Análisis y Modificación de Conducta, 1996, Vol. 22, Nº 84

VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONOS Y DE FRACASOS TERAPÉUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL[1]

Karmele Salaberría Irízar
Enrique Echeburúa Odriozola

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

RESUMEN

En este artículo se presenta un estudio empírico sobre las características de los fóbicos sociales que abandonaron el tratamiento o que no mejoraron en el período de seguimiento de 1 año. La muestra constó de 48 pacientes seleccionados con arreglo a los criterios diagnósticos del DSM-III-R. La diferencia entre los que lo abandonaron y los que lo completaron es que los primeros tenían una menor dificultad en las conductas-objetivo. Las principales variables predictoras de fracaso terapéutico fueron las bajas expectativas de cambio y un alto nivel de ansiedad y de temor exagerado a las críticas, así como una baja autoestima. Se comentan las implicaciones de este estudio para la investigación y la práctica clínica.

Palabras-clave: ***FOBIA SOCIAL, ABANDONO DEL TRATAMIENTO, FRACASO TERAPÉUTICO, VARIABLES PREDICTORAS.***

---

[1] **Agradecimientos.** Este estudio se ha financiado con una beca de investigación de la Universidad del País Vasco (proyecto nº 006.230-H067/90). La primera autora ha contado con una beca predoctoral de investigación del Gobierno Vasco (Convocatoria de 1990, B.O.P.V., 21/02/90).

SUMMARY

The aim of this paper was to determine the features of social phobics who dropped out the treatment or failed it within an one year follow-up period. The sample consisted of 48 patients selected according to DSM-III-R criteria. Results indicated that the only one difference between the patients who dropped out the treatment and the ones who completed it was in the target-behaviors. The former ones found less difficult to carry out them than the latter ones. The main predictive variables for the failure were a poor expectancy of therapeutic change and a high level of anxiety and fear of negative evaluation, as well as a low self-esteem. Implications of this study for clinical practice and future research are commented upon.

Key words: ***SOCIAL PHOBIA, TREATMENT DROP OUT, FAILURE, PREDICTIVE VARIABLES.***

INTRODUCCIÓN

La fobia social es un trastorno de ansiedad complejo, delimitado recientemente desde una perspectiva psicopatológica y que resulta muy invalidante para los pacientes cuando se presenta en sus formas más graves. La evitación sistemática de las situaciones sociales deseadas y el temor exagerado a las críticas, junto con una autoestima muy deficiente, constituyen los síntomas nucleares de este trastorno (Echeburúa, 1993a).

La fobia social puede llegar a afectar, en un grado mayor o menor, al 3,8% de la población (Davidson, Hughes, George y Blazer, 1994). Cuando no hay un tratamiento adecuado, este trastorno interfiere gravemente en el funcionamiento social de una persona, dificulta el establecimiento de las relaciones de pareja y predispone al consumo abusivo de alcohol o de ansiolíticos como una forma de control de la ansiedad. La cronicidad de la fobia social merma considerablemente la calidad de vida de la persona afectada.

En la última década ha habido un interés creciente por poner a prueba la eficacia de diversos tratamientos: exposición, rees-

tructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales fundamentalmente (Hope, Heimberg y Bruch, 1995; Mattick, Peters y Clarke, 1989; Mersch, 1995; Salaberría y Echeburúa, 1995a; Scholing y Emmelkamp, 1993; Turner, Beidel y Cooley-Quille, 1995). Los resultados obtenidos, sin embargo, son sólo moderados y están por debajo de los que se han logrado en el tratamiento de otras fobias (Mersch, 1995; Salaberría y Echeburúa, 1995a).

La fobia social resulta más difícil de tratar que otras fobias. La interacción entre la ansiedad social inducida en un período crítico del desarrollo -la adolescencia-, el aprendizaje de la evitación como una estrategia de afrontamiento, la carencia de habilidades sociales y la existencia de unas dimensiones de personalidad -la introversión y el neuroticismo- o de un trastorno de personalidad -el trastorno de personalidad por evitación- explican, al menos en parte, la resistencia de este cuadro clínico al tratamiento (Hope, Herbert y White, 1995; Salaberría y Echeburúa, 1995b; Tran y Chambless, 1995).

Resulta, por ello, de interés analizar las variables predictoras de abandonos y de fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social. Sólo en los estudios del grupo de Mattick (Mattick y Peters, 1988; Mattick *et al.*, 1989) se han analizado tangencialmente las variables predictoras de resultados terapéuticos, en donde los cambios en el temor a las críticas después del tratamiento explican los logros en la terapia al cabo de 3 meses de seguimiento. Pero en estos estudios se presentan dos limitaciones: el seguimiento es demasiado corto (3 meses) y las variables analizadas son muy limitadas: el miedo a las críticas, las creencias irracionales y el *locus* de control.

Por otra parte, en las investigaciones previas no se determinan con claridad los criterios de mejoría terapéutica. La confusión entre los criterios clínicos y los criterios estadísticos se hace patente en muchos de los trabajos citados. Sólo el grupo de Turner (Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994; Turner, Beidel, Long, Turner y Townsley, 1993) se ha esforzado por precisar un índice compuesto para especificar la mejoría terapéutica en función de las puntuaciones obtenidas en diversos cuestionarios.

En esta misma dirección en este estudio la variable criterio es la mejoría terapéutica definida multidimensionalmente con arreglo

a la desaparición de los criterios diagnósticos del DSM-III-R y al cumplimiento de dos de los siguientes criterios: a) puntuar por debajo de 15 en la *Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)* (Watson y Friend, 1968); b) puntuar por debajo de 21 en la *Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE)* (Watson y Friend, 1968); y c) puntuar igual o por debajo de 3 en la *Subescala de Adaptación Global* de la *Escala de Adaptación*.

La variable criterio se ha puesto en relación con un abanico amplio de variables predictoras (demográficas, de personalidad, cognitivas y psicopatológicas), que no han sido objeto de estudio hasta la fecha, al cabo de un seguimiento de 12 meses. Se trata, en último término, de determinar los factores de riesgo más significativos desde esta perspectiva y de precisar el tipo de pacientes que pueden ser tributarios de un tratamiento más intensivo, prolongado o diferenciado.

Los resultados presentados en este trabajo forman parte de una investigación más amplia sobre la efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico de la fobia social (Salaberría y Echeburúa, 1995a).

MÉTODO

Sujetos

La muestra total de este estudio contó con 48 fóbicos sociales -todos los pertenecientes a los grupos experimentales en el estudio sobre el tratamiento de la fobia social de Salaberría y Echeburúa (1995a)-, tratados entre abril de 1992 y diciembre de 1993 en el programa clínico de la Universidad del País Vasco (San Sebastián).

Se seleccionó a los pacientes en función de los siguientes criterios: a) cumplir los criterios diagnósticos de fobia social de tipo generalizado según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987); b) tener una puntuación de 15 o más en la *Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)* (Watson y Friend, 1969) o de 21 o más en la *Escala de Miedo a la Evitación Negativa (FNE)* (Watson y Friend, 1969); c) tener entre 18 y 55 años; d) sufrir este trastorno desde hace al menos un año; y e) no padecer una enfermedad

incapacitante ni un trastorno de conducta adicional graves. Se trataba, en último término, de contar con fóbicos sociales "puros" y homogéneos y con un trastorno no meramente transitorio.

TABLA 1.- $\bar{X}$ y *DT* en el SAD y en el FNE en diferentes estudios

ESTUDIOS	*SAD*	*FNE*
Gelernter, Uhde, Cimbolic, Armkoff, Vittone, Tancer y Bartko (1991)	17,9 (8,1)	21 (6,7)
Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo y Becker (1990)	16,4 (9,6) 19,7 (8,9)	24,7 (5,2) 25,1 (5,6)
Mattick y Peters (1988)	------	18 (9,7) 22,3 (7,4)
Newman, Hofmann, Trabert, Roth y Taylor (1994)	11,4 (8,6) 12,6 (9,3)	19 19
Turner, McCanna y Beidel (1987)	22,7 (7,1)	17,8 (9,3)
Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer (1994)	18,4 (6,8)	25,4 (3,3)
Van Ameringen, Mancini y Streiner (1993)	22,6 (4,9)	25,7 (3,5)
Versiani, Nardi, Mundim, Alves, Liebowitz y Amrein (1992)	21,5 (0,9) 20,8 (1,0) 19,8 (1,0)	23,5 (1,1) 25,2 (0,7) 24,7 (1,0)

En cuanto a las características demográficas más significativas de la muestra seleccionada, la edad media era de 32 años (*DT*=8,3; rango 18-54) y había una proporción similar de hombres y de mujeres (52% y 48%, respectivamente). Había una porcentaje mayor de lo esperado de solteros (el 61% de la muestra), lo que puede ser atribuido a las dificultades de relación heterosexual de este tipo de pacientes, y el 67% llevaba una vida laboral activa, si bien había un subgrupo representativo de estudiantes o de amas de casa (el 14% de la muestra). Este perfil de pacientes es similar al obtenido en otros estudios (*cfr.* Turner y Beidel, 1989).

En relación con otros estudios (Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo y Becker, 1990; Mattick y Peters, 1988; Newman, Hofmann, Trabert, Roth y Taylor, 1994; Turner, McCanna y Beidel, 1987; Van Ameringen, Mancini y Streiner, 1993), las puntuaciones obtenidas por los pacientes de la muestra en el *SAD* ($\bar{X}$=23,9; *DT*=3,52) y en el *FNE* ($\bar{X}$=25,7; *DT*=3,43) son más bien altas, lo que denota la existencia de una ansiedad social clínicamente significativa (*Tabla 1)*.

Diseño

En la investigación original (Salaberría y Echeburúa, 1995a) se utilizó un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas, con dos grupos experimentales [a) tratamiento grupal de exposición; y b) tratamiento grupal de exposición más reestructuración cognitiva] y un grupo de control de lista de espera de 6 meses. Las características específicas del programa de intervención utilizado figuran descritas con detalle en Salaberría y Echeburúa (1995b) por lo que se refiere a la modalidad *a* y en Echeburúa (1995) por lo que se refiere a la modalidad *b*.

No obstante, dado el carácter correlacional de este estudio, y a efectos de aumentar la potencialidad de los análisis estadísticos, en este trabajo se agrupa a todos los pacientes de las modalidades terapéuticas en un único grupo. La exclusión de los sujetos del grupo de control responde al objetivo de la investigación: estudiar las variables predictoras de fracaso terapéutico en sujetos previamente tratados.

Instrumentos de medida

Una descripción detallada de los instrumentos de evaluación utilizados en la investigación completa figura en Salaberría y Echeburúa (1995a). En los párrafos siguientes sólo se describen los cuestionarios que están relacionados con el objetivo de este artículo.

Evaluación de la fobia social

La *Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)* (Watson y Friend, 1969) consta de 28 ítems con dos posibilidades de respuesta (*ver-*

dadero o *falso*), referidos a los componentes conductales del trastorno, es decir, al malestar subjetivo en situaciones sociales (14 ítems) y a la evitación activa o deseo de evitación de dichas situaciones (14 ítems). Las puntuaciones de la escala oscilan entre 0 y 28. El punto de corte propuesto en este estudio es de 15. La fiabilidad test-retest, con un mes de intervalo, es de 0,68 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,90. Una versión española de esta escala figura en Echeburúa (1995).

La *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)* (Watson y Friend, 1969) consta de 30 ítems con dos posibilidades de respuesta (*verdadero* o *falso*), relacionados con los componentes cognitivos del trastorno, es decir, con el temor a recibir críticas o apreciaciones negativas por parte de los demás. Las puntuaciones de la escala oscilan entre 0 y 30. El punto de corte propuesto en este estudio es de 21. La fiabilidad test-retest, con un mes de intervalo, es de 0,78 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,90. Una versión española de este instrumento figura en Echeburúa (1995).

Las *Conductas-Objetivo* (Echeburúa y Corral, 1987) constituyen un autoinforme que está diseñado para que los pacientes especifiquen una lista de cinco conductas que quieren mejorar y que supondrían un beneficio importante para su vida cotidiana. Estas cinco conductas se valoran en tres subescalas: grado de dificultad, medido de 0 a 10 puntos; grado de evitación, medido de 0 (*nunca*) a 5 (*siempre*) puntos; y grado de miedo, medido de 0 (*nada*) a 5 (*muchísimo*) puntos. Este autoinforme puede encontrarse en Echeburúa (1995).

La *Escala de Adaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) mide fundamentalmente la inadaptación y valora, en concreto, el grado en el que el trastorno afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento, con 6 ítems que oscilan de 1 a 6 en una escala de tipo Likert, consta asimismo de una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El rango de la escala total es de 6 a 36 (a mayor puntuación, mayor inadaptación). Esta escala está publicada en Echeburúa (1995).

Dimensiones de personalidad y variables psicopatológicas

El *Cuestionario de Personalidad EPI* (Eysenck y Eysenck, 1963) cuenta con 57 ítems de respuestas binarias que miden dos dimensiones básicas de la personalidad: el neuroticismo (24 ítems) y la extraversión (24 ítems). Los 9 ítems restantes conforman una escala complementaria de sinceridad, no analizada en este estudio. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,84 en la escala de neuroticismo y de 0,88 en la de extraversión. La consistencia interna es de 0,84 y de 0,77 en las escalas de neuroticismo y de extraversión, respectivamente. La versión española de este cuestionario está publicada por T.E.A. (1978).

La *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems estructurados en una escala de tipo Likert, 5 planteados en forma positiva y 5 en forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia. El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 (a mayor puntuación, mayor autoestima). La fiabilidad test-retest con un intervalo de dos semanas es de 0,85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,92. Una versión española de esta escala figura en Echeburúa (1995).

La *Escala de Asertividad* (Rathus, 1973) tiene por objetivo evaluar el comportamiento social autoafirmativo del sujeto. Consta de 30 ítems que oscilan entre una puntuación de +3 (muy característico en mí) hasta -3 (muy poco característico en mí). El rango de las puntuaciones es de +90 a -90, con un punto de corte de 0 y con una puntuación positiva tanto mayor cuanto mayor es la asertividad. El coeficiente alfa de consistencia interna varía entre 0,73 y 0,86. Una versión española de esta escala figura en Echeburúa (1995).

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. Esta última escala es la que se ha tomado en consideración en este estudio. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El coeficiente alfa de consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92. La validez convergente con otras medidas alternativas de ansiedad oscila entre 0,58 y 0,79. La versión española de esta escala está publicada por T.E.A. (1982).

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66. Una versión española de este instrumento figura en Conde y Franch (1984).

Otras medidas

La *Escala de Expectativas de Cambio* (Echeburúa y Corral, 1987) permite valorar al paciente en qué medida confía mejorar globalmente con el tratamiento y en qué medida confía mejorar más específicamente en las conductas-objetivo que se ha marcado. La gradación de las respuestas oscila de 1 ("nada") a 6 ("muchísimo"). Esta escala está publicada en Echeburúa (1995).

La *Escala de Percepción Global de Cambio* (Echeburúa y Corral, 1987) tiene como objetivo determinar cómo percibe el paciente el cambio terapéutico desde una perspectiva global. El rango de la escala es de 1 ("mucho peor") a 7 ("mucho mejor"). Esta escala está publicada en Echeburúa (1995).

El *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979) tiene por objetivo valorar el grado de satisfacción del paciente con el programa de intervención recibido. El instrumento consta de ocho ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento. Los ítems están estructurados en una escala de tipo Likert, 5 formulados en forma positiva y 3 en forma negativa para el control de la aquiescencia, cada uno con una puntuación de 1 a 4. El rango total del cuestionario es, por lo tanto, de 8 a 32. Una versión española de este instrumento figura en Echeburúa (1995).

Procedimiento

En primer lugar, se realizó un análisis de varianza para determinar si había diferencias en el pretratamiento entre los pacientes que

abandonaron el estudio y los que lo completaron. Las variables estudiadas fueron los factores demográficos (sexo, edad, estado civil y ocupación), las medidas centrales de la fobia social (*SAD*, *FNE* y Conductas-Objetivo), las dimensiones de personalidad (neuroticismo y extraversión), las medidas psicopatológicas (ansiedad y depresión) y los factores relacionados con el tratamiento (expectativas de cambio, percepción de cambio y satisfacción con el tratamiento).

En segundo lugar, y dado que el resultado del tratamiento se consideró como una variable dicotomizada (mejoría o fracaso), se utilizó un análisis discriminante para establecer el valor predictivo de las variables estudiadas sobre el fracaso terapéutico a corto (posttratamiento) y largo plazo (seguimiento de 1 año).

En este sentido se calcularon, en un primer paso, las correlaciones bivariadas de todas las variables estudiadas (demográficas, de personalidad, de fobia social, psicopatológicas y relacionadas con el tratamiento) con la variable criterio. A continuación, en un segundo paso, se seleccionaron como variables intervenientes en el análisis discriminante sólo las que tenían una correlación significativa con el fracaso terapéutico.

En esta investigación se entiende por fracaso terapéutico el mantenimiento de la fobia social según los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) y el cumplimiento de dos de los siguientes requisitos: a) puntuar por encima de 15 en el *SAD*; b) puntuar por encima de 21 en el *FNE*; y c) puntuar igual o por encima de 3 en la *Subescala de Adaptación Global* de la *Escala de Adaptación*.

RESULTADOS

Rechazos y abandonos

Como se puede ver en la *Tabla 2*, no ha habido rechazos al tratamiento propuesto. Es decir, una vez llevada a cabo la evaluación pretratamiento y explicado el contenido de la terapia, ninguna persona ha rechazado el programa de intervención ofrecido. No obstante, si bien no ha habido ninguna persona que ha rechazado activamente el tratamiento, ha habido 2 pacientes evaluados que no han acudido a la terapia y que pueden catalogarse dentro de una categoría de rechazo pasivo.

TABLA 2.- Resultados globales en el tratamiento de la fobia social en el seguimiento de un año

RESPUESTAS AL TRATAMIENTO	N	%
RECHAZOS	0	0%
PACIENTES QUE INICIAN EL TRATAMIENTO	48	100%
Abandonos	12	25%
Mejorados	23	48%
No mejorados	13	27%

El número de abandonos en todas las fases de la investigación ha sido de 12, que supone un 25% de los sujetos que iniciaron el tratamiento. La única variable que diferenciaba a estos sujetos de los que continuaron en la investigación era la puntuación en el grado de dificultad de las conductas-objetivo (t=2,20; p<0,05). En concreto, la puntuación de los sujetos que abandonaron ($\bar{X}$=39,4; DT=3,85) era inferior a la del resto de los pacientes ($\bar{X}$=42,12; DT=4,34). Ha habido, además, otras dos variables -las expectativas de cambio y el nivel de asertividad- que se han mostrado como variables diferenciadoras entre ambos grupos sólo de forma tendencialmente significativa. Los pacientes que abandonaron tendían a contar con un mayor nivel de asertividad y a tener menores expectativas de cambio.

TABLA 3.- Abandonos en las diversas fases del estudio y en las diferentes modalidades terapéuticas (N=12)

EVALUACIÓN	EXPOSICIÓN	EXP. + R.COG.	TOTAL
INTRATTO.	3	1	4
POSTTO.	0	0	0
1 MES	0	0	0
3 MESES	0	0	0
6 MESES	2	2	4
12 MESES	1	3	4
TOTAL	6	6	12

No ha habido diferencias significativas entre las distintas modalidades terapéuticas ni entre los diferentes momentos del programa terapéutico en cuanto a los abandonos, pero éstos tendían a darse, por un lado, al comienzo del tratamiento en el grupo de exposición y, por otro, en los seguimientos de 6 y 12 meses en el grupo de exposición más reestructuración cognitiva (*Tabla 3*).

Fracasos terapéuticos

En la *Tabla 4* figuran los sujetos, clasificados por modalidad terapéutica y fase de la evaluación, que no han respondido adecuadamente al tratamiento y que se pueden incluir en la categoría de fracasos terapéuticos, según el criterio que se ha señalado anteriormente.

TABLA 4.- Pacientes no mejorados en las diversas fases del estudio

	POSTTO.	1 MES	3 MESES	6 MESES	12 MESES	TOTAL
Exp.	10	10	9	5	6	6
Exp. + R.Cog.	10	11	10	8	7	7
Total	20	21	19	13	13	13
%	42%	44%	40%	27%	27%	27%

Independientemente de la modalidad terapéutica utilizada, los fracasos terapéuticos son considerables en el postratamiento (un 42% de la muestra tratada), pero se reducen considerablemente en el seguimiento de los 12 meses (un 27%). Los grandes cambios en la mejoría, además del tratamiento propiamente dicho, se producen entre el seguimiento de los 3 meses y el de los 6 meses.

Variables predictoras de fracasos terapéuticos

En este estudio se analiza la relación de las variables pretratamiento, por un lado, y postratamiento, por otro, con el seguimiento

de los 12 meses. Se toma en consideración sólo esta fase de seguimiento al considerar que es en este momento cuando la conducta de éxito o de fracaso está ya suficientemente estabilizada.

Predicción anterior al tratamiento

De todas las correlaciones bivariadas entre las variables estudiadas en el pretratamiento y el fracaso terapéutico a los 12 meses sólo resultaron significativas las que figuran en la *Tabla 5*. Todas las demás variables analizadas no presentaban correlaciones significativas.

El análisis discriminante con estas cinco variables dió como resultado una *lambda de Wilks* de 0,64 ($p<0,05$) y una *correlación canónica* de 0,59. En la *Tabla 5* figuran las medias y las desviaciones típicas de los sujetos mejorados y de los no mejorados, así como los coeficientes tipificados que informan sobre el peso relativo diferencial de las distintas variables discriminantes.

En resumen, estas variables del pretratamiento clasifican correctamente de forma conjunta el 81,44% de los casos, con un riesgo de error del 18,56%.

En concreto, son los pacientes con menos expectativas de cambio, con mayor ansiedad, con menor autoestima y con mayor temor a las críticas externas, los que peores resultados obtienen al año de seguimiento.

Predicción posterior al tratamiento

De todas las correlaciones bivariadas entre las variables estudiadas en el postratamiento y el fracaso terapéutico a los 12 meses sólo resultaron significativas las que figuran en la *Tabla 6*. Todas las demás variables analizadas no presentaban correlaciones significativas.

El análisis discriminante con estas cinco variables dió como resultado una *lambda de Wilks* de 0,55 ($p<0,01$) y una *correlación canónica* de 0,66. En la *Tabla 6* figuran las medias y las desviaciones típicas de los sujetos mejorados y de los no mejorados, así como los coeficientes tipificados que informan sobre el peso relativo diferencial de las distintas variables discriminantes.

TABLA 5.- Análisis discriminante de las variables anteriores al tratamiento implicadas en el fracaso terapéutico en el seguimiento de los 12 meses

A) Correlaciones bivariadas con el fracaso a los 12 meses

VARIABLES	CORRELACIONES
Neuroticismo	0,35 *
Autoestima	-0,39 *
Ansiedad	0,33 *
Expectativas de cambio	-0,33 *
Temor a las críticas	0,33 *

B) Medias (y desviaciones típicas) de cada grupo según la función discriminante

	MEJORADOS (N=23)		FRACASOS (N=13)	
Expectativas de cambio	4,34	(0,7)	3,84	(0,6)
Ansiedad	29,26	(11,4)	37,46	(10,8)
Autoestima	26,78	(4,5)	23,07	(3,4)
Temor a las críticas	24,9	(3,7)	27,3	(2,0)
Neuroticismo	15,7	(3,2)	18,3	(3,5)

Centroide de mejorados: 0,54
Centroide de fracasos: -0,96

C) Coeficientes tipificados de las variables discriminantes

	Coeficientes
Expectativas de cambio	0,59
Ansiedad	-0,43
Autoestima	0,42
Temor a las críticas	-0,40
Neuroticismo	-0,12

D) Predicción de resultados

GRUPOS REALES		GRUPOS PREDICHOS	
		Mejorados	Fracasos
Mejorados	23 (63,8%)	18 (78,2%)	5 (21,7%)
Fracasos	13 (36,2)	2 (15,3%)	11 (84,6%)

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 81,44%

* $p<0,05$

TABLA 6.- Análisis discriminante de las variables posteriores al tratamiento implicadas en el fracaso terapéutico en el seguimiento de los 12 meses

A) Correlaciones bivariadas con el fracaso a los 12 meses

VARIABLES	CORRELACIONES
Percepción de cambio	-0,33 *
Autoestima	-0,52 **
Ansiedad	0,51 **
Evitación social	0,50 **
Temor a las críticas	0,53 ***

B) Medias (y desviaciones típicas) de cada grupo según la función discriminante

	MEJORADOS (N=23)		FRACASOS (N=13)	
Temor a las críticas	18,13	(5,7)	24,84	(4,1)
Ansiedad	19,73	(12,4)	33,46	(9,0)
Autoestima	30,04	(4,5)	24,69	(3,8)
Evitación social	14,17	(5,5)	20,30	(4,3)
Percepción de cambio	5,56	(0,7)	4,92	(1,0)

Centroide de mejorados: -0,64
Centroide de fracasos: 1,14

C) Coeficientes tipificados de las variables discriminantes

	Coeficientes
Temor a las críticas	0,51
Ansiedad	0,39
Autoestima	-0,28
Evitación social	0,25
Percepción de cambio	-0,01

D) Predicción de resultados

GRUPOS REALES		GRUPOS PREDICHOS	
		Mejorados	Fracasos
Mejorados	23 (63,8%)	18 (78,2%)	5 (21,7%)
Fracasos	13 (36,2)	0 (0%)	13 (100%)

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 89,13%

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

En resumen, estas variables del pretratamiento clasifican correctamente de forma conjunta el 89,13% de los casos, con un riesgo de error del 10,87%.

En concreto, los pacientes menos mejorados se caracterizan por tener en el postratamiento un mayor temor a las críticas externas, una mayor ansiedad, una menor autoestima, una mayor evitación social y una menor percepción de cambio.

CONCLUSIONES

La tasa conjunta de rechazos y abandonos en este estudio asciende al 25% de la muestra, que es un porcentaje similar al obtenido en otros estudios de la fobia social (Scholing y Emmelkamp, 1993), pero superior al obtenido en los tratamientos psicológicos de la agorafobia (10%-15%) (Echeburúa, Corral, García y Borda, 1993; Marks, Gray, Cohen, Hill, Mawson, Ramm y Stern, 1983).

Una posible explicación de este hecho es que la fobia social es menos invalidante para la vida cotidiana que la agorafobia. En realidad, los que abandonaron el tratamiento se diferenciaban de los que no lo hicieron en el menor grado de dificultad de las conductas-objetivo. Quizá se trataba de personas acostumbradas hasta cierto punto a vivir con su problema y, por ello, la terapia -un tratamiento en grupo- podía suponer para ellas un esfuerzo superior al beneficio que pensaban obtener.

Los momentos críticos de los abandonos fueron antes de la 4ª sesión de tratamiento y a partir del seguimiento de los 3 meses. El criterio de *abandono* utilizado en este estudio ha sido, sin embargo, muy estricto. Los abandonos durante el tratamiento fueron claramente fracasos terapéuticos. Sin embargo, la pérdida de pacientes en el seguimiento pudo deberse, al menos en algunos casos, al grado de mejoría de los sujetos que ya no estaban motivados para acudir periódicamente al lugar de la terapia. Cabe, por lo tanto, concluir que el grado de aceptación del tratamiento por parte de los pacientes ha sido más bien alto.

La tasa de fracasos terapéuticos al año de seguimiento representa el 27% de la muestra, que no es mayor de la que se ha obtenido en el tratamiento de otros trastornos fóbicos, como las fobias

específicas (15%-25%) o la agorafobia (25%-35%) (Öst, 1989). La evolución ha sido, sin embargo, distinta de la habida en otras fobias. En concreto, el porcentaje de pacientes con mejoría terapéutica tiende a aumentar a medida que transcurre el tiempo: de un 40%-45% de fracasos en los 3 primeros meses tras el tratamiento se pasa a un 27% a partir de los 3 meses y se mantiene esta misma tasa en el seguimiento de 1 año. A diferencia de otras fobias, los fóbicos sociales ponen en marcha las habilidades aprendidas o consolidan los beneficios terapéuticos sólo al cabo de unos meses, quizá porque se requiere más tiempo que en el caso de otras fobias para cambiar los hábitos y las percepciones sociales.

En el pretratamiento las variables predictoras de fracaso terapéutico de mayor peso en este estudio fueron, por orden de importancia, una variable cognitiva (las expectativas de cambio), una dimensión de personalidad (la autoestima) y dos variables psicopatológicas (la ansiedad y un temor exagerado a las críticas). Por otra parte, los factores más significativos en el postratamiento fueron la misma dimensión de personalidad y las mismas variables psicopatológicas.

A diferencia de los trabajos del grupo de Mattick (Mattick y Peters, 1988; Mattick *et al.*, 1989), en donde los resultados terapéuticos a largo plazo se explican en función de los cambios habidos en el temor a las críticas negativas en el postratamiento, las conclusiones de este estudio se abren a nuevas perspectivas. En general, el peso de la ansiedad y de las variables cognitivas (las expectativas de cambio, la autoestima y el temor exagerado a las críticas) es muy alto en la predicción global de los logros terapéuticos.

Los resultados obtenidos sugieren la conveniencia de incorporar a los tratamientos habituales (exposición con o sin reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, etc.) unos componentes terapéuticos cognitivos orientados específicamente a la mejora de la autoestima y al aumento de las expectativas de cambio (*cfr.* McKay y Fanning, 1991; Steinern, 1995), así como a la reducción de la ansiedad (*cfr.* Echeburúa, 1993b).

Desde esta misma perspectiva, un cambio de formato de la terapia (es decir, un tratamiento individual, de mayor duración, con la grabación en vídeo de los ensayos de conducta, etc.) quizá pueda facilitar la consecución de los objetivos terapéuticos: aumentar la autoestima, mejorar las conductas sociales y relativizar las

opiniones de los demás. No hay que olvidar que, al menos en algunos casos con una imagen muy negativa de sí mismos, el tratamiento grupal puede inducir un efecto negativo, sobre todo cuando el paciente no evoluciona al ritmo de los demás integrantes del grupo o no es capaz de percibir el cambio terapéutico.

En esta investigación se ha optado por dicotomizar los resultados del tratamiento en forma de éxito o fracaso terapéutico y de utilizar en consonancia los análisis discriminantes. A sabiendas del carácter discrecional de tal delimitación, este tipo de enfoque tiene, sin embargo, un mayor interés clínico que cuantificar las variables dependientes y recurrir a los análisis de regresión.

Éste es el primer estudio sistemático sobre las variables predictoras de los fracasos terapéuticos en la fobia social. Esta línea de investigación es sumamente sugerente. Los avances futuros en el tratamiento de los fóbicos sociales van a depender de la delimitación de subtipos, definidos en buena medida en función de las variables predictoras. Sólo así se podrá diseñar un tratamiento *a la medida* del paciente y abandonar así la idea de que el mismo tipo de tratamiento es el adecuado para todos los fóbicos sociales (Echeburúa, 1993a; Echeburúa y Salaberría, 1994).

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*3rd. ed. rev.). Washington: APA.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring deppression. *Archives of General Psychiatry, 4:* 561-571.

Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos.* Madrid: Laboratorios Upjohn.

Davidson, J., Hughes, D.C., George, L.K. y Blazer, D.G. (1994). The boundary of social phobia. Exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry, 51,* 975-983.

Echeburúa E. (1993a). *Fobia social.* Barcelona: Martínez Roca.

Echeburúa, E. (1993b). *Ansiedad crónica: evaluación y tratamiento.* Madrid. Eudema.

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social.* Barcelona: Martínez Roca.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Conductas objetivo y Escala de Adaptación.* Manuscrito no publicado.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de expectativas de cambio. Escala de percepción global de cambio.* Manuscrito no publicado.

Echeburúa, E. y Corral, P., García, E. y Borda, M. (1993). Interactions between self-exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: an exploratory study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21,* 219-238.

Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1994). Exposición y técnicas cognitivas en el tratamiento de la fobia social. En M. Garaigordóbil y C. Maganto (Eds.). *Socialización y conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia.* Bilbao: Universidad del País Vasco.

Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimbolic, P., Arnkoff, D.B., Vittone, B.J., Tancer, M.E., y Bartko, J.J. (1991). Cognitive-Behavioral and pharmacological treatments of social phobia a controlled study. *Archives of General Psychiatry, 48,* 938-946.

Heimberg, R.G., Dodge, C.A., Hope, D.A, Kennedy, C.R., Zollo, L.J., y Becker, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*: 1-25.

Hope, D.A., Heimberg, R.G. y Bruch, M.A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 637-650.

Hope, D.A., Herbert, J.D. y White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 19,* 399- 417.

Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Programm Planing, 2:* 197-207.

Marks, I., Gray, S., Cohen, D., Hill, R., Mawson, D., Ramm, E. y Stern, R. (1983). Imipramine and brief therapist-aided in agoraphobics having self-exposure homework. *Archives of General Psychiatry, 40,* 153-162.

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,* 251-260.

Mattick, R.P., Peters, L. y Clarke, J.C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20:* 3-23.

McKay, M. y Fnning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora.* Barcelona. Martínez Roca.

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.

Newman, M.G., Hofmann, S.G., Trabert, W., Roth, W.T., y Taylor, C.B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive change?. *Behavior Therapy, 25:* 503-517.

Öst, L.G. (1989). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 27:* 123-130.

Rathus, A. (1973). A 30 items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy, 4:* 398-406.

Rosenberg (1965). *Society and the adolescent self-image,* New Jersey: Princenton.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995a). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta, 21,* 151-179.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995b). La exposición como tratamiento psicológico en un caso de fobia social de tipo generalizado. *Análisis y Modificación de Conducta, 21,* 305-326.

Scholing, A., y Emmelkamp, P.M.G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 31:* 667-681.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *The State-Trait anxiety inventory.* Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Steinern, G. (1995). *Revolución desde dentro. Un libro sobre la autoestima.* Barcelona. Anagrama.

Tran, G.Q. y Chambless, D.L. (1995). Psychopathology of social phobia: effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 9,* 489-501.

Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1989). Social phobia: clinical syndrome. Diagnosis and comorbidity. *Clinical Psychology Review, 9:* 3-18.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., Woody, S.R. y Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 381-390.

Turner, S.M., Beidel, D.C. y Cooley-Quille, M.R. (1995). Two-year follow-up of social phobics treated with social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 553-555.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Long, B.J., Turner, M.W. y Townsley, R.M. (1993). A composite measure to determine the functional status of treated social phobics: the Social Phobia Endstate Functioning Index. *Behavior Therapy, 24,* 265-275.

Turner, S.M., McCanna, M., y Beidel, D.C. (1987). Validity of the social avoidance and distress and fear of negative evaluation scales. *Behavior Research and Therapy, 25,* 113-117.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Streiner, D.C. (1993). Fluoxetine efficaccy in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 54,* 27-32.

Versiani, M., Nardi, A.E., Mundim, F.D., Alves, A.B., Liebowtiz, M.R. y Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study wtih moclobemide and phenelzine. *British Journal of Psychiatry, 161,* 353-361.

Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33:* 448-457.