

REPERCUSIÓN DE LA EXPOSICIÓN Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA SOBRE LA FOBIA SOCIAL

CÉSAR J. ANTONA¹

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

y

LUIS JOAQUÍN GARCÍA-LÓPEZ²

Universidad de Granada, España.

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the effects of the exposure and cognitive therapy on symptoms of psychopathology of 85 social phobia patients. The participants were randomly assigned to the following experimental conditions: a) the combination of exposure and cognitive restructuring (*10 sessions*); b) exposure (*5 sessions*) followed by cognitive restructuring (*5 sessions*) and c) a control group that after three months received cognitive restructuring (*5 sessions*) followed by exposure (*5 sessions*). Results indicate full remission of the psychopathology levels associated to the presence of social phobia, as well as in higher levels of self-esteem and assertiveness, not existing significant differences between the treatments used.

Key words: Social phobia, treatment, psychopathology, self esteem, assertiveness.

¹ Correspondencia: CÉSAR J. ANTONA, Área Conductual, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. C/ EDUARDO AGUIRRE PEQUEÑO, s/n. 64460 Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León (México). Correo electrónico: cantona@fap.uanl.mx. Teléfono: 83483866. Fax: 83338222.

Nota: este estudio ha sido realizado gracias a la concesión de una beca predoctoral de investigación del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte al primer autor del artículo (Convocatoria de 2000, B. O. E., 21/11/00).

RESUMEN

El objetivo de esta investigación consistió en conocer la eficacia y repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva en variables de síntomas psicopatológicos en 85 fóbicos sociales. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a las siguientes modalidades experimentales: a) exposición y reestructuración cognitiva empleados de forma conjunta (*10 sesiones*); b) exposición (*5 sesiones*) seguida de reestructuración cognitiva (*5 sesiones*) y c) grupo control que después de 3 meses recibió reestructuración cognitiva (*5 sesiones*) seguida de exposición (*5 sesiones*). Los resultados indican un beneficio global tanto en la remisión de la sintomatología psicopatológica asociada a la fobia social, como en el aumento de la autoestima y asertividad no existiendo diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento contempladas.

Palabras clave: fobia social, tratamiento, psicopatología, autoestima, asertividad.

INTRODUCCIÓN

La fobia social o trastorno de ansiedad social (APA, 2000) es un trastorno de ansiedad altamente incapacitante y que puede mermar gravemente la realización personal de quien la sufre. A pesar de que es un trastorno frecuentemente infradiagnosticado (Kasper, 2006), presenta tasas de prevalencia que oscilan entre el 2 y el 13% (Kessler *et al.*, 1994), y una alta comorbilidad con otros trastornos, generalmente precediendo la instauración de éstos (Rosa, Sánchez, Olivares & Inglés, 2002). El creciente interés que ha suscitado su estudio desde los años 80 ha derivado en la creación de numerosos paquetes de tratamiento psicológicos y farmacológicos (Liebowitz & Marshall, 2000; Méndez, Sánchez & Moreno 2001; Rey, Aldana & Hernández, 2006), que han empleado distintos componentes y formatos.

Entre los componentes psicológicos más empleados se encuentran la exposición y la reestructuración cognitiva. Ambos presentan una base teórica bien establecida, basándose respectivamente en la habituación de los síntomas de activación y extinción de las respuestas de ansiedad (Pérez-Acosta, 2005), y en la modificación de la forma y/o el contenido de las cogniciones (Luterek, Eng & Heimberg, 2003). Revisiones

como las de Heimberg y Juster (2000) y Mattick, Page y Lampe (1995) evidencian los resultados positivos de la exposición y la reestructuración cognitiva. En la medida en la que las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva actúasen sobre distintos aspectos, teóricamente su combinación integrada proporcionaría el beneficio de ambas (Echeburúa, 1995; Heimberg *et al.*, 1990; Heimberg & Juster, 2000).

Así, distintos autores han hallado que la reestructuración cognitiva ha fortalecido el empleo de la exposición (Heimberg *et al.*, 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters & Clarke, 1989), si bien, otros concluyen que la reestructuración cognitiva no potencia a la exposición (Hofmann, 2004; Mersch, 1995; Salaberría & Echeburúa, 1995, 1998; Scholing & Emmelkamp, 1993a, 1993b; Taylor *et al.*, 1997).

Rosa y cols., (2002) han observado “claros resultados de eficacia, en general, de los tratamientos conductuales y farmacológicos tanto en los síntomas propios de la fobia social como en otros síntomas colaterales que suelen presentar los pacientes fóbicos, tales como depresión, ansiedad, inadaptación, autoestima y asertividad” (p. 769). Por otra parte, Piqueras y cols., (2004) sugieren investigar el efecto sobre estas variables analizando muestras más amplias, cono-

ciendo la eficacia diferencial de los componentes y contando con datos de seguimientos a largo plazo.

En este estudio tratamos de aportar datos sobre la eficacia de la exposición, la reestructuración cognitiva y sus posibles efectos aditivos (fundamentalmente en relación con el hecho de conocer si el componente cognitivo potencia al de exposición) sobre síntomas o constructos relacionados con la fobia social. Para ello analizamos la repercusión del empleo de los componentes psicológicos exposición y reestructuración cognitiva empleados en solitario (tras cinco sesiones) y en función de distintas combinaciones (tras diez sesiones) sobre variables de síntomas psicopatológicos asociados a la fobia social (depresión, inadaptación y síntomas fisiológicos) y sobre autoestima y asertividad, evaluadas a través de instrumentos validados y ampliamente utilizados en jóvenes adultos con diagnóstico de fobia social.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por estudiantes universitarios que cumplieron los siguientes requisitos de participación en el estudio: (a) presentar una puntuación igual o mayor a 19 en la escala de “Miedo a la Evaluación Negativa” (Fear of Negative Evaluation; FNE, Watson & Friend, 1969) y una puntuación igual o mayor a 12 en la escala de “Ansiedad y Evitación Social” (Social Avoidance and Distress; SAD, Watson & Friend, 1969) o tener una puntuación de 40 puntos entre las dos escalas (requisito que se utilizó como tamizado y selección de los participantes); los puntos de corte empleados son similares a los obtenidos en otros estudios en los que se contó con fóbicos sociales y pueden consultarse en Antona y cols. (2006); (b) cumplir los criterios referidos a la fobia social según el ADIS-IV (DiNardo, Brown & Barlow, 1994); (c) que los temores sociales representaran su

queja más relevante y (d) no estar recibiendo tratamiento farmacológico ni psicológico.

La selección, tratamiento y seguimientos de los participantes abarcó desde octubre de 2002 hasta marzo de 2005. Un total de 1295 alumnos participaron en el proceso de tamizado, siendo evaluados mediante la administración colectiva del FNE (Watson & Friend, 1969) y del SAD (Watson & Friend, 1969). De éstos, 127 (9,80%) presentaban puntuaciones iguales o superiores a los puntos de corte. Un total de 116 participantes acudieron a la entrevista y 90 (6,94%) cumplieron los criterios diagnósticos de fobia social (APA, 2000). La exclusión de los otros 26 participantes entrevistados únicamente se debió al no cumplimiento de los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) para la fobia social. Siete de los participantes diagnosticados no acudieron a la evaluación pretratamiento y no comenzaron los tratamientos. Dos participantes más conocieron la existencia de los grupos de tratamiento una vez finalizado el proceso de tamizado descrito. Dado que cumplieron con los criterios exigidos, fueron incluidos en el estudio. La muestra final estuvo constituida por 85 participantes. Su edad media fue de 19,5 años (2,18; rango 17-31), 69 (81,2%) eran mujeres y 16 (18,8%) varones; el subtipo generalizado lo presentaban 64 participantes (75,3%) y el específico 21 (24,7%); el estado civil mayoritario era de solteros (96,5%).

Instrumentos de evaluación

Para seleccionar los participantes empleamos el FNE (Watson & Friend, 1969) y el SAD (Watson & Friend, 1969); la primera evalúa el componente cognitivo de la ansiedad social y la segunda el malestar fisiológico y la evitación de la misma. Estas escalas han demostrado buenas propiedades psicométricas en población adolescente y adulta de lengua española (García-López *et al.*, 2001) y son ampliamente empleadas para evaluar ansiedad social (Zubeidat, Fernández & Sierra, 2006).

La entrevista clínica ADIS-IV (DiNardo *et al.*, 1994) se utilizó para establecer el diagnósti-

co de fobia social según los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000). Este instrumento presenta una fiabilidad interjueces adecuada $k = 0,64$ (DiNardo, Brown, Lawton & Barlow, 1995).

Evaluación de síntomas psicopatológicos: El “Inventario de Depresión de Beck” (Beck Depression Inventory; BDI, Beck *et al.*, 1961), compuesto por 21 ítems según una escala tipo Likert (de 0 a 3), identifica tanto los síntomas depresivos como su gravedad. Su consistencia interna es de 0,83 y su punto de corte de 18. Ruipérez, García-Palacios y Botella (2002) indican que en el pretratamiento, los fóbicos sociales con el subtipo generalizado presentaron una puntuación de 16,77 (8,85), siendo la del no generalizado de 7,81 (5,34). En el postratamiento las medias se redujeron a 9,23 (9,03) y a 4,63 (3,17) respectivamente.

El “Listado de síntomas” (Symptoms Checklist; SCL-90-R, Derogatis, 1977) del que empleamos las subescalas de somatización y ansiedad de forma conjunta (22 ítems; rango 0-88) y en la que se pregunta por la frecuencia con la que distintos problemas, fundamentalmente síntomas fisiológicos, han molestado durante la última semana.

La “Escala de inadaptación” (EI; Echeburúa & Corral, 1987) evalúa el grado en el que el trastorno afecta al trabajo y/o estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida fami-

liar y el grado de inadaptación global. Consta de 6 ítems y las respuestas puntuán la perturbación desde el 1 (nada) hasta el 6 (muchísimo).

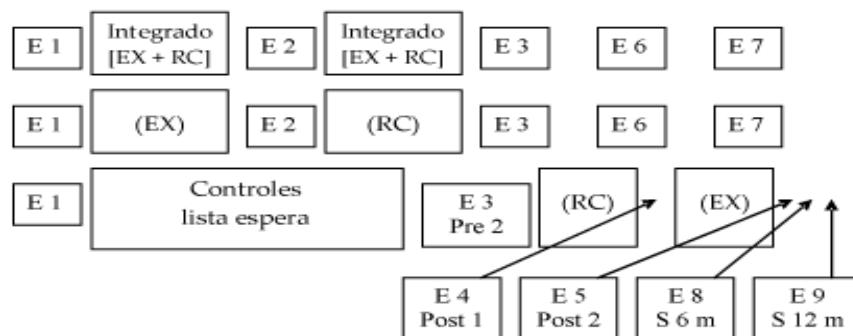
Evaluación de la autoestima y asertividad:

La escala de “autoestima” (SASI; Rosenberg, 1965) está formada por 10 ítems, (rango 0-40). Las puntuaciones por debajo de 22 puntos en esta escala pueden indicar problemas de autoestima. La fiabilidad test-retest a las dos semanas es de 0,85 y su coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,92.

La escala de “asertividad” (RAS; Rathus, 1973) evalúa la capacidad para defender los derechos de cada individuo; consta de 30 ítems, con un total de 6 opciones de respuesta (desde el -3 al +3, sin incluir el cero). El coeficiente alfa de consistencia interna oscila entre el 0,73 y el 0,86.

Procedimiento

Consistió en un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas (Figura 1). Un factor lo constituye el tratamiento, en el cual se llevaron a cabo medidas independientes; otro factor lo constituye la evaluación, donde se efectuaron medidas múltiples y repetidas (pretratamientos 1 y 2, postratamientos 1 y 2 y seguimientos a los 6 y 12 meses). La asignación de los participantes a los distintos grupos fue aleatoria.



S: Seguimiento; E: Evaluación; [EX + RC]: Exposición y Reestructuración Cognitiva combinados;
EX: Exposición; RC: Reestructuración Cognitiva

Figura 1. Diseño experimental

Tratamientos empleados

Las modalidades terapéuticas empleadas se construyeron a partir del tratamiento de la fobia social desarrollado por Heimberg *et al.* (1990) y adaptado por Echeburúa (1995). Los tratamientos fueron los siguientes: a) [EX + RC], componentes de exposición y reestructuración cognitiva combinados en la misma sesión (a lo largo de 10 sesiones); b) (EX) – (RC), bloque de exposición (5 sesiones) seguido de bloque de reestructuración cognitiva (5 sesiones) y c) (RC) – (EX), bloque de reestructuración cognitiva (5 sesiones) seguido de bloque de exposición (5 sesiones); este último tratamiento fue asignado al grupo control lista de espera de tres meses.

A partir de los trabajos de Mattick *et al.* (1989), Mattick y Peters (1988), Salaberría y Echeburúa (1995) y Scholing y Emmelkamp (1993a, 1993b) tratamos de garantizar la integridad de los componentes empleados, eliminando cualquier referencia de un componente al otro en los tratamientos de bloques. Como estrategias adicionales entregamos y comentamos el “Resumen de los componentes de las

habilidades sociales” (Caballo, 1991) en la primera sesión y llevamos a cabo un entrenamiento en respiración diafragmática durante diez minutos (sesiones 1, 2 y 3). Los tratamientos se llevaron a cabo en grupo, contaron con una periodicidad semanal (dos horas cada sesión) y el programa se desarrolló a lo largo de dos meses y medio. El terapeuta fue un estudiante de doctorado.

RESULTADOS

Los puntos de corte fueron de 23,92 (3,36) en el FNE y de 17,45 (4,52) en el SAD. Las puntuaciones de la muestra en el pretratamiento fueron de 11,67 (8,32) en el BDI, de 20,67 (12,88) en el SCL-90-R, de 18,00 (6,29) en la EI, de 26,25 (3,89) en la SASI y -21,16 (18,79) en la RAS. La distribución de la muestra se ajustaba a la curva normal (Kolmogorov-Smirnoff) en todas las variables, excepto en el BDI ($p < 0,05$). Los tres grupos fueron homogéneos en el pretratamiento en estas variables. El tamaño de la muestra evolucionó del siguiente modo en las distintas fases del estudio (Tabla 1).

TABLA 1

Tamaño de la muestra (2002-05).

	Pre 1	Pre 2	Post 1	Post 2	S. 6 meses	S. 12 meses
[EX + RC]	31	—	27	26	20 (-6)	15 (-5)
(EX) – (RC)	23	—	22 (-1)	22	21(-1)	10 (-11)
Grupo control;						
(RC) – (EX)	31	24 (-7)	22	22	14 (-8)	8 (-6)
TOTAL	85	24 (-7)	71 (-1)	70	55 (-15)	33 (-22)

Entre paréntesis: número de participantes que abandonaron en ese momento.

S: Seguimiento; [EX + RC]: Exposición y Reestructuración Cognitiva combinados; (EX) – (RC): Exposición seguido de Reestructuración Cognitiva; (RC) – (EX): Reestructuración Cognitiva seguido de Exposición.

A la finalización de los tratamientos se registró un 17,64% de rechazos pasivos y abandonos. La adherencia a los tratamientos disminuyó notablemente en los seguimientos (21,42% en el seguimiento a los 6 meses respecto al postratamiento 2 y 40% en el seguimiento a los 12 meses respecto al seguimiento a los 6 meses). Únicamente existieron diferencias significativas en función de la tasa de abandonos en el seguimiento a los 6 meses (menor número de abandonos en la modalidad (EX) – (RC) en relación con las otras dos).

Mediante ANOVAS mixtos analizamos si existían diferencias significativas entre los grupos en función de su evolución en distintos momentos: a) evolución de los tratamientos experimentales [EX + RC] y (EX) - (RC) respecto al grupo control desde la evaluación pretratamiento hasta la efectuada a los tres meses (evaluación postratamiento 2 en el caso de los dos grupos que recibieron tratamiento y evaluación pretratamiento 2 en el caso del grupo control); b) evolución de los tratamientos experimentales [EX + RC], (EX) - (RC) y (RC) – (EX) desde el pretratamiento hasta el postratamiento 2; c) evolución del seguimiento a los 6 meses respecto al postratamiento 2 y del seguimiento a los 12 meses respecto al seguimiento a los 6 meses en los tres grupos.

De las evoluciones anteriormente mencionadas, únicamente existieron diferencias significativas en la evolución que experimentaron los dos primeros tratamientos y el grupo control desde la evaluación pretratamiento hasta la evaluación a los tres meses (apartado a); dichas diferencias se produjeron en las siguientes escalas: BDI ($F(2,69) = 5,07$; $p < 0,05$), EI ($F(2,69) = 10,90$; $p < 0,05$), SASI ($F(2,69) = 8,01$; $p < 0,05$) y RAS

($F(2,69) = 15,52$; $p < 0,05$). No existieron diferencias significativas en la evolución de los grupos en el resto de los momentos contemplados (apartados b y c). La superioridad de los grupos terapéuticos [EX + RC] y (EX) - (RC) respecto al grupo control fue estadísticamente significativa y se evidenció en todas estas escalas ($p < 0,05$) excepto en el BDI, donde únicamente el grupo [EX + RC] no evidenció diferencias significativas con el grupo control.

Para conocer la eficacia de los tratamientos en los que sí existieron diferencias significativas respecto al grupo control lista de espera en las distintas escalas (todos excepto los tratamientos [EX + RC] y (EX) – (RC) en el SCL-90-R y el tratamiento [EX + RC] en el BDI), efectuamos ANOVAS de medidas repetidas (comparaciones intragrupo) en los momentos de evaluación pretratamiento 1, postratamiento 1 y postratamiento 2 ($p < 0,05$); asimismo, la eficacia de la tercera modalidad experimental, (RC) – (EX), se contrastó por la inexistencia de diferencias significativas entre las puntuaciones pretratamiento 1 y 2 en la práctica totalidad de las escalas (excepto en la EI, en la que se evidenció un ligero empeoramiento; $t = -3,576$; $p < 0,05$), así como por la eficacia encontrada en los momentos de evaluación postratamiento 1 y postratamiento 2 respecto a las evaluaciones pretratamiento 1 y pretratamiento 2 ($p = 0,05$). Como se puede observar, se constató una gran mejoría en la práctica totalidad de momentos de evaluación en los grupos analizados (Tabla 2).

El segundo bloque aportó gran eficacia al primer bloque en las variables evaluadas. Como se puede observar en la Tabla 3, no existieron diferencias significativas entre los grupos en los principales momentos de evaluación.

TABLA 2

Diferencias significativas entre distintos momentos.

	[EX + RC]	(EX) – (RC)	(RC) – (EX)
BDI	—	Pre 1 ** > Post 1 y Post 2 Post 2 ; Post 1 ** >	Pre 1 Y Pre 2 * > Post 1 ; Pre 1 Y Pre 2 *** > Post 2 ; Post 1 ** > Post 2
SCL-90-R	—	—	Pre 1 ** > Post 2; Pre 2 y Post 1 * > Post 2
EI	Pre 1 y Post 1 *** > Post 2	Pre 1 ** > Post 1 y Post 2	Pre 2 ** > Post 1; Pre 1, Pre 2 y Post 1 * > Post 2
SASI	Pre 1 * < Post 1; Pre 1 *** < Post 2 ;	Pre 1 * < Post 2; Post 1 ** < Post 2	Pre 1 Y Pre 2 * < Post 1; Pre 1 ** < Post 2; Pre 2 *** < Post 2 ; Post 1 * < Post 2
RAS	Pre 1 ** < Post 1; Pre 1 Y Post 1 *** < Post 2	Pre 1 ** < Post 2; Post 1 *** < Post 2	Pre 2 * < Post 1; Pre 1 Y Pre 2 *** < Post 2

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

Sólo se indica superioridad estadísticamente significativa entre momentos.

[EX + RC]: Exposición y Reestructuración Cognitiva combinados; (EX) – (RC): Exposición seguida de Reestructuración Cognitiva; (RC) – (EX): Reestructuración Cognitiva seguida de Exposición; BDI: Inventario de depresión de Beck; SCL-90-R: Listado de síntomas; EI: Escala de Inadaptación; SASI: Escala de Autoestima; RAS: Escala de Asertividad.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman la eficacia de los componentes de exposición y de reestructuración cognitiva tanto aplicados por separado como en función de sus distintas combinaciones, no sólo en constructos específicos de la fobia social (Antona y cols., 2006), sino en la reducción de síntomas psicopatológicos asociados a la misma (fundamentalmente síntomas depresivos), en la interferencia que las respuestas de ansiedad social ocasionan en la vida de los pacientes y en el aumento de la autoestima y asertividad. Estos resultados son congruentes con los hallados por otros autores en jóvenes adultos (García-López y cols., 2006; Olivares & García-López, 2002) y adultos (Clark *et al.*, 2006; Fedoroff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Gould *et al.*, 1997; Méndez y cols., 2001; Moreno, Méndez & Sánchez, 2000;

Rosa y cols., 2002; Salaberría & Echeburúa, 1995, 1998; Scholing & Emmelkamp, 1993a, 1993b). Los resultados también revelaron una clara reducción de los niveles psicopatológicos de los participantes y un marcado aumento de las puntuaciones de autoestima y asertividad tras el tratamiento, en comparación con el grupo control. Concretamente, en las escalas EI, SASI y RAS, las tres modalidades fueron significativamente eficaces en relación con el grupo control. Las dos modalidades formadas por bloques de un único componente evidenciaron diferencias significativas en cuanto a la remisión de la sintomatología depresiva en relación con sus respectivas formas de control, no siendo así en el caso de la modalidad que empleó los componentes de forma combinada en cada sesión. En cuanto a la reducción de los síntomas fisiológicos, la modalidad (RC) – (EX) fue la única que manifestó diferencias significativas respecto a su grupo control. Olivares y

cols., (2005) observaron una mejoría significativa del grupo tratado frente al control en el postratamiento en la asertividad e inadaptación, mientras la autoestima, si bien aumentó más que en

el grupo control, no alcanzó significación clínica. Clark *et al.* (2006) registraron mejorías similares en medidas de fobia social, humor y depresión en relación con un grupo de lista de espera.

TABLA 3

Medias, desviaciones típicas y valores de F de los grupos en distintos momentos de evaluación.

Escalas	Evaluación	[EX + RC] M (DT)	(EX) – (RC) M (DT)	(RC) – (EX) M (DT)	F
BDI (0-63)	Pre 1	10,38 (7,88)	12,86 (9,43)	12,08 (7,97)	0,64
	Post 2	5,98 (5,70)	7,79 (7,70)	6,90 (6,58)	0,44
	S12 meses	7,35 (6,70)	5,80 (4,26)	6,43 (4,13)	0,24
SCL-90R (0-88)	Pre 1	20,06 (11,86)	22,48 (15,10)	19,94 (12,40)	0,30
	Post 2	15,88 (13,01)	18,68 (15,87)	15,73 (12,64)	0,32
	S12 meses	17,36 (11,77)	17,20 (6,81)	21,75 (10,51)	0,57
EI (6-36)	Pre 1	17,68 (6,22)	18,17 (6,47)	18,19 (6,42)	0,06
	Post 2	13,27 (6,11)	14,00 (6,04)	14,67 (4,67)	0,35
	S12 meses	14,21 (5,43)	13,70 (5,10)	18,00 (5,45)	1,71
SASI (10-40)	Pre 1	26,00 (2,97)	26,57 (5,06)	26,26 (3,82)	0,13
	Post 2	29,12 (4,15)	28,91 (4,50)	28,86 (3,58)	*0,02
	S12 meses	29,50 (3,20)	27,70 (3,30)	27,38 (2,72)	1,54
RAS (-90/+90)	Pre 1	-19,90 (18,63)	-18,63 (19,00)	-24,06 (19,05)	0,59
	Post 2	-1,12 (17,07)	-7,77 (14,47)	-8,57 (14,67)	1,67
	S12 meses	-6,43 (13,63)	-6,00 (12,40)	-18,00 (10,21)	2,65

* p < 0,05

[EX+RC]: Exposición y Reestructuración Cognitiva combinados; (EX)–(RC): Exposición seguida de Reestructuración Cognitiva; (RC)–(EX): Reestructuración Cognitiva seguida de Exposición; M: Media; DT: Desviación Típica; BDI: Inventory de depresión de Beck; SCL-90-R: Listado de síntomas; EI: Escala de Inadaptación; SASI: Escala de Autoestima; RAS: Escala de Asertividad; S: Seguimiento.

Hasta la finalización de los tratamientos, éstos fueron globalmente eficaces en la reducción de los síntomas psicopatológicos y claramente eficaces al potenciar la autoestima y asertividad. Los tres tratamientos fueron globalmente eficaces a las 5 y 10 sesiones, existiendo mejoría entre la sesión 10 y la 5. Dicha mejoría podría estar más vinculada con la duración del tratamiento que con la composición específica del segundo de los bloques. Los cambios en los distintos constructos acontecieron conforme se fueron estableciendo los trata-

mientos, resultados congruentes con los hallados por Salaberría y Echeburúa (1995).

Al comparar la evolución de los tres tratamientos entre sí se evidenció que éstos evolucionaron sin que existiesen diferencias significativas en las distintas escalas; por un lado, ni la reestructuración cognitiva fortaleció significativamente el empleo de la exposición (*postratamiento 1*), ni la exposición fortaleció significativamente el empleo de la reestructuración cognitiva (*postratamiento 1*), ni existieron diferencias sig-

nificativas entre estos dos componentes empleados en solitario (*postratamiento 1*); por otro lado, tampoco existieron diferencias significativas a las 10 sesiones (*postratamiento 2*), en función de las distintas combinaciones de estos componentes.

En el meta-análisis efectuado por Rosa y cols. (2002), se observaron tamaños del efecto de magnitudes media y alta en los postratamientos y seguimientos tanto en medidas de síntomas psicopatológicos asociados a la fobia social (inadaptación y depresión), como en otros constructos relacionados (autoestima y asertividad), resultados similares a los hallados por Feske y Chambless (1995). Nuestros datos indican que no existieron diferencias significativas en la evolución de las tres modalidades terapéuticas en los seguimientos en ninguna escala; la eficacia globalmente se mantuvo, siendo estos datos congruentes con los dos meta-análisis mencionados. Apenas existieron diferencias significativas entre los tres tratamientos en cuanto a la tasa de abandonos. El dato de rechazos pasivos y abandonos en el postratamiento (17,64%) concuerda con los hallados en otros estudios (Salaberría & Echeburúa, 1995; Scholing & Emmelkamp, 1993a, 1993b).

Los componentes empleados gozan de una base teórica bien establecida: la exposición se fundamenta en la habituación y extinción de las respuestas de ansiedad y la reestructuración cognitiva implica cuestionar creencias irrationales y percibir las situaciones sociales de un modo más preciso. Asimismo, es comúnmente aceptado que la exposición a los estímulos temidos sin necesidad de emplear el componente cognitivo de forma explícita puede generar un tipo de reestructuración cognitiva. En resumen, los participantes que finalizaron los protocolos de tratamiento redujeron significativamente sus síntomas depresivos y fisiológicos relacionados con la ansiedad y mejoraron en aspectos relacionados con su vida social y familiar, tiempo libre, adaptación global, autoestima y asertividad.

Finalmente, a pesar de que se trató de garantizar la integridad de los distintos tratamientos, existieron elementos comunes en todos ellos que podrían explicar los resultados obtenidos. Así, en los tratamientos grupales en torno a las dos horas de duración puede existir un componente implícito de exposición al terapeuta y demás miembros del grupo aunque se elimine explícitamente cualquier referencia a los programas de exposición (Moreno y cols., 2000); a su vez, en un tratamiento de exposición en un formato grupal, pueden existir consideraciones o apreciaciones sobre las situaciones sociales (por parte del terapeuta y/o de otros miembros del grupo) o instrucciones a seguir en dichas situaciones que faciliten una percepción más adaptativa de las mismas. En segundo lugar, los tres tratamientos fueron eficaces en la reducción del miedo a la evaluación negativa, ansiedad social y evitación social (Antona y cols., 2006). La mejoría en la queja o malestar principal de un paciente probablemente repercute positivamente en otros constructos o síntomas como los evaluados en este estudio. En tercer lugar, existieron mejorías en la medida de asertividad en los tres tratamientos, pero éstas no se debieron a un entrenamiento específico en habilidades sociales, aunque sí existió la entrega del “Resumen de los componentes de las habilidades sociales” (Caballo, 1991). Por otra parte, las características del terapeuta (muy similares a las de la mayoría de los participantes, fundamentalmente en la edad y apariencia) pudieron facilitar un proceso de modelado de las habilidades sociales a través de un aprendizaje observacional. En cuarto lugar, durante las tres primeras sesiones de cada uno de los tratamientos realizamos ejercicios de respiración diafragmática, por la que los patrones de respiración adecuados facilitan una mejor oxigenación y un menor trabajo cardíaco, dificultando, entre otros aspectos, la aparición de la fatiga muscular y las sensaciones de ansiedad (Labrador, De la Puente & Crespo, 1993). En quinto lugar, entre las sesiones semanales se llevaron a cabo tareas para casa congruentes con cada uno de los tratamientos a los que los participantes hubieran sido asignados. A través de estas tareas, los participantes progresivamente adoptaron y adquirieron un afrontamiento activo

(realizando ejercicios cognitivos, exponiéndose o ambas cosas a la vez) que pudo repercutir en la reducción de los síntomas psicopatológicos asociados y en una mayor autoestima y asertividad. Finalmente, el simple hecho de formar parte de los grupos de tratamiento pudo generar ciertos beneficios en los participantes, ya que pudieron sentirse parte de un grupo con unas características similares a las suyas (aspecto que les permitiría relativizar sus miedos, sentirse más apoyados e implicarse en actividades sociales fuera de su ámbito cotidiano).

Los futuros estudios que analicen la eficacia diferencial de éstos u otros componentes sobre constructos relacionados con la fobia social pueden comparar la eficacia de los tratamientos mediante el empleo de formatos individuales, controlar de forma más precisa el tiempo de exposición al terapeuta y demás miembros del grupo, emplear estrategias de evaluación que incluyan información derivada de terceras personas (Olivares-Olivares, Rosa & Olivares-Rodríguez, 2007) y evaluar la presencia de otros trastornos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a edición-texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC.: APA.
- Antona, C. J., García-López, L. J., Yela, J. R., Gómez, M^a. A., Salgado, A., Delgado, C. et al. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*, 14, 183-200.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Caballo, V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 403-443). Madrid: Siglo XXI.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N. et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual-I for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scales*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University School of Medicine.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (Lifetime version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., Lawton, J. K. & Barlow, D. H. (1995, noviembre). *The Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV lifetime version: description and initial evidence for diagnostic reliability*. Comunicación presentada en The Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1987). Escala de inadaptación. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fedoroff, I. C. & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Feske, U. & Chambless, D. L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A metaanalysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. & Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social anxiety scale for adolescents, the fear of negative evaluation scale and the social avoidance distress scale in an adolescent spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-López, L. J., Ruiz, J., Olivares, J., Piqueras, J. A., Rosa, A. I. & Bermejo, R. (2006). Aplicación de un programa de tratamiento multicomponente para adolescentes con ansiedad social en población joven adulta: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 14, 63-73.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 4, 291-306.
- Heimberg, R. G. & Juster, H. R. (2000). Tratamientos cognitivos de conducta: revisión de la literatura. En R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Eds.), *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 253-298). New York: The Guilford Press (Orig. 1995).
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J. & Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.

- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 392-399.
- Kasper, S. (2006). Anxiety disorders: under-diagnosed and insufficiently treated. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 3-9.
- Kessler, R., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Labrador, F. J., De la Puente, M. L. & Crespo, M. (1993). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (397-421). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Liebowitz, M. R. & Marshall, R. D. (2000). Tratamientos farmacológicos: aplicaciones clínicas. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 349-364). Nueva York: Guilford Press (Orig. 1995).
- Luterek, J. L., Eng, W. & Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11, 563-581.
- Mattick, R. P. & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: effect of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Page, A. & Lampe, L. (1995). Cognitive and behavioral aspects. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia: clinical and research perspectives* (pp. 189 - 227). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Mattick, R. P., Peters, L. & Clarke, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Méndez, F. X., Sánchez, J. & Moreno, P. J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio metaanalítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Mersch, P. P. A. (1995). The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research and therapy*, 33, 259-269.
- Moreno, P. J., Méndez, F. X. & Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12, 346-352.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14, 405-409.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Piquerias, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento con adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17(1), 1-8.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa A. I. & Olivares-Rodríguez, J. (2007). Validez social de la intervención en adolescentes con fobia social: padres frente a profesores. *Terapia Psicológica*, 25, 67-71.
- Pérez-Acosta, A. M. (2005). Fundamentos de las terapias de exposición contra las fobias: una propuesta teórica integradora de la conducta de evitación. *Terapia Psicológica*, 23, 25-35.
- Piquerias, J. A., Olivares, J. & Rosa, A. I. (2004). Efectos a corto y medio plazo del tratamiento de una adolescente con fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 131-155.
- Rathus, S. A. (1973). 30-items schedule for assessing assertive behaviour. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rey, C. A., Aldana D. R. & Hernández, S. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Terapia Psicológica*, 24, 191-200.
- Rosa, A. I., Sánchez, J., Olivares, J. & Inglés, C. J. (2002). El tratamiento de la fobia social y su repercusión en variables clínicas y de personalidad: una revisión meta-analítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(121), 749-777.
- Rosenberg, B. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.
- Ruipérez, M. A., García-Palacios, A. & Botella, C. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psicothema*, 14, 426-433.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Salaberría, K. & 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(3), 262-284.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. G. (1993a). Cognitive and behavioral treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 155-170.
- Scholing, A. & 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.

- Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., McLean, P., Paterson, R. J. & Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. *Behavior Modification*, 21, 487-511.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Zubeidat, I., Fernández, A. & Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24, 71-86.

Recepción: Febrero de 2007

Aceptación final: Febrero de 2008