

DIFICULTADES CLÍNICAS Y FRACASOS TERAPÉUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL

Karmele Salaberría y Enrique Echeburúa
Universidad del País Vasco (España)

Resumen

En este artículo se hace un estudio de revisión sobre las dificultades clínicas para el tratamiento y sobre los fracasos terapéuticos en el ámbito de la fobia social. Se analiza la respuesta de los pacientes al tratamiento en función de los diversos tipos de fobia social. Asimismo se describen las dificultades más habituales en la evaluación y tratamiento de este trastorno, así como las variables predictoras de fracasos terapéuticos. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

PALABRAS CLAVE: *Fobia social, ansiedad social, dificultades para el tratamiento, fracasos terapéuticos.*

Abstract

The aim of this paper is to review the current knowledge about the difficulties for treatment and the therapeutic failures in the field of social phobia. The response to treatment is analyzed according to the different types of social phobia. The most common difficulties in the assessment and treatment of this mental disorder are described, as well as the predictive variables for the therapeutic failure. Finally, implications of this study for clinical practice and for future research in this field are discussed.

KEY WORDS: *Social phobia, social anxiety, difficulties for treatment, therapeutic failures.*

Introducción

Los tratamientos psicológicos para la fobia social han mostrado ser eficaces y eficientes, con un tamaño del efecto de 0,77 en el postratamiento y de 0,95 en el seguimiento (Moreno, Méndez y Sánchez, 2000). En concreto, las técnicas terapéu-

ticas que han resultado más eficaces son la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y la combinación de exposición con reestructuración cognitiva.

La exposición es un componente esencial del tratamiento (Salaberría y Echeburúa, 1998a). La utilización adicional de técnicas de reestructuración cognitiva no ofrece resultados concluyentes. Por citar dos estudios meta-analíticos, en la revisión de Feske y Chambless (1995) las técnicas de exposición solas o combinadas son igualmente eficaces; sin embargo, en la de Taylor (1996) la combinación de reestructuración cognitiva y exposición se muestra superior a la mera exposición. A su vez, el entrenamiento en habilidades sociales ha resultado ser también eficaz, quizá porque contiene en sí mismo, al realizarse en grupo, tareas de exposición a situaciones sociales temidas (Stravynski, Marks y Yule, 1982). En este sentido, un aspecto de interés podría ser la grabación en vídeo de las sesiones, que proporciona una retroalimentación real y objetiva de las conductas sociales.

De acuerdo con los criterios actualmente utilizados por la psicología clínica basada en la evidencia, la exposición, sola o en combinación con la reestructuración cognitiva, constituye un tratamiento bien establecido. A su vez, el entrenamiento en habilidades sociales, solo o en combinación con otras técnicas, y la terapia cognitivo-conductual junto con psicofármacos antidepresivos IRS (como la sertralina, por ejemplo), resultan tratamientos probablemente eficaces. Por último, la terapia psicofarmacológica está actualmente en una fase experimental (Salaberría y Echeburúa, 2003).

Sin embargo, a pesar de este panorama tan alentador, hay una tasa de alrededor de un 30-35% de pacientes que fracasan con los tratamientos planteados hasta el momento. Las razones de este fracaso pueden ser múltiples: el perfil psicopatológico de este trastorno, las características de personalidad de los pacientes, la comorbilidad de la fobia social con otros trastornos, etc.

El objetivo de este artículo es plantear las dificultades clínicas y analizar las razones de los fracasos en el tratamiento de la fobia social, así como perfilar las variables predictoras de los resultados terapéuticos. Sólo de esta manera se pueden mejorar las estrategias motivacionales para el cambio y los enfoques terapéuticos, así como adaptar más específicamente el tratamiento a las necesidades concretas de cada paciente.

Perfil psicopatológico de la fobia social

La ansiedad social es normal e incluso útil porque es una motivación adaptativa que permite comportarse a los seres humanos adecuadamente ante relaciones interpersonales nuevas o importantes. El miedo a los extraños es incluso un temor evolutivo que desaparece con la maduración del niño. Sin embargo, cuando la ansiedad es muy intensa, no guarda relación con la realidad del temor experimentado o no acaba por extinguirse tras unos minutos de interacción o tras la exposición repetida a situaciones sociales, adquiere una significación clínica. En estos casos interfiere negativamente en la vida cotidiana de la persona afectada porque puede conducir a la evitación e incluso al aislamiento, con la consiguiente pérdida

de autoestima y el desarrollo de sentimientos depresivos, o puede dar lugar a la utilización del alcohol u otros fármacos o drogas para hacerle frente (Echeburúa, 1993; Salaberría y Echeburúa, 2003).

La ansiedad social no constituye un cuadro clínico como tal. Se trata de un síntoma que está presente *de forma general* en todos los trastornos de ansiedad, e incluso en algunos otros cuadros clínicos (depresión, abuso de alcohol, etc.), y *de forma específica* en la fobia social. En este último caso, la ansiedad social constituye el síntoma central de este cuadro clínico.

Desde una perspectiva epidemiológica, la ansiedad social y los temores significativos a determinadas situaciones sociales pueden estar presentes hasta en un 10% de la población general, con una presencia más amplia en mujeres y con una edad de comienzo entre los 10 y 15 años. Sin embargo, la fobia social propiamente dicha afecta de un 2% a un 4% del conjunto de la población, con una incidencia similar entre hombres y mujeres (Davidson, Hughes, George y Blazer, 1993). La edad de comienzo, que es anterior a la de otros trastornos de ansiedad, se sitúa entre los 15 y 20 años. Aun cuando el inicio del trastorno se sitúa en la adolescencia, los pacientes acuden al tratamiento alrededor de los 30-35 años (Dingemans, Van Vliet, Couvee y Westenberg, 2001). Hay un predominio de las personas solteras, derivado de las dificultades para establecer relaciones que conlleva este trastorno (Salaberría y Echeburúa, 1995).

El curso de la ansiedad social suele ser crónico, pero no muy invalidante. De hecho, las personas no suelen pedir ayuda, por creer que se trata de algo inmodificable (una especie de timidez acentuada o una forma de ser), excepto cuando las dificultades son ya graves e incapacitantes. No es por ello infrecuente que la ansiedad social se detecte sólo cuando se consulta por otros cuadros clínicos (depresión, abuso de alcohol, trastorno de ansiedad generalizada, etc.) (Egelko y Galanter, 1998).

No siempre es fácil delimitar la ansiedad social de la timidez. En uno y otro caso existe un temor a las situaciones sociales y un miedo exagerado a las críticas, pero en la ansiedad social el curso es más crónico —no desaparece espontáneamente con el transcurso del tiempo— y la interferencia en el rendimiento académico o laboral y en las interacciones habituales es más grave. Las personas tímidas pueden estar incómodas en situaciones sociales, pero su funcionamiento no está gravemente afectado. Sin embargo, entre las personas muy tímidas el 49% puede tener un diagnóstico de fobia social (Chavira, Stein y Malcarne, 2002).

Tipología de fóbicos sociales y respuesta al tratamiento

En general, existen dos tipos básicos de ansiedad social patológica (Schlenker y Leary, 1982): a) la *ansiedad de relación* (ansiedad global), cuando los miedos están referidos a la interacción del sujeto con otras personas (por ejemplo, en las relaciones sociales habituales); y b) la *ansiedad de rendimiento* (ansiedad específica), cuando no hay una interacción directa con otras personas, sino que una persona se siente el centro de atención de los demás (por ejemplo, en las actuaciones en

público). En este último caso las situaciones —planificadas con anterioridad— son más formales y están más estructuradas, ocurren menos frecuentemente y el sujeto, que requiere unas habilidades específicas, está sometido a una evaluación real (aplausos, críticas, etc.).

En la mayoría de los casos observados en la clínica (un 70% del total) la fobia social es un trastorno complejo que se presenta de forma multifóbica (ansiedad generalizada a la mayoría de las interacciones sociales) y no limitada a situaciones específicas (Mattick, Peters y Clarke, 1989), quizá con la excepción del temor a hablar en público. Los pacientes tienden a ser jóvenes y solteros, presentan síntomas adicionales de ansiedad y depresión, suelen consumir alcohol en exceso y manifiestan temores más en las relaciones espontáneas e improvisadas que en las planificadas y estructuradas (Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990; Manuzza *et al.*, 1995). Todo ello supone una interferencia más grave en la vida cotidiana de la fobia social de tipo generalizado (Stein, Torgrud y Walker, 2000; Ruipérez, García-Palacios y Botella, 2002).

Según la experiencia clínica de los autores, la ansiedad social global está presente con características peculiares en diferentes tipos de pacientes según la forma de inicio del problema (véase Tabla 1).

Tabla 1
Tipos de ansiedad social global según la forma de inicio

COMIENZO DIFUSO	Pacientes inhibidos socialmente Pacientes con rasgos obsesivos
COMIENZO BRUSCO	Pacientes ansiosos tras un ataque de pánico en una relación interpersonal Pacientes ansiosos tras cambios significativos en el ambiente social

1) *Con un comienzo difuso del problema*

- a) *Pacientes inhibidos socialmente.* Se trata de personas muy tímidas desde siempre, con pocas habilidades sociales y que responden, en buena medida, al trastorno de personalidad por evitación.
- b) *Pacientes con rasgos obsesivos.* Lo más característico de ellos es su preocupación excesiva por el control de los síntomas (rubor facial, temblor y sudor especialmente) y de las situaciones sociales, que les impide aplicar las habilidades sociales con las que cuentan. Son personas muy preocupadas por su imagen personal.

2) *Con un comienzo brusco del problema*

- a) *Pacientes ansiosos a raíz de un ataque de pánico en una situación social.* Se trata de personas ansiosas que han experimentado un ataque de pánico en

una relación interpersonal (por ejemplo, en clase, en un restaurante, etc.) y que posteriormente generalizan sus miedos a todo tipo de situaciones sociales. Estos sujetos frecuentemente tratan de combatir la ansiedad recurriendo al alcohol o a los psicofármacos.

- b) *Pacientes ansiosos a raíz de un acontecimiento con repercusiones en el ambiente social habitual.* Son personas que experimentan dificultades en las relaciones personales después de sufrir un cambio en el medio habitual. Al verse obligadas a desenvolverse en un ambiente nuevo, como consecuencia de un traslado de residencia, un cambio de trabajo, un divorcio, etc., no consiguen adaptarse a la nueva situación y comienzan a dudar de sí mismos y de sus habilidades sociales.

Si bien las conductas de evitación, la activación fisiológica y el temor exagerado a las críticas están presentes en todos los casos, hay diferentes tipos de fóbicos sociales que presentan rasgos distintivos. Por ello, el enfoque terapéutico, más allá de ciertos aspectos genéricos, puede y debe ser parcialmente diferente.

Así, mientras en los pacientes inhibidos socialmente el entrenamiento en habilidades sociales puede desempeñar un papel muy importante, en los pacientes obsesivos, sobre todo cuando hay una preocupación específica por los síntomas fisiológicos, puede ser crucial el enfoque de la terapia como un proceso de aceptación y manejo de los mismos.

A su vez, los pacientes con ataques de pánico en situaciones sociales quizá requieran un reaprendizaje sobre la interpretación y control cognitivo de los síntomas. Por último, cuando se trata de un problema adaptativo, debe ponerse el énfasis en facilitar una mejor adaptación a una situación que exige poner en marcha habilidades que quizá se han perdido.

Probablemente los tratamientos disponibles deben adaptarse, a efectos de aumentar su potencialidad terapéutica, a los distintos tipos de sujetos. De este modo, en los pacientes inhibidos socialmente son importantes la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva; en los más obsesivos, la reestructuración cognitiva, sin embargo, no es muy útil; y, por último, en los pacientes con un gran nivel de ansiedad, la relajación puede ser un buen complemento a la exposición.

Dificultades en la evaluación del trastorno y en la delimitación de objetivos

Una de las primeras dificultades es conseguir establecer una buena alianza terapéutica con los pacientes. Hay que tener en cuenta que son personas que llevan sufriendo el trastorno muchos años y que además lo conceptualizan como una forma de ser casi inmodificable. De hecho, los pacientes tardan mucho tiempo en acudir a pedir ayuda porque creen que ellos son así y que sus problemas no tienen solución.

La alteración misma genera un nivel de desconfianza adicional en los pacientes. Por ello, la relación terapéutica, cuando es adecuada, contribuye a superar el carác-

ter ansiógeno de la entrevista clínica y a dotar al paciente de confianza y seguridad para la consecución de los objetivos terapéuticos.

La evaluación del trastorno debe dar información sobre el perfil concreto de evitación, las distorsiones cognitivas y la valoración acerca de los síntomas fisiológicos, así como sobre el nivel de adaptación a la vida cotidiana y sobre otros problemas relacionados. Los instrumentos de evaluación son fundamentales, pero no deben ser muy numerosos porque los pacientes tienden a pensar mucho sobre sus problemas y a actuar poco. Los fóbicos sociales se caracterizan por rumiar sus problemas una y otra vez y por su inhibición, por lo que a veces se puede producir un efecto iatrogénico con los instrumentos de evaluación.

La delimitación de los objetivos terapéuticos es un aspecto esencial de la terapia. Sólo así se pueden trazar metas realistas y establecer tareas realizables. Los objetivos buscados por los pacientes pueden ser inalcanzables, como en el caso de los que acuden a la terapia con la finalidad de *no temblar ni ruborizarme nunca más* o de *cambiar mi forma de ser*. Este tipo de expectativas impide un adecuado diseño del tratamiento y confunde al paciente. Por ello, y con la finalidad de evitar malentendidos, resulta necesario dedicar tiempo al diseño de los objetivos y a su discusión.

Dificultades en el tratamiento

Hay pacientes que se muestran resistentes al tratamiento y que forman parte de ese 30-35% de los casos que no responden adecuadamente a la terapia.

Los síntomas fisiológicos como preocupación central

En algunos pacientes está presente un temor muy concreto —y prácticamente único— a la presencia de síntomas fisiológicos, como el rubor, el temblor o el sudor, que es lo que les lleva a evitar las situaciones sociales. Son pocas —y además basadas en el estudio de casos aislados— las investigaciones que se han ocupado específicamente de este tema (Timms, 1980; Scholing y Emmelkamp, 1993a, 1996a; Mersch, Hildebrand, Levy y Wessel, 1992). Las técnicas eficaces en estos casos han sido la intención paradójica, la terapia racional emotiva y la exposición. Desde una perspectiva cognitiva, se trata de enseñar al paciente que estos síntomas —por lo demás, normales dentro de ciertos límites— constituyen una forma idiosincrásica de respuesta a los estímulos sociales. La desaparición de estos síntomas no es posible, pero sí lo es la modificación de la percepción de los mismos y de las atribuciones catastrofistas, así como de las conductas de evitación que las acompañan.

La exposición en este tipo de pacientes debe hacerse ante las situaciones sociales evitadas, pero también ante los síntomas fisiológicos, de modo similar a como se realiza en el tratamiento de la dismorfofobia ante el posible defecto físico y su percepción por parte de los demás (Salaberría, Borda, Amor y Echeburúa, 2000). La aceptación de la presencia de los síntomas fisiológicos, la disminución de la impor-

tancia concedida a los mismos y el desarrollo de estrategias para hacer frente a los pensamientos acompañantes deben formar parte de la terapia.

Algunos pacientes, en su desesperación, han llegado a someterse a intervenciones quirúrgicas. En concreto, la simpatectomía torácica está indicada para la hiperhidrosis palmar y para el rubor facial, pero no propiamente para la fobia social.

Conductas de evitación pasiva y conductas de seguridad

Los fóbicos sociales pueden presentar evitaciones activas, es decir, no acudir a los lugares, no entablar conversaciones, etc., pero son mucho más frecuentes las conductas de evitación más sutiles, como acudir a una fiesta y sentarse en una esquina, responder con monosílabos, etc. Este tipo de evitación supone estar físicamente en el lugar, pero no mentalmente. En otras ocasiones se trata de conductas de seguridad (como ponerse al lado de una persona conocida y no despegarse de ella) que ponen en marcha los fóbicos sociales en las situaciones temidas y que, en realidad, constituyen conductas de evitación sutiles (Wells *et al.*, 1995).

Las conductas de seguridad o de evitación pasiva exacerban los síntomas, impiden la desconfirmación de las consecuencias temidas, mantienen la atención hacia uno mismo y contaminan las situaciones sociales (Botella, Baños y Perpiñá, 2003).

Ante las dificultades existentes para llevar a cabo la terapia de exposición en las relaciones interpersonales (véase Tabla 2), especialmente cuando hay conductas de evitación sutiles, se han diseñado estrategias adicionales de exposición en situaciones sociales (véase Tabla 3).

Tabla 2

Limitaciones de la exposición en el tratamiento de la fobia social
(Butler, 1985)

1. La ansiedad social viene acompañada a menudo de un déficit en habilidades sociales, que no se resuelve sólo con un tratamiento de exposición.
2. A diferencia de otras fobias, la exposición en la ansiedad social implica la ejecución de conductas ante la observación de los demás y la presencia, por tanto, de una complejidad añadida.
3. Las situaciones sociales son con frecuencia de carácter variable e impredecible. Por ello, no siempre se puede programar y graduar la exposición.
4. La naturaleza de las situaciones evitadas en la ansiedad social, que tienden a ser de corta duración (iniciar una conversación en una fiesta, saludar a un desconocido, tomar la palabra en una reunión, etc.), impide llevar a cabo sesiones de exposición largas y con repeticiones programadas, que son las más eficaces.
5. La exposición no da información acerca de la «*posible*» evaluación negativa que se pueden formar las personas sobre el ansioso social.
6. La superación de la ansiedad social, a diferencia de otras fobias, puede no producir efectos positivos inmediatos, debido a las actitudes previas de los demás ante el paciente.

Tabla 3
Estrategias adicionales de exposición en situaciones sociales
(Butler, 1985, 1989)

1. Responder a los síntomas de ansiedad con acercamiento y no con huida o evitación. Tolerar los síntomas fisiológicos (rubor, temblor...), que desaparecerán al cabo de un rato.
2. Tener presente dónde se encuentra uno y no pensar que se está en algún otro lugar.
3. Saludar a la gente de una forma adecuada y con una mirada a los ojos.
4. Escuchar atentamente a la gente y elaborar mentalmente una lista de posibles temas de conversación.
5. Mostrar que uno quiere hablar. Puede ser bueno hacerlo inicialmente con alguna pregunta (ya que concentra la atención en la persona que realiza la pregunta y en la que espera que responda).
6. Hablar alto con una dicción adecuada. No susurrar.
7. Soportar algunos silencios.
8. Esperar señales de los demás al decidirse dónde sentarse, cuándo tomar una copa o de qué se va a hablar.
9. Aprender a tolerar las críticas introduciendo la discusión deliberadamente en un momento determinado.

Más en concreto, en algunos estudios recientes (García y Botella, 2003; Morgan y Raffle, 1999) se ha abordado la forma específica de hacer frente a las conductas de seguridad. Así, por ejemplo, se han descrito algunas de las pautas que pueden aumentar la efectividad de la exposición:

- Evaluar los temores catastrofistas de los pacientes, así como la probabilidad de su ocurrencia.
- Identificar las conductas de seguridad o de evitación pasiva unidas a esas situaciones.
- Apoyarse en la reestructuración cognitiva para desconfirmar las creencias negativas.
- Eliminar las conductas de seguridad durante la exposición.
- Evaluar el resultado en función de los cambios cognitivos producidos.

El peso de las distorsiones cognitivas

Al margen de que los resultados de la investigación son contradictorios (Salaberría y Echeburúa, 1998b), la terapia de exposición puede tener un alcance limitado cuando las distorsiones cognitivas están muy arraigadas (véase Tabla 4).

Tabla 4
Fallos cognitivos más frecuentes en la fobia social
(Lucock y Salkovskis, 1988)

- Centrar la atención del sujeto excesivamente en uno mismo y creer que los demás están pendientes exclusivamente de su conducta social.
- Evaluar el «feedback» interpersonal con una atención selectiva a los aspectos negativos, que se atribuyen, además, a fallos propios.
- Recordar selectivamente las relaciones interpersonales negativas.
- Subestimar las habilidades del sujeto en situaciones sociales.
- Sobreestimar la probabilidad de sucesos sociales negativos por circunstancias ajenas al sujeto.
- Generar una gran cantidad de pensamientos derrotistas.

La reestructuración cognitiva, a modo complementario de la terapia de exposición en el tratamiento de la fobia social, se ha centrado en dos aspectos del trastorno: a) el contenido del pensamiento; y b) los procesos de atención y memoria, así como el procesamiento de la información.

El objetivo último ha sido ayudar al paciente a identificar y afrontar sus fallos cognitivos por medio de la utilización de estrategias adecuadas. En concreto, se han utilizado tres tipos de técnicas:

a) *El entrenamiento en focalización atencional* (Wells y Papageorgiou, 1998; Baños, Botella y Quero, 2000). Se trata de contrarrestar la tendencia del fóbico social a centrar la atención excesivamente en sí mismo (lo que disminuye el potencial de la exposición y la capacidad de corregir los pensamientos negativos asociados a la ansiedad), así como de recurrir a la distracción cognitiva en los casos precisos para trasladar la atención centrada en uno mismo hacia el exterior (Butler, 1989).

El entrenamiento en atención focalizada, en el caso de Wells y Papageorgiou (1998), se ha centrado en el cambio del centro de atención desde lo interno hasta lo externo; en el caso de Baños *et al.* (2000), en la atención sobre lo no amenazante de la situación social.

Las consecuencias obtenidas con este enfoque son la capacidad de desconfirmar creencias negativas, la reducción de la conciencia de la intensidad de los síntomas y la interrupción de las conductas de seguridad, junto con la mejora de la actuación social.

- b) *La utilización del vídeo-feedback para proporcionar una auto-evaluación más objetiva de las conductas sociales* (Rapee y Hayman, 1996). De este modo, los fóbicos sociales pueden percibir su comportamiento de modo similar a como lo haría un observador externo. En general, la imagen interna de los fóbicos sociales es mucho peor que la externa, por lo que la vivencia de los síntomas es muy intensa y no se corresponde frecuentemente a la realidad objetiva. De aquí se deriva la utilidad del *vídeo-feedback*.
- c) *El entrenamiento en autoinstrucciones positivas*. Se trata en este caso de valorar los recursos propios, no subestimar las habilidades y afrontar adecuadamente los pensamientos derrotistas.

Las propuestas anteriores se han visto positivamente confirmadas en estudios de caso, pero son necesarios estudios experimentales para poder comprobar la eficacia de la exposición sola frente a la exposición con entrenamiento atencional y *vídeo-feedback*, así como para comparar también estas técnicas con el tipo de reestructuración cognitiva que se ha venido aplicando hasta el momento.

La modulación de las variables de personalidad

Hay características de personalidad, como la baja autoestima, el neuroticismo, la introversión y el perfeccionismo, que están presentes en la fobia social y que son muy difíciles de modificar por una terapia que no está centrada directamente en estos objetivos (Juster, Heimberg, Frost y Holt, 1996). No siempre se sabe hasta qué punto son causa o consecuencia del trastorno, pero lo cierto es que estas variables complican el tratamiento de la fobia social.

La terapia de la fobia social no debe desatender la presencia de estas dimensiones de personalidad. En el estudio reciente de Lundh y Öst (2001) se ha trabajado también sobre los sesgos atencionales, la auto-conciencia y el perfeccionismo de los fóbicos sociales con técnicas cognitivo-conductuales. En cuanto a los resultados obtenidos, hubo un 67% de éxitos (18 sobre un total de 24 pacientes). Lo que resultó especialmente de interés es que los fracasos en el tratamiento estuvieron relacionados con un menor cambio en el grado de perfeccionismo.

Comorbilidad y resultados terapéuticos

La comorbilidad ensombrece las perspectivas de éxito en el tratamiento de este cuadro clínico. Los trastornos comórbidos más frecuentes de la fobia social son otros cuadros clínicos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y el consumo abusivo de alcohol o drogas (Botella *et al.*, 2003), así como los trastornos de personalidad.

Comorbilidad entre la fobia social, los trastornos de ansiedad y la depresión

El 60% de las personas que acuden a tratamiento por fobia social tiene una historia clínica de depresión mayor o distimia; y, a su vez, un 30% de las personas que son tratadas por trastornos afectivos presentan un cuadro de fobia social. En general, y aunque la fobia social sea habitualmente anterior a la depresión y sea ésta una resultante de la fobia social (Labrador, Rosillo y Cantero, 2001), es prioritario tratar primero el estado de ánimo deprimido, bien sea con tratamientos psicofarmacológicos o psicológicos. Carece de sentido abordar directamente una fobia social en un paciente con una depresión clínica.

Según el estudio realizado por Erwin, Heimberg, Juster y Mindlin (2002), se compararon a 69 fóbicos sociales con 39 con fobia social más otro trastorno de ansiedad y con otros 33 fóbicos sociales con un trastorno afectivo adicional. Los pacientes con comorbilidad presentaban una mayor duración de la fobia social y peores resultados terapéuticos que los pacientes sin comorbilidad tras un tratamiento cognitivo-conductual grupal de 12 sesiones, tanto al final de la terapia como en el seguimientos de los 6 y 12 meses. Los resultados eran todavía peores cuando la comorbilidad de la fobia social era con trastornos depresivos.

Comorbilidad entre la fobia social y el consumo abusivo de alcohol y drogas

Si bien no hay estudios controlados al respecto, el abuso de alcohol y de ansiolíticos es bastante común entre los pacientes con fobia social de tipo generalizado (Turner, Beidel y Townsley, 1990). Y del mismo modo, no es extraño que personas que acuden a tratamiento por alcoholismo sufran de fobia social.

En estos casos el alcohol, los ansiolíticos o las drogas pueden funcionar como una forma de hacer frente al malestar generado por la fobia social.

La presencia de una adicción en un fóbico social concede una prioridad terapéutica a la adicción. Sólo cuando ésta esté bajo control se puede abordar adecuadamente la fobia social.

Comorbilidad entre la fobia social de tipo generalizado y los trastornos de personalidad

En cuanto al trastorno de personalidad por evitación, es indistinguible de la fobia social de tipo generalizado. En todo caso, según Donohue, Van Hasselt y Hersen (1994), el trastorno de personalidad por evitación no es sino una fobia social más grave, asociada a mayor ansiedad social, más deterioro, más déficit en habilidades sociales y mayor comorbilidad con otros trastornos.

¿Qué se puede decir sobre el tratamiento específico, así como sobre la predicción de resultados terapéuticos, de los ansiosos sociales que están aquejados adicionalmente de un trastorno de la personalidad (fundamentalmente, obsesivo, evitador o dependiente)? Lo que se conoce por el momento, que es poco, es que el tratamiento cognitivo-conductual puede mejorar, en cierto modo, los rasgos de

personalidad (Fahlen, 1995) y que la respuesta a la terapia es similar con o sin diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad (Johnson y Lydiard, 1995; Mersch, Jansen y Arntz, 1995; Ruirpérez *et al.*, 2002). En concreto, las terapias cognitivo-conductuales puestas a prueba (exposición, exposición + entrenamiento en habilidades sociales + terapia cognitiva, por ejemplo) son igual de eficaces en ambos grupos de pacientes. Sin embargo, el tratamiento debe ser más largo y con seguimientos periódicos cuando hay adicionalmente un trastorno de la personalidad.

No obstante, la comorbilidad de la fobia social con el trastorno de personalidad por evitación denota un mayor nivel de gravedad e incide negativamente en los resultados terapéuticos (Feske *et al.*, 1996), si bien, en un seguimiento a más largo plazo (a los 15 meses), la comorbilidad puede dejar de ser un factor predictor de fracaso terapéutico (Oosterbaan *et al.*, 2002).

Ha habido otros estudios (por ejemplo, Massion *et al.*, 2002) en que se ha evaluado la influencia diferencial de los trastornos de personalidad (de evitación y dependiente, especialmente) en la remisión de diversos cuadros clínicos (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de pánico), con una muestra de 514 pacientes y con un seguimiento de 5 años. La presencia de un trastorno de personalidad predecía una probabilidad de un 30% menor de remisión en el trastorno de ansiedad generalizada y de un 39% menor en la fobia social. En la remisión del trastorno de pánico, sin embargo, no parecía tener influencia la presencia de un trastorno de personalidad.

Los resultados obtenidos por la investigación, como se puede ver, distan mucho de ser concluyentes.

Variables predictoras de resultados terapéuticos

No es fácil definir lo que se considera éxito en el tratamiento de la ansiedad social. En unos estudios, desde una perspectiva dimensional, se trata de reducir puntuaciones en algunos cuestionarios; en otros, se han construido índices de cambio compuesto, que tienen en cuenta percepciones de evaluadores y resultados en cuestionarios (Turner, Beidel y Wolff, 1994). Sin embargo, hay un interés creciente por tomar en consideración también los cambios individuales dentro de los diseños de grupo (Salaberría, Páez y Echeburúa, 1996).

Son pocos los estudios que se han dedicado a investigar sistemáticamente las variables relacionadas con el éxito o fracaso terapéutico en este cuadro clínico. En los trabajos pioneros se hablaba de la importancia de la reducción en el miedo exagerado a las críticas, tras el tratamiento, como predictor de éxito terapéutico a largo plazo (Mattick y Peters, 1988). En concreto, la reducción en la frecuencia de pensamientos negativos correlaciona con una menor evitación de situaciones sociales (Scholing y Emmelkamp, 1999). En una investigación realizada por los autores de este artículo (Salaberría y Echeburúa, 1996) se muestran como variables predictoras de fracaso terapéutico, al año de seguimiento, las siguientes: las bajas expectativas de cambio y los niveles altos de ansiedad y de miedo exagerado a las críticas, así como una baja autoestima.

En los estudios más clásicos los mejores resultados terapéuticos han estado asociados al cumplimiento de las tareas de exposición entre sesiones (Edelman y Chambless, 1995; Laguna, Hope y Herbert, 1994; Leung y Heimberg, 1996); los peores, a un mayor nivel de depresión, a una mayor presencia de rasgos de una personalidad evitadora y a unas bajas expectativas ante los resultados del tratamiento (Chambless, Tran, Glass, 1997; Safran, Heimberg y Juster, 1997). Asimismo la gravedad de los síntomas y una mayor generalización de la fobia social al inicio del tratamiento son indicadores de unos resultados terapéuticos más pobres (Otto *et al.*, 2000; Scholing y Emmelkamp, 1999).

Sin embargo, los resultados no son concluyentes. Así, por ejemplo, en el estudio reciente de Woody y Adessky (2002) para analizar el poder predictivo de las características de la alianza terapéutica, la cohesión grupal y el cumplimiento de las tareas entre sesiones en 53 fóbicos sociales (37 personas con fobia social generalizada y 15 con fobia social específica) tratados con terapia cognitivo-conductual grupal, ninguna de las tres variables correlacionaba con el éxito de la terapia.

A modo de conclusión, y sin que se pueda afirmar nada de una forma definitiva, las variables más comunes relacionadas con un mayor fracaso terapéutico son las siguientes:

- Variables relacionadas con el tratamiento: bajas expectativas de cambio y el incumplimiento de tareas.
- Variables psicopatológicas: altos niveles de ansiedad, de miedo exagerado a las críticas y de sintomatología depresiva.
- Variables de personalidad: baja autoestima y rasgos de personalidad evitadora.

Conclusiones

A pesar de las limitaciones expuestas hasta el momento, los estudios realizados para comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la fobia social arrojan un balance positivo. Del mismo modo, cuando este enfoque terapéutico se aplica en Centros de Salud Mental públicos, los resultados son también positivos (Leveni, Piacentini y Campana, 2002). Ello no obsta para que haya aún un 30% de pacientes que no responde adecuadamente a los tratamientos ofertados.

Respecto al formato de la terapia, los programas de tratamiento estándar tienden a ser de 6 a 12 sesiones, de 2-2,5 horas de duración, con una periodicidad semanal, con períodos de seguimiento de al menos 12 meses, con dos terapeutas de sexo distinto y con un formato grupal de 4 a 8 pacientes (Salaberría y Echeburúa, 2003).

Sin embargo, la modalidad grupal puede resultar muy amenazante para algunos pacientes, quizá para aquellos que padecen el trastorno de personalidad por evitación (Scholing y Emmelkamp, 1999). Por ello, es preferible en estos casos utilizar el tratamiento individual. De hecho, en las investigaciones donde se compara la eficacia de los tratamientos individuales o grupales (Wlazlo *et al.*, 1990; Scholing y

Emmelkamp, 1993b), no se aprecian diferencias en la misma en ambas modalidades.

No obstante, la modalidad grupal facilita el trabajo del terapeuta y lo hace menos costoso, generando también una diversidad de situaciones sociales que facilitan las tareas de exposición al paciente. Pero es importante fomentar la participación activa de *todos* los pacientes en *todas* las sesiones para impedir la adopción de conductas escapistas más o menos encubiertas (por ejemplo, responder con monosílabos, abreviar las explicaciones, etc.).

Respecto al orden de los componentes de la terapia, según Scholing y Emmelkamp (1993b), la aplicación de la reestructuración cognitiva antes de la exposición puede ser más adecuada que la presentación combinada de ambas técnicas o la presentación inversa. En este mismo sentido, en el estudio reciente de Cottraux *et al.* (2000), se aplicó la reestructuración cognitiva individual antes del entrenamiento en habilidades sociales de forma grupal con resultados positivos. No obstante, los cambios sólo se apreciaron después de introducir el componente conductual del tratamiento (y no tras la primera fase con la terapia cognitiva).

Los manuales de autoayuda, como el de Butler (1985), pueden constituir un complemento en el tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social, especialmente en pacientes motivados y con un cierto nivel cultural. Estos manuales pueden facilitar las tareas de exposición, contribuir a disipar creencias irracionales y, en último término, dotar al paciente de una mayor seguridad en sí mismo. Sin embargo, el apoyo empírico a estos manuales es aún escaso. En concreto, en lo referido a la fobia social, según la investigación de Salaberría y Echeburúa (1995, 1998a), el manual no ha potenciado el efecto del tratamiento psicológico propiamente dicho (exposición y reestructuración cognitiva). Por el contrario, en un estudio reciente (Gruber, Moran, Roth y Taylor, 2001), llevado a cabo en un formato grupal, se compararon la exposición combinada con la reestructuración cognitiva por medio de un manual por ordenador (8 sesiones), esta misma modalidad sin manual pero con más sesiones (12 sesiones) y un grupo de lista de espera. Los resultados de ambos grupos terapéuticos fueron mejores que el grupo de control, pero similares entre ellos. Desde un enfoque de costes y beneficios, una conclusión de interés es que un tratamiento más breve con ayuda del ordenador obtiene resultados similares a una terapia más prolongada con un terapeuta. Como se puede ver, los resultados de los diferentes estudios no son concluyentes.

Por último, las guías clínicas existentes (véase el *anexo*) tienden a facilitar la labor terapéutica (Bados, 1994, 2001; Botella, Baños y Perpiñá, 2003; Echeburúa, 1995; Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 2000; Pastor y Sevillá, 2000), pero no son válidas por sí solas. En ellas se describen los instrumentos de evaluación, el formato de la terapia y el contenido del tratamiento. No obstante, las guías deben adaptarse a las características específicas de cada paciente y al diseño de un programa terapéutico (conductas-objetivo, formato de la terapia, etc.) *a la medida*.

Referencias

- Baños, R., Botella, C. y Quero, S. (2000). Efectos del entrenamiento en focalización atencional en la fobia social: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 441-463.
- Botella, C., Baños, R. y Perpiñá, C. (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Butler, G. (1985). *Manual de manejo de la ansiedad*. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q. y Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 221-240.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., y Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 585-598.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Jalenques, I., Guerin, J. y Couder, A.J. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 137-146.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. C., George, L. K. y Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Dingemans, A. E., Van Vliet, I. M., Couvee, J. y Westenberg, H. G. (2001). Characteristics of patients with social phobia and their treatment in specialized clinics for anxiety disorders in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 65, 123-129.
- Donohue, B. C., Van Hasselt, V. B. y Hersen, M. (1994). Behavioral assessment and treatment of social phobia. *Behavior Modification*, 18, 262-288.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Edelman, R. E. y Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 33, 573-577.
- Egelko, S. y Galanter, M. (1998). Impact of social anxiety in a «therapeutic community»-oriented cocaine treatment clinic. *American Journal of Addictions*, 7, 136-141.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. y Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40, 19-35.
- Fahlen, T. (1995). Personality traits in social phobia: II. Changes during drug treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 569-573.
- Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renneberg, B. y Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, 10, 174-184.
- García, A. y Botella, C. (2003). The effects of dropping in situation safety behaviors in the treatment of social phobia. *Behavioral Interventions*, 18, 23-33.
- Gruber, K., Moran, P. J., Roth, W. T. y Taylor, C. B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 32, 155-165.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S. y Becker, R. E. (1990). DSM-III subtypes of social phobia. Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.

- Johnson, M. R. y Lydiard, R. B. (1995). Personality disorders in social phobia. *Psychiatric Annals*, 25, 554-563.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O. y Holt, L. S. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21, 403-410.
- Labrador, F. J., Rosillo, M. y Cantero, G. (2001). Evaluación y tratamiento de un trastorno depresivo con ansiedad social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 231-276.
- Laguna, L. B., Hope, D. A. y Herbert, J. D. (1994). *Homework compliance and improvement in cognitive-behavioural group therapy with social phobics*. Paper presented at the Annual meeting of the anxiety disorders association of America, Santa Monica, CA.
- Leung, A. W. y Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 423-432.
- Leveni, Piacentini y Campana (2002). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment of social phobia. A description of the results obtained in a public mental health service. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11, 127-133.
- Lucock, M. y Salkovskis, P. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behavior Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Lundh, L. G. y Öst, L. G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive behavior therapy. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 30, 4-16.
- Manuzza, S., Schneier, M. D., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. y Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Massion, A., Dyck, I., Shea, M., Phillips, K., Warshaw, M. y Keller, M. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder. *Archives, of General Psychiatry*, 59, 434-440.
- 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.
- Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Mersch, P. P., Hildebrand, M., Levy, E. H. y Wessel, I. (1992). Somatic symptoms in social phobia: a treatment method based on rational emotive therapy and paradoxical interventions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 199-211.
- Mersch, P. P., Jansen, M. A. y Arntz, A. (1995). Social phobia and personality disorder: severity of complaint and treatment effectiveness. *Journal of Personality Disorders*, 9, 143-159.
- Moreno, P., Méndez, X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12, 346-352.
- Morgan, H. y Raffle, C. (1999). Does reducing safety behaviors improve treatment response in patients with social phobia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 503-510.
- Oosterbaan, D. B., Van Balkom, A., Spinhoven, P., de Meij, T. y Van Dick, R. (2002). The influence on treatment gain of comorbid avoidant personality disorder in patients with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 41-43.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McARDle, E. T., Rosenbaum, J. F. y Heimberg, R. G. (2000). A comparison of efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.

- Rapee, R. y Hayman, K. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 315-322.
- Ruiperez, M. A., García-Palacios, A. y Botella, C. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psicothema*, 14, 426-433.
- Safran, S. A., Heimberg, R. y Juster, H. R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pre-treatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 694-698.
- Salaberría, K., Borda, M., Amor, P. J. y Echeburúa, E. (2000). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 27-45.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1996). Variables predictoras de abandonos y fracasos en el tratamiento de la fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 387-407.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998a). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 151-179.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998b). Fobia social. En M. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta*. Vol. 1. Madrid: Dykinson.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (2003). Fobia social. En M. Pérez y J.R. Fernández Hermida (dirs.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Salaberría, K., Páez, D. y Echeburúa, E. (1996). Evaluación de la validez del cambio inducido por los tratamientos psicológicos: una propuesta metodológica aplicada a la fobia social. *Boletín de Psicología*, 52, 71-96.
- Schelenker, B. R. y Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualisation and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1993a). Cognitive-behavioural treatment of fear blushing, trembling and sweating. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 155-170.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1996a). Treatment of fear blushing, sweating or trembling. *Behavior Modification*, 20, 338-356.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1999). Prediction of treatment outcome in social phobia: a cross-validation. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 659-670.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J. y Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes and severity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Stravynski, A., Marks, I. y Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive- behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Timms, M. W. H. (1980). Treatment of chronic blushing by paradoxical intention. *Behavioral Psychotherapy*, 8, 59-61.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1990). Social phobia: relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 297-305.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Wolff, P. L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: the index of social phobia improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 471-476.

- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A., Clark, D., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackman, A. y Gelder, M. (1995). Social phobia: the role of in-situations safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wlazlo, Z., Schroeder Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G. y Munchan, 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.
- Woody, S. R. y Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 33, 5-27.

ANEXO: GUÍAS CLÍNICAS DISPONIBLES EN ESPAÑOL

- Bados, A. (1994). *Hablar en público. Guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (dirs.) (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Heimberg, R., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. (2000). *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pastor, C. y Sevilla, J. (2000). *Tratamiento psicológico de la fobia social. Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Centro de Terapia de Conducta.