

# Tratamiento en grupo para la fobia social

I. Garrido, B. Farré, S. Díaz, N. Riesco, M. Morales

## Resumen

*El objetivo de este artículo es presentar un programa de tratamiento grupal para la fobia social generalizada. La intervención psicológica es de tipo cognitivo-conductual, consta de 13 sesiones, e incluye exposición interoceptiva, exposición en vivo, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.*

*Para valorar la eficacia del programa se realiza una evaluación pre y post-tratamiento utilizando el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) (Turner et al., 1989), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1982) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1983) como instrumentos de medida.*

*Los resultados obtenidos con una muestra de 7 sujetos muestran diferencias significativas pre y post-tratamiento en la escala de Fobia Social del SPAI. Estos datos son concordantes con las observaciones de otros estudios que comparan la efectividad entre exposición en vivo, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad y cualquier combinación de las anteriores.*

**Palabras clave:** Fobia social. Intervención grupal. Exposición interoceptiva.

## Summary

*This study presents a cognitive behavioural group treatment for generalized social phobia. The group treatment consists of 13 sessions, and includes: exposure in vivo, cognitive therapy, assertive and social skills training.*

*Treatment efficacy was measured using a group design with pretreatment and posttreatment repeated measures. Assessments were carried out using the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) (Turner et al., 1989), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al., 1982) and the Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1983). A sample of seven subjects showed significant improvement on SPAI. Present data confirm previous studies results examining either exposure in vivo, cognitive restructuring, social skills and assertive training or some combination of latter.*

**Key words:** Social phobia. Group treatment. Interoceptive exposure.

---

CAP-Rambla. Hospital Mútua de Terrassa  
Rbla. Egara, 386-388, pl.6ª. Terrassa  
**Correspondencia:** Ignasi Garrido Ribas  
c/ Aribau, 212, 4-3  
08006 Barcelona

## INTRODUCCIÓN

La fobia social se puede considerar un trastorno relativamente reciente, en tanto que es incluido por primera vez en una nosología psiquiátrica con la publicación del DSM-III en 1980. A partir de esta fecha, el interés por la ansiedad social ha ido en aumento. No en vano, la fobia social es un trastorno incapacitante y a la vez frecuente. De hecho, se considera uno de los trastornos de ansiedad más habitualmente observado en la clínica. En las últimas dos décadas han proliferado numerosas líneas de investigación respecto a la fobia social, lo cual ha supuesto un avance espectacular en lo que al tratamiento se refiere, especialmente desde una perspectiva psicológica cognitivo-conductual.

En cuanto a la modalidad de tratamiento, individual o grupal, parece ser que, a pesar de no haber grandes diferencias en cuanto a la eficacia del tratamiento, sí que existe una tendencia favorable al tratamiento grupal. De hecho, existen estudios controlados que comparan las dos modalidades de tratamiento en los que se obtienen mejores resultados con el formato grupal (Scholing y Emmelkamp, 1993; Scholing y Emmelkamp, 1996).

Por otra parte, otro aspecto que ha despertado mucho interés es la eficacia relativa de cada uno de los componentes del tratamiento cognitivo-conductual en la fobia social. Sin lugar a dudas, la investigación ha recaído especialmente sobre la exposición y la reestructuración cognitiva. Todavía hoy es difícil extraer conclusiones claras al respecto debido a que los programas que pretenden aplicar únicamente técnicas cognitivas incluyen en mayor o menor medida alguna técnica de exposición, ya sea a través de ensayos de conducta en sesión o de actividades entre sesiones. Algunos estudios han encontrado una eficacia similar al aplicar exposición por separado o en combinación con reestructuración cognitiva, tanto inmediatamente después del tratamiento como en un seguimiento a largo plazo (Mersch, 1995; Salaberria y Echeburúa, 1998). Sin embargo, otros autores han encontrado una mayor eficacia con la exposición que con la combinación de las dos técnicas (Scholing y Emmelkamp, 1996). Finalmente, existen también

datos a favor de que con la combinación de ambas técnicas se obtienen mejores resultados que con cada una de ellas por separado (Juster y Heimberg, 1995; Taylor et al., 1997).

También han sido objeto de estudio otros componentes como el entrenamiento en habilidades sociales, en técnicas asertivas y en relajación. En general, se considera que, si bien estos componentes complementarios refuerzan los logros conseguidos con la exposición y la reestructuración cognitiva, no son los componentes esenciales del tratamiento. Taylor (1996) realiza un meta-análisis en el que incluye 42 estudios sobre tratamiento psicológico para la fobia social, a partir del cual diferencia los siguientes componentes: exposición, reestructuración cognitiva, exposición con reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, placebo y grupo control con lista de espera. A partir del meta-análisis se observa que todos los componentes del tratamiento, por sí solos, son más eficaces que el grupo control, y tan sólo la combinación de exposición con reestructuración cognitiva obtiene mejores resultados que el grupo placebo.

Diversos autores han desarrollado programas de tratamiento sistemáticos y específicos para la fobia social. Junto con el equipo de Butler y el de Mattick, uno de los pioneros en este campo y con uno de los programas de tratamiento mejor estudiado es Heimberg. Propone una combinación de exposición y reestructuración cognitiva, ésta última basada en la terapia de Beck para la depresión (Heimberg et al., 1990). Por otra parte, Clark (1999) sugiere también un programa en que combina exposición y reestructuración cognitiva, siendo esta última el factor determinante de la eficacia del tratamiento. En cuanto a autores españoles, cabe mencionar el programa propuesto por Echeburúa (1995), autor de la primera monografía sobre fobia social en castellano, publicada en 1993. Este programa incluye, como los anteriores, exposición y reestructuración cognitiva, y añade un módulo de entrenamiento en habilidades sociales. Más recientemente, Bados (2001) propone un programa de tratamiento en el que incluye exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación.

El objetivo de este artículo es presentar un programa de tratamiento grupal que incluye, por la evidencia hallada en su favor, exposición y reestructuración cognitiva, las cuales se utilizan conjuntamente desde el inicio del tratamiento. La exposición se lleva a cabo a partir de ensayos de conducta en las sesiones y de actividades entre sesiones. En este programa incluimos también, apoyados por nuestra positiva experiencia en grupos de tratamiento de trastorno de pánico, la exposición interoceptiva. Además, se parte del supuesto que el modelo cognitivo de la fobia social sería el mismo que el del trastorno de pánico y, por tanto, similar su aplicación terapéutica (Wells, 1997). También Bados (2001) recoge la sugerencia de incluir la exposición interoceptiva en el tratamiento para la fobia social. Por otra parte, el programa que presentamos incluye como técnicas complementarias el entrenamiento en habilidades sociales y algunas técnicas de asertividad para afrontar determinadas situaciones sociales.

Como objetivo secundario pretendemos presentar datos preliminares referentes a la eficacia de este programa de tratamiento. Al ser una muestra claramente reducida, hace difícil el extraer conclusiones generales, pero los resultados obtenidos pueden abrir nuevas vías de investigación.

## MÉTODO

### Muestra

El grupo de tratamiento estaba formado por 8 sujetos (3 mujeres y 5 hombres) cuyo rango de edad se extiende de los 20 a los 36 años. Todos los sujetos habían sido diagnosticados de fobia social, subtipo generalizada, mediante entrevista clínica. En la tabla 1 se recogen los datos demográficos de la muestra.

### Material

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron los siguientes:

- Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) (Turner et al., 1989), consta de dos subescalas: una subescala de fobia social, formada por 32 ítems, y una subescala de agorafobia, con 13

**Tabla 1**  
**Datos demográficos de la muestra (n=7)**

EDAD	MEDIA	DESV. TÍPICA
	24,71	5,44
SEXO	PORCENTAJE	
Hombres	57,1 %	
Mujeres	42,9 %	
ESTADO CIVIL		
Casado	28,6 %	
Soltero	71,4 %	
SIT. LABORAL		
Activo	57,1 %	
Baja	42,9 %	

ítems. Esto permite realizar un diagnóstico diferencial entre la fobia social y la agorafobia, ya que en ambos trastornos está presente la ansiedad social. Los ítems del SPAI abarcan las dimensiones motoras, psicofisiológicas y cognitivas implicadas en la ansiedad social y se puntúan mediante una escala de tipo Likert de 1 a 7 puntos en función de la frecuencia con la que aparece la ansiedad en cada situación. Además, los ítems permiten evaluar las diversas interacciones sociales distinguiendo si éstas se producen ante figuras de autoridad, personas del sexo opuesto, extraños o gente en general.

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1982): consta de dos escalas diferentes que miden ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, mediante una escala de 20 ítems. Cada uno de los ítems es puntuado con una escala de tipo Likert de 0 a 3 puntos. La puntuación directa de cada escala se transforma en centil.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1983): debido a la elevada comorbilidad entre fobia social y depresión, se administró este cuestionario que consta de 21 ítems referentes a síntomas afectivos, somáticos y cognitivos de la depresión. Los ítems se puntúan con una escala de tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta. Esta escala permite clasificar a los sujetos en cuatro niveles: depresión ausente, depresión leve, depresión moderada y depresión grave.

- Cuestionario factorial de personalidad (16 PF-5) (Cattell et al., 1995): este cuestionario se utilizó para estudiar la relación entre rasgos de personali-

dad y diagnóstico de fobia social, así como la posible influencia de éstos en la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 185 ítems que definen los 16 factores principales de Cattell, los cuales conforman las cinco dimensiones globales de la personalidad (Introversión-Extroversión, Ajuste-Ansiedad, Receptividad-Dureza, Dependencia-Independencia y Desinhibición-Autocontrol). Debido al tamaño reducido de la muestra, en este artículo no presentamos datos referentes a este instrumento y consideramos oportuno esperar a tener una muestra más amplia.

Además de los cuestionarios citados también se utilizaron diversos materiales durante las sesiones:

- Versión modificada de la lista de conductas-objetivo de Echeburúa (1995), donde los sujetos deben anotar las diez conductas que desearían mejorar y el grado de dificultad y evitación de dichas conductas.

- Autorregistro donde debían anotar la situación de exposición a realizar entre sesiones, el tiempo de exposición, el nivel de ansiedad al inicio y al final de la exposición, los pensamientos negativos automáticos y las posibles alternativas a dichos pensamientos. Este autorregistro se entregaba a cada sujeto al final de las sesiones.

- Cámara de vídeo y televisión para grabar y visualizar los ensayos de conducta.

- Resumen de los componentes de las habilidades sociales, extraído de Echeburúa (1995), que se entregaba a cada paciente como material de soporte.

### **Procedimiento**

El tratamiento en grupo para la fobia social está compuesto por 13 sesiones, una por semana, de 1 hora y 30 minutos de duración, pensado para 4 a 8 pacientes con 2 terapeutas de distinto sexo.

En las dos primeras sesiones se realizó una evaluación pre-tratamiento administrando los instrumentos de medida citados en el apartado anterior, la presentación de cada uno de los miembros del grupo, la exposición de las normas de funcionamiento y se inició el módulo psicoeducativo en el que se incluyó la conceptualización de la fobia social desde una perspectiva cognitivo-conductual, así como su tratamiento.

A partir de la tercera sesión y hasta el final del tratamiento, la estructura de las sesiones consistió en revisar las actividades realizadas durante la semana, realizar exposición interoceptiva y exposición en vivo mediante ensayos de conducta grabados en vídeo y asignar actividades entre sesiones.

A través de la exposición interoceptiva se pretendió provocar aquellos síntomas psicofisiológicos que presentan las personas con fobia social, como rubor, temblor, sudoración y taquicardia. Diversos autores proponen algunos ejercicios, como realizar posturas corporales de tensión para favorecer el rubor, llevar ropa de abrigo o hacer ejercicio intenso (Bados, 2001), pero fueron desestimados ya que éstos eran demasiado aparatosos. El ejercicio utilizado para provocar los síntomas interoceptivos consistió en centrar la atención en una persona concreta por parte de todos los miembros del grupo durante 30 segundos. El ejercicio se realizaba con cada uno de los sujetos en todas las sesiones. El objetivo no es tanto eliminar los síntomas como disminuir el miedo a manifestar en público dichos síntomas.

A continuación se realizaron los ensayos de conducta con la finalidad de practicar y entrenar conductas apropiadas dentro de un marco terapéutico, cuantas más veces mejor, hasta lograr un nivel adecuado de ejecución. A medida que avanzaba el tratamiento los ensayos de conducta consistieron en realizar diferentes interacciones sociales de dificultad creciente. Hacia el final del tratamiento se incluyeron como ensayos de conducta: hablar en público durante cinco minutos sobre un tema elegido al azar; salir todo el grupo a la calle y realizar un ejercicio de exposición; y por último ensayar conductas para afrontar situaciones específicas para cada sujeto. Cada uno de los ensayos de conducta se grabó en vídeo para poder después visualizar su contenido y obtener un feedback más objetivo de su comportamiento social.

Por último, se asignó a cada paciente actividades entre sesiones basándose en la lista de conductas-objetivo realizada al inicio del tratamiento.

A lo largo de las sesiones se enseñaron también habilidades sociales y técnicas de asertividad cuando se consideraba necesario y se entrenó en reestructuración cognitiva.

En la última sesión se realizó la evaluación post-tratamiento administrando nuevamente el SPAI, el BDI y el STAI-estado.

## RESULTADOS

La evaluación pre-tratamiento la realizaron 7 sujetos, pero dos de ellos abandonaron el grupo a mitad de tratamiento por lo que quedó una muestra de 5 sujetos. Todos ellos asistieron regularmente a las sesiones. El análisis de los resultados pre y post-tratamiento se realizó con la prueba de Wilcoxon, que permite realizar este tipo de comparación en muestras pequeñas. Los resultados muestran diferencias significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento en la subescala de Fobia Social del SPAI ( $Z=-2,02$ ;  $P=0,043$ ) y en la Escala Total del SPAI ( $Z=-2,02$ ;  $P=0,043$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el pre y el post en la subescala de Agorafobia del SPAI ( $Z=-1,46$ ;  $P=0,144$ ). En el STAI-estado ( $Z=-1,49$ ;  $P=0,136$ ) y en el BDI ( $Z=-0,73$ ;  $P=0,465$ ) se observa una tendencia que probablemente con una muestra más amplia se confirmaría la significación. En la tabla 2 pueden

otros autores ya han expresado con anterioridad, es decir, que el tratamiento cognitivo-conductual en grupo para la fobia social es una elección acertada para su abordaje ya que se muestra efectivo para la resolución de problemas relacionados con la ansiedad social. El hecho de que dos sujetos abandonaran el tratamiento puede ser debido a que para este tipo de pacientes el tratamiento en grupo es más aversivo que el tratamiento individual.

La inclusión de la exposición interoceptiva se ha mostrado muy eficaz dentro de la terapia ya que los pacientes han aprendido a soportar mejor los síntomas psicofisiológicos, disminuyendo claramente el nivel de ansiedad a lo largo de las sesiones.

Consideramos también que el uso de técnicas conductuales, tanto ensayos de conducta como tareas de exposición entre sesiones, es fundamental en el tratamiento, ya que proporcionan a medio y largo plazo una mejora significativa de los síntomas del trastorno. En este punto es importante tener en cuenta el uso que se hizo de la cámara de vídeo como elemento de soporte para los ensayos de conducta obteniendo unos resultados muy provechosos de los ejercicios conductuales.

**Tabla 2**  
Medias, desv. típicas y significación de las medidas pre y postratamiento

	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO		PRUEBA WILCOXON	
	MEDIA	D.T.	MEDIA	D.T.	Z	P
SPAIFS	144,05	16,72	90,80	34,28	-2,023	0,043*
SPAIA	26,00	8,80	20,00	9,19	-1,461	0,144
SPAITOT	118,05	19,32	70,80	30,69	-2,023	0,043*
STAI-E	92,20	7,12	68,60	27,59	-1,490	0,136
BDI	23,25	5,44	13,80	9,31	-0,730	0,465

\*  $p<0,05$

SPAIFS: Escala de Fobia Social del SPAI

SPAIA: Escala de Agorafobia del SPAI

SPAITOT: Escala Total del SPAI

STAI-E: Escala de Ansiedad-Estado del STAI

BDI: Puntuación del BDI

verse las medias, desviaciones típicas y significación de estas medidas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados muestran en gran parte lo que

Por otra parte, la duración de las sesiones ha sido uno de los mayores inconvenientes que se han encontrado en este grupo de tratamiento. La escasez de tiempo para poder llevar a cabo todos los puntos previstos en el tratamiento ha provocado que no se pudiera profundizar en algunos

aspectos de éste. A pesar de que en general se recomienda hacer sesiones de dos a dos horas y media, por diversos motivos sólo se pudo dedicar el tiempo señalado con anterioridad. En cualquier caso, se considera interesante ampliar la duración de las sesiones para futuros grupos.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la conveniencia de incluir en futuros trabajos un grupo control para comparar los resultados obtenidos en el grupo de tratamiento.

Por último, no cabe duda de que los resultados obtenidos no deben tomarse de forma absoluta, ya que la muestra analizada es muy reducida. Sin embargo, dada la tendencia de los resultados, se considera conveniente seguir trabajando en la misma línea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Bados A.:** Fobia social. Madrid: Síntesis, 2001.
2. **Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.:** Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983.
3. **Cattell RB, Cattell AKS, Cattell HEP.:** 16PF-5 Cuestionario factorial de personalidad. Madrid: TEA Ediciones, 1995.
4. **Clark DM.:** Anxiety disorders: why they persist and how to treat them?. Behav Res Ther 1999; 37: S5-S27.
5. **Echeburúa E.:** Evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
6. **Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ, Becker RE.:** Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: comparison to a credible placebo control. Cogn Ther Res, 1990; 14: 1-23.
7. **Juster HR, Heimberg RG.:** Social phobia. Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. Psychiatr Clin North Am 1995; 18(4): 821-42.
8. **Mersch PP.:** 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. Behav Res Ther 1995; 33(3): 259-69.
9. **Salaberria K, Echeburúa, E.:** Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. Behav Modif 1998;22(3): 262-84.
10. **Scholing A, Emmelkamp PM.:** Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. Behav Res Ther 1993; 31(7): 667-81.
11. **Scholing A, Emmelkamp PM.:** Treatment of generalized social phobia: results at long-term follow-up. Behav Res Ther 1996; 34(5-6): 447-52.
12. **Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE.:** Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA Ediciones, 1982.
13. **Taylor S.:** Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. J Behav Ther Exp Psychiatry 1996; 27(1): 1-9.
14. **Taylor S, Woody S, Koch WJ, McLean P, Patterson RJ, Anderson KW.:** Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. Efficacy and mode of action. Behav Modif 1997; 21(4): 487-511.
15. **Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Stanley MA.:** An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the social phobia and anxiety inventory. Psychol Ass, 1989; 1: 35-40.
16. **Wells A.:** Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester, Sussex: Wiley, 1997.