacientes, las sesiones iniciales de exposición, especialmente la exposición en la imaginación, pueden ser algo molestas e intensas. Durante la exposición en la imaginación, se presenta al paciente aquello que teme; por ejemplo, un paciente con temor a hablar en público se imagina impartiendo una charla, pero haciéndolo muy mal y siendo evaluado negativamente por figuras con autoridad. Debido a que se pide al paciente que se imagine exactamente la escena que provoca ese importante malestar emocional y físico, algunos pueden intentar minimizar su activación: (a) evitando la imagen del estímulo temido, (b) imaginando que lo hacen bien (en vez de hacerlo mal, que sería consistente con su diagnóstico de fobia social), o (c) modificando la imagen, de modo que elimina importantes elementos provocadores de ansiedad. Cualquiera de estas estrategias cognitivas de afrontamiento interferirá con el objetivo de la exposición, que es conseguir la habituación. Si no logra la habituación tanto dentro como fuera de las sesiones (véase el manual de la SET de Turner *et al.*), se atenuarán los efectos de la exposición. En algunos casos, los clínicos podrían dar seguridad a los pacientes y ayudarles a introducirse en el proceso de exposición. Para otros pacientes, la dificultad para implicarse en la exposición en la imaginación podría requerir el empleo de estrategias en vivo.

Componentes y procedimientos de tratamiento de la SET

La SET es una intervención estructurada. Sin embargo, impregnando a todos los componentes específicos de tratamiento se encuentran los elementos terapéuticos habituales, incluyendo el establecimiento de una atmósfera de apoyo y comprensión, una escucha empática y el refuerzo de los logros del paciente, pequeños y grandes. Seguidamente se presenta una descripción de cada componente específico de la SET.

PSICOEDUCACIÓN

El primer componente de la SET, la psicoeducación, se lleva a cabo en una única sesión de grupo. Durante esta sesión, se presenta a los pacientes información sobre la sintomatología, etiología y tratamiento de la fobia social, los objetivos de la SET y cada componente específico de la SET. Así, antes del comienzo de la intervención, el paciente obtiene un mayor conocimiento de la fobia social y de las razones por las que diferentes intervenciones pueden ser eficaces. De forma más específica, la psicoeducación asegura la comprensión de los objetivos de la SET, de los componentes individuales y del compromiso de tiempo y energía necesario para finalizar el programa. Los pacientes aprenden también las diferencias entre la SET y la terapia

individual o de grupo tradicional. Las sesiones de grupo de la SET no se refieren grupos dirigidos al «proceso», sino que se utilizan para el entrenamiento en habilidades sociales con el fin de hacer que los pacientes adquieran habilidades y las practiquen con una serie de potenciales interactuantes en un lugar «seguro». Además, debido a que los sujetos con fobia social a menudo piensan que nadie entiende su malestar, la sesión de psicoeducación proporciona una oportunidad para que los participantes conozcan a otras personas que tienen el mismo trastorno.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Como se ha señalado anteriormente, hay abundante documentación sobre los déficit en habilidades sociales en los sujetos con fobia social, especialmente aquellos que padecen el subtipo generalizado. Con base en los estudios de la psicopatología de los individuos con fobia social, el entrenamiento en habilidades incluido en la SET aborda tres grandes áreas deficitarias de habilidades: darse cuenta del ambiente social, habilidades interpersonales y habilidades para hablar en público. Dentro de cada área se enseñan habilidades específicas, incluyendo presentarse, iniciar y mantener conversaciones, dar y recibir cumplidos, ser asertivo, escuchar a los demás, recordar información y elaborar e impartir presentaciones orales normales. Muchas de estas habilidades se encuentran habitualmente en muchos programas de entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, dos de las áreas de contenido señaladas anteriormente son, hasta cierto punto, únicas en la SET. En primer lugar, la SET incluye enseñanza de habilidades para escuchar y recordar. Este módulo se desarrolló porque muchos individuos con fobia social informaban que cuando se encontraban en una conversación, su atención se centraba en componer el contenido conversacional «perfecto». Sin embargo, cuando les tocaba el turno de hablar, su falta de atención al flujo del contenido de la conversación producía, como resultado, el hecho de que ya no sabían si su respuesta «perfecta» era apropiada. Así, para el programa de la SET se desarrolló un módulo dedicado a enseñar a escuchar y a recordar temas de conversación.

Un segundo componente único de la SET incluye la atención a los mecanismos de la construcción del habla. Al igual que otras habilidades sociales, un individuo no puede esperar tener sólo una ansiedad mínima cuando da una charla si no conoce cómo hacer una presentación. Muchos de los sujetos con fobia social, al evitar, con éxito, hablar en clase en el instituto o en la universidad, pueden no haber adquirido el conocimiento necesario en esta área. De esta forma, cuatro sesiones del entrenamiento en habilidades sociales de la SET se dedican a la enseñanza y práctica de los mecanismos de una elaboración y presentación eficaz de la charla.

Finalmente, es importante señalar que, además, del contenido verbal abordado en el entrenamiento en habilidades sociales de la SET, también se consideran los componentes no verbales de las habilidades sociales (contacto ocular, tono y volumen de voz y postura corporal). Los clínicos necesitan darse cuenta de los déficit no verbales de cada participante e incluir la atención a estos comportamientos durante los procedimientos de representación de papeles.

El entrenamiento en habilidades sociales de la SET se lleva a cabo utilizando procedimientos empleados tradicionalmente en el entrenamiento en habilidades sociales. Estos incluyen la instrucción, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación correctora y el refuerzo positivo. Además, se incluyen estrategias desarrolladas para abordar características específicas únicas del síndrome de la fobia social. Quizás, debido a su extenso aislamiento social, muchos de los sujetos con fobia social son poco perceptivos con respecto a las sutilezas sociales y, a menudo, son incapaces de pensar de forma creativa sobre las situaciones sociales. Como ejemplo está el hecho de que las personas con fobia social a menudo son incapaces de identificar toda una serie de lugares en los que pueden conocer a potenciales interactuantes sociales. Esto, a su vez, limita a menudo su capacidad para llevar a cabo la exposición y las tareas para casa. En respuesta a la identificación de esta deficiencia, un componente íntegro de la SET son los ejercicios de flexibilidad, que requieren que los pacientes generen modos alternativos de realizar la misma tarea social. Por ejemplo, se enseña a los miembros del grupo a que elaboren cinco formas diferentes de saludar a un antiguo amigo. Un segundo ejercicio de flexibilidad requiere que los participantes identifiquen cinco lugares diferentes donde conocer a otras personas con intereses similares. Por medio del entrenamiento en la solución creativa de problemas, los miembros del grupo incrementan su capacidad para funcionar a lo largo de distintos ambientes sociales y diferentes interactuantes interpersonales.

Finalmente, las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales de la SET concluyen con las tareas para casa, que se elaboran para favorecer aún más la práctica de las habilidades que fueron abordadas en la sesión de grupo. La realización de las tareas para casa se considera esencial para el éxito global de la intervención y se dedica un tiempo importante para desarrollar tareas para casa que puedan llevarse a cabo con éxito.

EXPOSICIÓN EN VIVO Y EN LA IMAGINACIÓN

Durante los primeros tres meses de la SET, la terapia de exposición tiene lugar semanalmente durante las sesiones individuales. El contenido de la sesión, elaborado para abordar los temores únicos de cada paciente, se desarrolla conjuntamente entre éste y el terapeuta. Las sesiones de exposición se llevan a cabo utilizando un paradigma intensivo («inundación»). Durante las sesiones, se requiere que los pacientes mantengan contacto ocular con la situación productora de temor hasta que ocurra la habituación (es decir, hasta que desaparezca de forma importante su ansiedad). La SET incorpora estrategias de exposición en vivo y en la imaginación. Los clínicos seleccionan la estrategia específica (presentación en vivo o en la imaginación) basándose en el temor específico del paciente. Cuando el temor no puede replicarse en vivo (en la «vida real»), se necesitan sesiones de exposición en la imaginación.

Existen opiniones diferentes con respecto a la cantidad de tiempo que se necesita para que una sesión de exposición sea eficaz. Algunos teóricos creen que continuar con la sesión hasta que tenga lugar la habituación sería la duración óptima

del tratamiento, mientras que otros consideran que una sesión de 90 minutos es suficiente. En la SET, las sesiones de exposición se llevan a cabo hasta que el individuo muestra una habituación definida como un 50% en la disminución de la activación en la puntuación del malestar máximo informado. Así, si una persona informa de una puntuación de malestar de 8 (sobre una escala de 10), la sesión de exposición continuaría hasta que el individuo informase de un nivel de malestar de 4 (véase Turner *et al.*, 1997, para una descripción detallada de los procedimientos de exposición de la SET). A lo largo de los 3 meses, la duración promedio de la sesión de exposición es de 90 minutos; normalmente, las sesiones iniciales son más largas y las últimas sesiones duran menos de 90 minutos. Sin embargo, debido a que la exposición está basada en el modelo teórico de la extinción, (a) no se deberían terminar las sesiones hasta que tuviera lugar la habituación, y (b) no se utilizan verbalizaciones de afrontamiento ni estrategias de distracción.

PRÁCTICA PROGRAMADA

El componente final de la SET, la práctica programada, se elabora para transferir la responsabilidad del tratamiento al paciente. Este componente consolida las ganancias del tratamiento y aborda el tema de la generalización y la puesta en práctica de las nuevas habilidades adquiridas en una serie de lugares sociales. La práctica programada se realiza durante las últimas cuatro semanas de la SET. En consistencia con el objetivo de transferir la responsabilidad, se elaboran tareas para casa conjuntamente entre el paciente y el terapeuta. Las tareas de práctica programada pueden incluir cualquier situación social perturbadora y, de hecho, la variedad de situaciones está limitada únicamente por la creatividad del paciente y del terapeuta. Cada tarea de práctica programada es realmente una tarea de exposición en vivo, requiriendo que el paciente entre y participe en actividades sociales que anteriormente eran evitadas o le producían ansiedad, permaneciendo en el lugar hasta que haya disminuido cualquier ansiedad que se haya provocado. De hecho, si las sesiones de exposición en la imaginación se llevaran a cabo correctamente, la ansiedad provocada durante la exposición en vivo debería ser mínima. Sin embargo, es importante que el paciente entienda que si la tarea provoca malestar, el paciente debería permanecer en la situación hasta que disminuyese la ansiedad.

TAREAS PARA CASA

Los individuos con fobia social habitualmente sufren malestar en numerosas situaciones sociales. Incluso un programa tan intenso como la SET no puede proporcionar toda la intervención necesaria dentro de los confines de la clínica. De esta forma, las tareas para casa se elaboran al final de cada sesión clínica. Dichas tareas se construyen sobre la habilidad o la escena de exposición que fue el centro de atención de la sesión correspondiente y se elaboran para proporcionar una mayor práctica e integración de las habilidades. En el caso del grupo de entrenamiento de las habilidades sociales, los aspectos específicos de las tareas para casa pueden

variar para cada miembro, dependiendo del nivel de habilidad particular del individuo y del patrón de temores.

Resultados del tratamiento

La SET implicó un amplio periodo en su construcción que tuvo como resultado un considerable refinamiento del programa de tratamiento. Luego, se comprobó la versión inicial con una muestra piloto de 13 sujetos con fobia social generalizada (Edad media= 37,5), con una edad promedio de inicio de 14,6 años y una cronicidad media de los síntomas de 23,6 años (Turner *et al.*, 1994b). Con una puntuación promedio de gravedad de 6 sobre la escala de 8 puntos del ADIS, una larga cronicidad de los síntomas y una elevada prevalencia de trastornos del Eje II, es evidente que era una muestra de pacientes con graves trastornos. Después de la intervención con la SET, las puntuaciones en distintos inventarios de autoinforme, los datos de la evaluación conductual y las escalas de evaluación por el clínico indicaban mejorías significativas en la mayoría de las variables de tratamiento. Cuando se analizaba el Índice de funcionamiento final de la fobia social (*Social Phobia Endstate Functioning Index, SPEFI*), el 84% de la muestra consiguió una mejoría moderada o importante, un porcentaje mucho más alto cuando se compara con los resultados de una muestra previa de sujetos con fobia social generalizada que fueron tratados únicamente con exposición en vivo (Turner *et al.*, 1994a). Estos resultados iniciales sugieren que la SET (que incluye los componentes de la combinación de exposición y entrenamiento en habilidades sociales) parece haber mejorado los resultados para el subtipo generalizado si la comparamos con la exposición en vivo sola. Para evaluar los efectos específicos del componente de las habilidades sociales, un evaluador independiente que no conocía la fase de la evaluación puntuaba la ansiedad y la eficacia general. Los resultados indicaban una mejoría significativa en ambas áreas, desde el pre al postratamiento.

Estos datos sobre los resultados son llamativos por varias razones. En primer lugar, el número de pacientes que mostraron mejorías en los resultados del tratamiento era bastante superior a los informados por los sujetos con fobia social generalizada en el estudio de Turner *et al.* (1994a) que utilizó solamente exposición. En segundo lugar, los pacientes estaban notablemente deteriorados en términos de la gravedad y la cronicidad del trastorno principal así como también por la presencia de trastornos secundarios del Eje I y II. En tercer lugar, el tratamiento era de una duración relativamente breve (4 meses). Además, los beneficios del tratamiento se mantenían dos años más tarde (Turner, Beidel y Cooley-Quille, 1995).

Como resultado de estos inicios positivos de los resultados, la SET ha sido puesta en práctica por los clínicos en una variedad de lugares. Sin embargo, hasta hace poco, la SET no había sido comparada directamente con otro tratamiento para demostrar su eficacia. Actualmente, un ensayo clínico a gran escala está comparando la SET con un número igual de sesiones de exposición en vivo y en la imaginación y con un grupo de control de lista de espera. El estudio evalúa la relativa eficacia de la SET con el tratamiento único más eficaz para la fobia social, la exposición. Dicho estudio averiguará también si el componente del entrenamiento

en habilidades sociales está asociado con mejorías adicionales en los resultados del tratamiento. En este estudio, se evaluarán directamente las habilidades sociales y se crearán normas o estándares para utilizarse en otros estudios.

Conclusiones

La SET constituye un tratamiento prometedor importante para el tratamiento de la fobia social, especialmente para aquellos sujetos con el subtipo generalizado. Basándose en un amplio estudio de la psicopatología de este trastorno, la SET contiene componentes que abordan específicamente los déficits empíricamente establecidos de las habilidades sociales, además de tratar el malestar habitualmente asociado con este trastorno. Se ha demostrado que la SET produce mejorías significativas de la habilidad social así como una disminución significativa en el malestar social. Actualmente, la SET se está comparando con un elaborado programa de exposición en vivo y en la imaginación. Las investigaciones futuras abordarán su eficacia en comparación con otras formas de intervención psicológica y farmacológica.

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición) (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición-revisada) (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arkowitz, H., Lichtenstein, E., McGovern, K. y Hines, P. (1975). The behavioral assessment of social competence in males. *Behavior Therapy*, 6, 3-13.
- Aspendorf, J. B. (1991). Development of inhibited children's coping with unfamiliarity. *Child Development*, 62, 1460-1474.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Bruch, M. A. y Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and non-generalized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 155-168.
- Edelmann, R. E. y Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (2000). An empirical approach subtype identification in individuals with social phobia. *Psychological Medicine*, 30, 1345-1357.

- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Vigliaturo, D., Rosi, S., D'adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C. y Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Federoff, I. C. y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Halford, K. y Foddy, M. (1982). Cognitive and social skill correlates of social anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 21, 17-28.
- Gorman, J. M. y Gorman, L. F. (1987). Drug treatment of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 13, 183-192.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S. y Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- 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 followup. *Cognitive Therapy & Research*, 17, 325-339.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Hofmann, S. G., Neuman, M. G., Ehlers, A. y Roth, W. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 637-650.
- Johnson, M. R. y Lydiard, R. B. (1995). Personality disorders in social phobia. *Psychiatric Annals*, 25, 554-563.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H. U. y Dendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H., McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for severe social phobia. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- 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 change? *Behavior Therapy*, 25, 503-517.
- Pelissolo, A., Andre, C., Moutard-Martin, F., Wittchen, H. U. y Lepine, J. P. (2000). Social phobia in the community: Relationship between diagnostic threshold and prevalence. *European Psychiatry*, 15, 25-28.
- Rapee, R. M. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Rubin, K. H., LeMare, L. J. y Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. En S.R. Asher y J.D. Cole (dirs.), *Peer rejection in childhood: Cambridge studies in social and emotional development* (pp. 217-249). Nueva York: Cambridge University Press.

- Salaberria, K. y Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification, 22*, 262-284.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-287.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1996). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: Results at long-term follow-up. *Behavior Modification, 20*, 338-356.
- Shackman, D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (en preparación). Skill vs. anxiety in the assessment of social phobia. Unpublished manuscript, University of Maryland.
- Stein, M. B., Walker, J. R. y Forde, D. R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey for social anxiety. *American Journal of Psychiatry, 151*, 408-412.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C. y Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 526-531.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Cooley-Quille, M. R. (1995). Two-year follow-up of patients treated with social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 553-555.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Cooley-Quille, M. R. (1997). *Social Effectiveness Therapy: A Program for overcoming social anxiety and social phobia*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R. y Messer, S. C. (1994b). A multi-component behavioral treatment for social phobia: Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 381-390.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Keyes, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Jacob, R.G. (1994a). Social phobia: A comparison of behavioral treatment and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 350-358.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 168-172.
- Van Amerigan, M., Mancini, C. y Streiner, D. (1994). Social disability in anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology, 10*, 615S.