

EFICACIA DE LA EXPOSICIÓN Y LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN JÓVENES ADULTOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

César J. Antona¹, Luis Joaquín García-López², José R. Yela¹,
María A. Gómez Gómez¹, Alfonso Salgado¹,
Carmen Delgado¹ y José D. Urchaga¹
¹ Universidad Pontificia de Salamanca; ² Universidad de Granada (España)

Resumen

A través de esta investigación analizamos la eficacia de los componentes psicológicos de exposición y de reestructuración cognitiva, empleados tanto como únicos componentes, como en función de distintas combinaciones sobre las variables de ansiedad social "miedo a la evaluación negativa" (FNE; Watson y Friend, 1969) y "ansiedad y evitación social" (SAD; Watson y Friend, 1969). La muestra se compuso de 85 sujetos diagnosticados de fobia social (APA, 1994) asignados aleatoriamente a tres modalidades de intervención: a) tratamiento mediante exposición y reestructuración cognitiva empleados de forma combinada (10 sesiones); b) tratamiento mediante el bloque de exposición (5 sesiones) seguido del bloque de reestructuración cognitiva (5 sesiones) y c) grupo control evaluado a los tres meses que posteriormente fue adscrito al tratamiento mediante el bloque de reestructuración cognitiva (5 sesiones) seguido del bloque de exposición (5 sesiones). Los resultados demuestran que las modalidades de tratamiento fueron muy eficaces en los principales momentos de evaluación, no existiendo diferencias significativas entre ellas: los componentes psicológicos empleados y sus distintas combinaciones mostraron un grado de eficacia similar en el modo en el que fueron empleados.

PALABRAS CLAVE: *fobia social, trastorno de ansiedad social, tratamiento, tratamientos psicológicos.*

Correspondencia: César J. Antona, Dpto. de Aprendizaje y Condicionamiento, Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca. C/ Compañía, 5, 37002 Salamanca (España). E-mail: cjantonaca@upsa.es

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).

Abstract

The purpose of this research is to analyse the efficacy of the psychological components, exposure and cognitive restructuring, used as single techniques and depending on their different combinations on social anxiety variables: the "fear of negative evaluation" (FNE; Watson y Friend, 1969) and the "social avoidance and distress" (SAD; Watson y Friend, 1969). The sample was made up of 85 patients diagnosed with social phobia (APA, 1994), who were randomly assigned to three different treatments: a) exposure and cognitive restructuring components, both integrated in every session (10 sessions); b) exposure block (5 sessions) followed by cognitive restructuring block (5 sessions) and c) a control group that after three months was assigned to the treatment cognitive restructuring block (5 sessions) followed by exposure block (5 sessions). Results show that these different experimental groups were very effective in the main evaluations, without significant differences between them; the psychological components used and their different combinations showed a similar level of efficacy in the way and modality in which they were used.

KEY WORDS: *social phobia, social anxiety disorder, treatment, psychological treatments.*

Introducción

El creciente reconocimiento de la fobia social (APA, 1994) como un trastorno relevante y altamente incapacitante ha derivado en la elaboración de numerosos paquetes de tratamiento (Liebowitz y Marshall, 2000; Mancini *et al.*, 2005; Salaberría, Borda, Báez y Echeburúa, 1996), que no sólo emplean distintos componentes, sino que lo hacen en formatos que varían notablemente. El interés por estudiar la eficacia de los componentes psicológicos y farmacológicos en el tratamiento de la fobia social ha sido una constante en numerosos estudios llevados a cabo desde los años 80. Con objeto de conocer y optimizar la eficacia de los tratamientos en los principales trastornos psicológicos, la American Psychiatric Association (APA, 1994) creó el comité de expertos denominado Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). En 1995 se elaboró el informe Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures of the American Psychological Association, posteriormente actualizado (Chambless *et al.*, 1998; Chambless *et al.*, 1996) que contiene un listado de tratamientos empíricamente validados en los que se hace referencia a la existencia de tratamientos probablemente eficaces en la ansiedad y fobia social. A pesar de todos estos esfuerzos, aún no se ha determinado pormenorizadamente la eficacia de algunos componentes empleados en los paquetes de tratamiento disponibles. En relación con los componentes psicológicos exposición y reestructuración cognitiva, distintos estudios indican que la exposición, la reestructuración cognitiva y su combinación son eficaces en el tratamiento de la fobia social; otros estudios contradicen parcialmente estas afirmaciones, fundamentalmente infravalorando la eficacia de la reestructuración cognitiva de forma aislada, así como indicando que la reestructuración cognitiva parece no potenciar a la exposición (Salaberría y Echeburúa, 1995).

La exposición a los estímulos ansiógenos fundamentalmente produce la habituación de los síntomas de activación y la extinción de las respuestas de ansiedad condicionadas; del mismo modo, puede disminuir las respuestas cognitivas, por lo que "sigue abierto el debate acerca de si el componente cognitivo es realmente necesario en el tratamiento de la fobia social; y si lo es, ¿para quién lo es?, ¿qué elementos lo deben integrar? y ¿cuándo y cómo ha de aplicarse?" (Olivares, Rosa y García-López, 2004; pág. 250). Actualmente, la exposición se considera como el tratamiento de elección en los trastornos de ansiedad (Echeburúa, 1990; Echeburúa y Salaberría, 1991; Heimberg, 1989; Méndez *et al.*, 2001; Moreno, Méndez y Sánchez, 2000). Es considerada una técnica necesaria, pero a menudo insuficiente para tratar la fobia social (Echeburúa, 1995) y puede ser mejorada por el empleo de otras técnicas, ya que en el seguimiento no consigue mantener la mejoría (Mattick, Peters y Clarke, 1989), existiendo numerosas demandas de tratamiento adicional (Butler *et al.*, 1984).

Las técnicas de reestructuración cognitiva pretenden modificar la forma y/o el contenido de las cogniciones (Rodebaugh y Chambless, 2004) y desempeñan un papel central tanto en los aspectos esenciales como en los secundarios en la fobia social (Butler y Wells, 2000). "La fobia social puede no remitir a un tratamiento (...) que no incluya un componente cognitivo" (Butler, 1985; p. 655). Se desconoce si los aspectos cognitivos son los responsables de la mejoría o en qué medida contribuyen a ella (Heimberg y Juster, 2000).

Teóricamente la suma de efectos de estas técnicas se manifestaría más eficaz que la de estos por separado, ya que actuaría sobre distintos aspectos (la eficacia podría depender del sistema de respuesta predominante en cada paciente, lo que les haría más propensos a recibir uno u otro tratamiento, si bien distintos estudios parecen no confirmar esta hipótesis). Echeburúa (1995), Heimberg y Barlow (1988) y Heimberg y Juster (2000) abogan por su combinación conjunta e integrada; si bien, se ha mostrado eficaz, podría ser optimizada (Echeburúa, 1993, 1995; Heimberg *et al.*, 1990; Olivares *et al.*, 2004).

Los estudios de meta-análisis llevados a cabo sobre la fobia social indican que todas las formas de terapia cognitivo conductual pueden generar ciertas ganancias en el tratamiento de adultos con fobia social (Rodebaugh, Holaway y Heimberg, 2004), así como que numerosas variables pueden alterar la eficacia de los tratamientos (Rosa, Sánchez, Olivares y López, 2002). A tenor de estos datos globales, es necesario continuar investigando para determinar cuál es el mejor paquete de tratamiento para la fobia social (Caballo y Mateos, 2000). La presente investigación contribuye a estudiar la eficacia del empleo de los componentes psicológicos exposición y reestructuración cognitiva tanto como únicos elementos (tras cinco sesiones de tratamiento), como en función de diferentes combinaciones en sujetos que cumplen los criterios diagnósticos de la fobia social.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por estudiantes universitarios. La participación fue voluntaria y dependió del cumplimiento de los requisitos de admisión: 1) obtener una puntuación igual o mayor a 19 en la escala de "Miedo a la Evaluación Negativa" (Fear of Negative Evaluation; FNE, Watson y Friend, 1969) y una puntuación igual o mayor a 12 en la escala de "Ansiedad y Evitación Social" (Social Avoidance and Distress; SAD, Watson y Friend, 1969) o tener una puntuación combinada de 40 puntos entre las dos escalas. El cumplimiento de este requisito se empleó como estrategia de tamizado y selección de los posibles participantes; consideramos emplear puntos de corte similares o ligeramente inferiores a los obtenidos como puntuación media en otros estudios para contar con un menor número de falsos negativos. Así, en el FNE, Heimberg *et al.* (1990) y Mattick *et al.* (1989) establecieron las puntuaciones de 22-24 para delimitar la ansiedad social; según Oei, Kenna y Evans (1991), la puntuación media de los sujetos con fobia social fue de 20,7 (5,1); para Villa, Botella, Quero y Ruipérez (1998) se situó en 24,79; Ruipérez, García-Palacios y Botella (2002) obtuvieron 26,84 (2,03) en el subtipo generalizado y 20,87 (3,87) en el subtipo no generalizado. Salaberría y Echeburúa (1995) establecieron una puntuación mínima de 21 puntos para formar parte de su estudio. En el SAD el punto de corte propuesto por Butler *et al.* (1984) y Heimberg *et al.* (1990) a partir del cuál diferenciar la ansiedad social fue de 18-20. Villa *et al.* (1998), obtuvieron 18,77 en sujetos con fobia social; Ruipérez *et al.* (2002) obtuvieron 23,31 (5,29) en el subtipo generalizado y 12,62 (5,58) en el subtipo no generalizado. Salaberría y Echeburúa (1995) fijaron en 15 puntos la puntuación mínima para la inclusión en su investigación; 2) cumplir los criterios del DSM-IV referidos a la fobia social, para lo cuál empleamos la entrevista clínica ADIS-IV (DiNardo, Brown, y Barlow, 1994); 3) constatar mediante la entrevista que los temores sociales constituían su queja o malestar principal y; 4) finalmente se requirió que ningún sujeto estuviera tomando fármacos ni recibiendo psicoterapia de ningún tipo.

El periodo de selección, tratamiento y seguimientos comenzó en Octubre de 2002 y finalizó en Marzo de 2005. El proceso de tamizado consistió en la administración colectiva de los cuestionarios FNE y SAD. El total de alumnos evaluados ascendió a 1295, de los cuales 127 (9,80%) presentaron puntuaciones por encima de los puntos de corte anteriormente descritos. De estas 127, 11 no pudieron ser entrevistadas (9 de ellas no acudieron a la entrevista y 2 no se identificaron de ningún modo). De las 116 personas entrevistadas, un total de 90 fueron diagnosticadas con el trastorno de ansiedad social, lo que supone un 6,94% respecto del total. Ningún sujeto fue excluido por tener otro trastorno de conducta grave, ni tampoco por razones de recibir otro tratamiento o tomar medicación. De las 90 personas diagnosticadas, 7 no cumplimentaron la evaluación pretratamiento y decidieron no participar en el taller (la razón argumentada fue la incompatibilidad de horarios). Con posterioridad al proceso de tamizado, 2 personas más conocieron la existencia

de los grupos de tratamiento y cumplieron con los requisitos de participación, por lo que fueron incluidas en los talleres de tratamiento. Por lo tanto, la constitución final de la muestra estuvo formada por 85 personas, 64 (75,3%) presentaban el subtipo generalizado y 21 (24,7%) el específico o circunscrito. La edad media se situó en 19,5 años ($DT= 2,18$; rango 17-31), 69 eran mujeres (81,2%) y 16 varones (18,8%), todos los participantes se encontraban matriculados entre 1º y 4º curso y existía una sobrerrepresentación de solteros (96,5%).

Instrumentos de evaluación

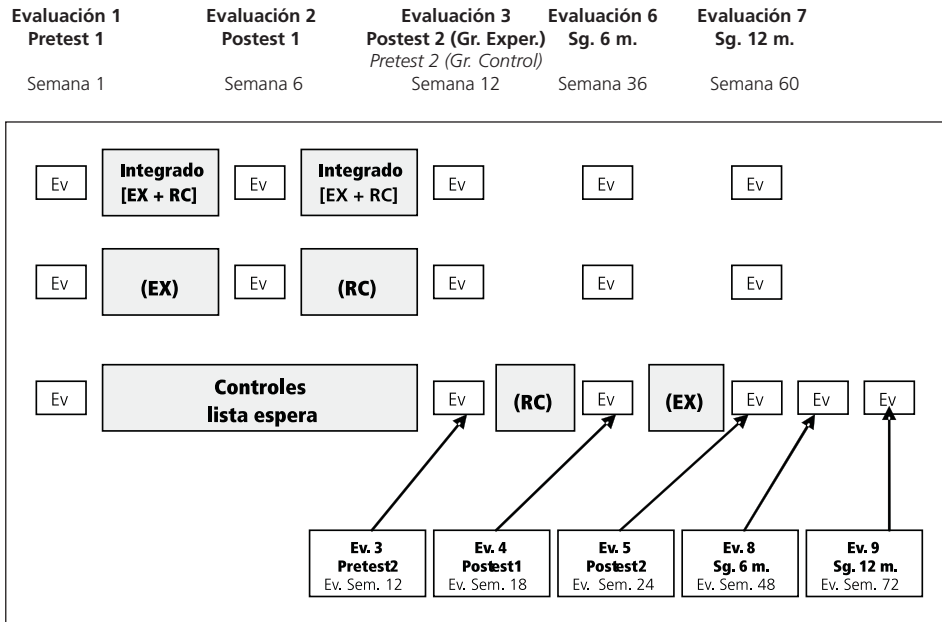
Con objeto de establecer el diagnóstico de fobia social según los criterios del DSM-IV empleamos la entrevista clínica ADIS-IV (DiNardo *et al.*, 1994), a través de la cuál se establecen puntuaciones de miedo y evitación de distintas situaciones sociales en el presente y pasado. Su fiabilidad interjueces es adecuada: $k = 0.64$ (DiNardo, Brown, Lawton y Barlow, 1995). Las medidas de evaluación fueron las escalas FNE (Watson y Friend, 1969) y SAD (Watson y Friend, 1969). Se consideran instrumentos complementarios en la evaluación de la ansiedad social, ya que el primero evalúa el componente cognitivo de la misma a través de 30 ítems (formato de respuesta verdadero falso) y el segundo evalúa el malestar fisiológico y la evitación sobre 28 ítems (mediante un formato de respuesta similar). Son rápidas en su aplicación (entorno a quince minutos cada una de ellas), muy empleadas para evaluar ansiedad social (Heimberg, Hope, Rapee y Bruch, 1988, Orsillo, 2001) y fobia social (Perpiñá, Gallardo, Botella y Villa, 2003). En una muestra de estudiantes universitarios, su fiabilidad test-retest al cabo de un mes fue de 0.8 en el FNE y de 0.68 en el SAD, presentando ambas escalas un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.94 (Watson y Friend, 1969). Presentan buenas propiedades psicométricas en población adolescente y adulta de lengua española (Bobes *et al.*, 1999; García-López *et al.*, 2001; Villa *et al.*, 1998).

Procedimiento

Contamos con un diseño multigrupo A x B de medidas repetidas en B (Figura 1). El primer factor (A) lo constituye el tratamiento, en el cuál se llevaron a cabo medidas independientes; el otro factor (B) 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). Los sujetos fueron asignados de forma aleatoria a los distintos grupos de tratamiento y al grupo control.

Dispusimos de dos salas de trabajo en las que llevamos a cabo los tratamientos y evaluaciones. Con las personas que cumplían con los requisitos expuestos en los puntos de corte se llevó a cabo un contacto personal en el cuál se explicaba el motivo por el que se les había llamado y se les instaba a participar en una entrevista personal. A las personas que accedían a ser entrevistadas y que cumplían con los criterios establecidos para la inclusión en los distintos grupos, se les explicaba pormenorizadamente en qué consistiría el desarrollo de los tratamientos; a los sujetos

Figura 1
Diseño experimental



Leyenda:

Gr. Exper.: Grupo Experimental; Sg. 6 m.: Seguimiento 6 meses; Sg. 12 m.: Seguimiento 12 meses; Gr. Control: Grupo Control; Ev: Evaluación; [EX + RC]: Exposición y Reestructuración Cognitiva combinados; EX: Exposición; RC: Reestructuración Cognitiva; Ev. Sem.: Evaluación Semanal.

excluidos se les daría información para derivarles a otros profesionales o en casos leves se les proporcionaría estrategias de afrontamiento (finalmente no fue necesario derivarles). Al grupo control le proporcionamos un tratamiento a los tres meses para no demorar más su intervención.

Modalidades terapéuticas

Empleamos dos componentes psicológicos organizados en tres tratamientos: a) componentes de exposición y reestructuración cognitiva combinados, [EX + RC], durante 10 sesiones (N=31); b) bloque de exposición seguido de bloque de reestructuración cognitiva, (EX) – (RC), durante 5 sesiones cada bloque (N=23); c) bloque de reestructuración cognitiva seguido de bloque de exposición, (RC) – (EX), durante 5 sesiones cada bloque (N=31); los sujetos asignados a esta última modalidad experimental reconstituyeron con anterioridad un grupo control lista de espera de tres meses.

El tratamiento que integra de forma combinada los dos componentes es el propuesto por Echeburúa (1995), programa que a su vez se fundamenta en la terapia cognitiva descrita por Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) y que fue adaptada al tratamiento de la fobia social por Heimberg *et al.* (1990). Los otros dos tratamientos emplean en cada bloque un único componente, bien el de exposición (EX), bien el de reestructuración cognitiva (RC). Estos bloques se formaron a partir del tratamiento descrito por Echeburúa (1995) y en cada uno de ellos se eliminó cualquier referencia al otro, es decir, se contó con bloques de cinco sesiones en los que únicamente se empleó un único componente. Consideramos esencial garantizar la integridad de los tratamientos para lo cuál tomamos como referencia los trabajos llevados a cabo por Mattick *et al.* (1989), Mattick y Peters (1988), Salaberría y Echeburúa (1995) y Scholing y Emmelkamp (1993a; 1993b). Como estrategias de apoyo, se entregó en la primera sesión de cada tratamiento el "Resumen de los componentes de las habilidades sociales" (Caballo, 1991) y se practicó un breve entrenamiento en respiración diafragmática en las tres primeras sesiones de cada una de las tres modalidades experimentales. El resto de características generales del proceso terapéutico fueron: modalidad grupal, periodicidad semanal, dos horas de duración cada sesión, duración total del programa dos meses y medio y un terapeuta varón, estudiante de doctorado.

Resultados

En el pretratamiento la muestra total presentaba unas puntuaciones de 23,92 ($DT = 3,36$) en el FNE y de 17,45 ($DT = 4,52$) en el SAD. En ambas escalas su distribución se ajustaba a la Curva Normal según el análisis de Kolmogorov-Smirnoff. Los tres grupos fueron homogéneos en el pretratamiento y no existió ningún caso de remisión espontánea entre las evaluaciones pretratamiento 1 y pretratamiento 2 del grupo control en las variables mencionadas.

La evolución del tamaño de la muestra a lo largo de las distintas fases del estudio se indica en la Tabla 1.

Como puede observarse, ningún sujeto rechazó activamente el tratamiento; de las personas diagnosticadas, 7 sujetos no acudieron a la evaluación "pretratamiento 1" (rechazo pasivo). En el grupo control formado inicialmente por 31 personas hubo 7 abandonos, lo que supone un 22,58% respecto al pretratamiento 1. De los 72 participantes que comienzan el bloque 1, un total de 70 llevaron a cabo la evaluación postratamiento 2. Como puede observarse en la Tabla 1, la pérdida de sujetos fue sustancialmente más elevada en los seguimientos. No existieron diferencias significativas entre los tratamientos en función de la tasa de abandonos, excepto en la evaluación seguimiento 6 meses, en la que el tratamiento (EX) - (RC) reflejó una menor tasa de abandonos que los otros dos tratamientos.

En relación con la eficacia de las modalidades de intervención, el análisis de los datos se llevó a cabo en distintos pasos para cada variable dependiente: a) efectuamos un ANOVA MIXTO para establecer si existían diferencias entre la eficacia de los tratamientos experimentales [EX + RC] y (EX) - (RC) respecto al grupo control en su

Tabla 1
Evolución del tamaño de la muestra (2002-05)

	Pretest 1	Pretest 2	Comienzan Bloque 1	Postest 1	Comienzan bloque 2	Postest 2	Seguim. 6 m	Seguim. 1 año
Tratamiento 1: (EX y RC combinadas)								
Total 1	31	--	27 (87,09%)	27 (87,09%)	26 (83,87%)	26 (83,87%)	20 (64,51%)	15 (48,38%)
Tratamiento 2: (EX) – (RC)								
Total 2	23	--	23 (100%)	22 (95,6%)	22 (95,6%)	22 (95,6%)	21 (91,3%)	10 (43,47%)
Tratamiento 3: (RC) – (EX); Gr. control								
Total 3	31	24 (77,41%)	22 (70,96%)	22 (70,96%)	22 (70,96%)	22 (70,96%)	14 (45,16%)	8 (25,80%)
Totales	85	24 (28,23%)	72 (84,70%)	71 (83,52%)	70 (82,35%)	70 (82,35%)	55 (64,70%)	33 (38,82%)

Entre paréntesis se halla el número de participantes que abandonaron en ese momento de evaluación; el porcentaje hace referencia a los sujetos en el momento de evaluación respecto al pretratamiento 1.

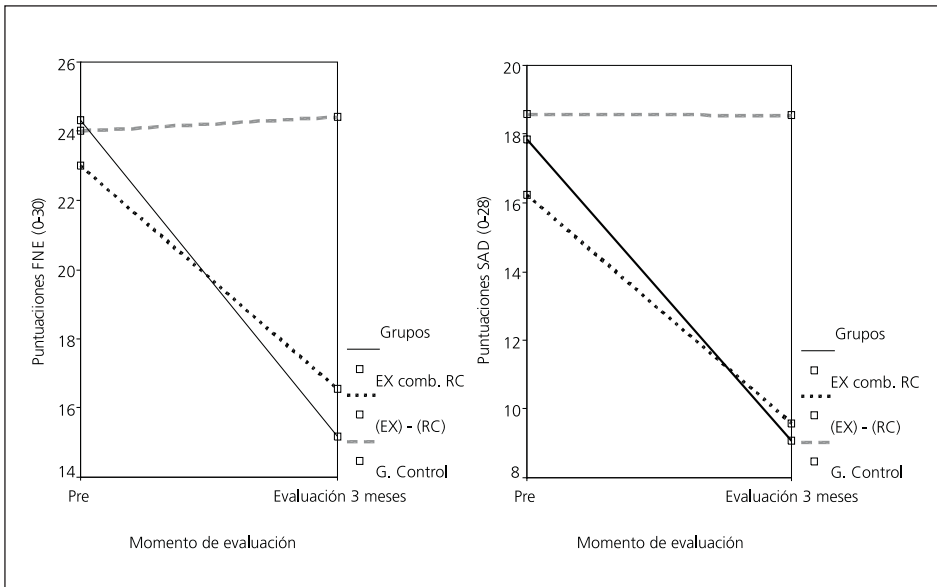
evolución desde la evaluación pretratamiento hasta la evaluación efectuada a los tres meses (postratamiento 2 en el caso de los grupos que recibieron tratamiento y pretratamiento 2 en el caso del grupo control). Posteriormente, y con objeto de conocer la eficacia de los tratamientos en los que existieron diferencias significativas en su evolución respecto al grupo control, llevamos a cabo un ANOVA de medidas repetidas (comparaciones intragrupo) en dichos tratamientos; b) mediante un ANOVA MIXTO examinamos si existían diferencias entre la eficacia de los tratamientos [EX + RC], (EX) - (RC) y (RC) – (EX) en su evolución en las evaluaciones pretratamiento 1, postratamiento 1 y postratamiento 2; c) realizamos un ANOVA de medidas repetidas para conocer la eficacia del tercer grupo de tratamiento, (RC) – (EX) en las evaluaciones postratamiento 1 y 2 respecto a las evaluaciones pretratamiento 1 y 2; d) mediante un ANOVA MIXTO valoramos la evolución del mantenimiento de la eficacia del seguimiento a los 6 meses respecto al postratamiento 2; e) mediante otro ANOVA MIXTO examinamos la evolución del mantenimiento de la eficacia del seguimiento a los 12 meses respecto al seguimiento a los 6 meses en los tres grupos (debido a la notable pérdida de sujetos de la que hemos informado) y, finalmente, f) proporcionamos datos sobre la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas empleadas en los principales momentos de evaluación.

Respecto a las cuatro evoluciones de los grupos descritas previamente (apartados a, b, d y e), únicamente existieron diferencias significativas en la primera de las mismas, es decir, en la que experimentaron los dos primeros tratamientos y el grupo

control desde la evaluación pretratamiento 1 hasta la evaluación a los tres meses (apartado a), tanto en el FNE ($F(2,69) = 42,5; p = 0,000$; Figura 2), como en el SAD ($F(2,69) = 33,91; p = 0,000$; Figura 2). La superioridad de los grupos terapéuticos [EX + RC] y (EX) - (RC) respecto al grupo control fue estadísticamente significativa y se evidenció en las dos escalas ($p < 0,001$). Como hemos indicado, no existieron diferencias significativas en la evolución de las tres modalidades experimentales en las evaluaciones pretratamiento 1, postratamiento 1 y postratamiento 2 (apartado b), ni tampoco en las dos evoluciones efectuadas en los seguimientos (apartados d y e).

Figuras 2

Evolución de los grupos: a) EX combinada RC; b) (EX) – (RC) y c) Control desde el Pretratamiento 1 a la evaluación a los tres meses en las escalas FNE y SAD.



Leyenda: FNE: "Escala de miedo a la evaluación negativa" (*Fear of Negative Evaluation, FNE*; Watson y Friend, 1969); SAD: "Escala de estrés y evitación social" (*Social Avoidance and Distress, SAD*; Watson y Friend, 1969); EX comb. RC: Exposición combinado con Reestructuración Cognitiva; (EX) – (RC): Bloque Exposición seguido bloque Reestructuración Cognitiva; G. Control: Grupo Control; Pre: Pretest.

Siguiendo los pasos indicados, efectuamos ANOVAS de medidas repetidas en los tratamientos [EX + RC] y (EX) - (RC) en los momentos de evaluación pretratamiento 1, postratamiento 1 y postratamiento 2 y en el tratamiento (RC) – (EX) en los momentos de evaluación pretratamiento 1, pretratamiento 2, postratamiento 1 y postratamiento 2 (apartado c). Los ANOVAS de medidas repetidas de cada uno de los tratamientos en los principales momentos de evaluación mostraron diferencias significativas tanto en el FNE como en el SAD ($p < 0,001$). La eficacia de la tercera

modalidad experimental, (RC) – (EX), se contrastó por la inexistencia de diferencias significativas entre las puntuaciones pretratamiento 1 y pretratamiento 2 en las escalas FNE ($t = -1,22$; $p = 0,23$) y SAD ($t = 0,09$; $p = 0,92$), 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.

En la Tabla 2 se indican las diferencias significativas de cada uno de los tratamientos entre los distintos momentos de evaluación.

Tabla 2
Diferencias significativas entre distintos momentos en el FNE y SAD

	[EX + RC]	(EX) – (RC)	(RC) – (EX)
FNE	PRE 1 *** > POST 1 y POST 2	PRE 1 *** > POST 1 y POST 2	PRE 1 y PRE 2 *** > POST 2
	POST 1 *** > POST 2	POST 1 ** > POST 2	PRE 1 y PRE 2 ** > POST 1 POST 1 *** > POST 2
SAD	PRE 1 *** > POST 1 y POST 2	PRE 1 *** > POST 1 y POST 2	PRE 1 y PRE 2 ** > POST 1
	POST 1 *** > POST 2	POST 1 ** > POST 2	PRE 1 y PRE 2 *** > POST 2 POST 1 *** > POST 2

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

Sólo se indica superioridad estadísticamente significativa entre momentos.

Leyenda: [EX + RC]: Exposición y Reestructuración Cognitiva combinados; (EX) – (RC): Bloque Exposición seguido bloque Reestructuración Cognitiva; (RC) – (EX): Bloque Reestructuración Cognitiva seguido bloque Exposición; FNE: "Escala de miedo a la evaluación negativa" (Fear of Negative Evaluation, FNE; Watson y Friend, 1969); SAD: "Escala de estrés y evitación social" (Social Avoidance and Distress, SAD; Watson y Friend, 1969); PRE: Pretest; POST: Posttest.

Tanto en el FNE como en el SAD se constató un descenso significativo de sus puntuaciones en la práctica totalidad de momentos de evaluación en todos los grupos. Asimismo, se puso de manifiesto que el segundo bloque de 5 sesiones había aportado gran eficacia al primer bloque de 5 sesiones en las variables contempladas en esta investigación. Se observó la inexistencia de diferencias significativas entre los tres grupos experimentales en su evolución entre los momentos de evaluación pretratamiento 1, postratamiento 1 y postratamiento 2 en las variables consideradas. En los seguimientos considerados las tres modalidades experimentales no presentaron diferencias significativas entre ellas en el FNE y SAD. Al considerar únicamente la influencia del tiempo en las tres modalidades contempladas, se observó que la eficacia de los mismos no cambió significativamente, sino que se mantuvo.

En la Tabla 3 figuran las medias y desviaciones típicas de las dos variables en distintos momentos de evaluación y los valores de F de medidas independientes (apartado f).

Tabla 3

Medias, desviaciones típicas y valores de F de los grupos experimentales en el FNE y SAD en los principales momentos de evaluación

Variables	[EX + RC]	(EX) – (RC)	(RC) – (EX)	F
	M DT	M DT	M DT	
FNE (0-30)				
Pretratamiento	24,35 3,53	22,83 2,98	24,29 3,38	1,68
Postratamiento 1	19,74 4,77	19,64 4,37	20,32 5,06	0,13
Postratamiento 2	15,19 5,23	16,55 4,07	17,00 5,03	0,92
Seguim. 6 meses	14,65 5,40	16,48 4,64	18,71 4,89	2,73
Seguim. 12 meses	15,27 6,85	17,40 6,58	20,13 3,83	1,62
SAD (0-28)				
Pretratamiento	17,71 3,95	16,26 4,62	18,06 4,93	1,13
Postratamiento 1	12,81 4,74	13,00 5,01	15,09 5,99	1,33
Postratamiento 2	9,08 4,15	9,59 4,61	11,09 4,82	1,24
Seguim. 6 meses	7,85 4,25	8,86 5,03	14,00 5,63	7,03**
Seguim. 12 meses	7,80 4,98	7,50 4,74	12,75 5,36	3,11
* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001				

Leyenda: [EX + RC]: Exposición y Reestructuración Cognitiva combinados; (EX) – (RC): Bloque Exposición seguido bloque Reestructuración Cognitiva; (RC) – (EX): Bloque Reestructuración Cognitiva seguido bloque Exposición; FNE: "Escala de miedo a la evaluación negativa" (*Fear of Negative Evaluation, FNE*; Watson y Friend, 1969); SAD: "Escala de estrés y evitación social" (*Social Avoidance and Distress, SAD*; Watson y Friend, 1969); M: Media; DT: Desviación típica; Seguim.: Seguimiento.

Únicamente existieron diferencias significativas en el SAD en el seguimiento efectuado a los 6 meses, dónde la modalidad experimental (RC) – (EX) presentaba puntuaciones estadísticamente superiores (esto es, más deterioradas) a las de los otros dos grupos.

Discusión

Nuestros datos muestran la eficacia de los componentes de exposición y de reestructuración cognitiva, bien sean aplicados por separado o conjuntamente en una modalidad grupal, en la reducción del miedo a la evaluación negativa, así como de

la ansiedad y evitación social en jóvenes adultos con fobia social. Estos resultados son consistentes con los hallados por otros autores en intervenciones con jóvenes adultos con fobia social (García-López *et al.*, 2006; Montorio, Izal, Lázaro y López, 1996; Olivares y García-López, 2002).

En particular, los datos revelan una clara eficacia de las tres modalidades de tratamiento contempladas en relación con un grupo control en la reducción de la fobia social evaluada mediante escalas de ansiedad social. Los resultados ponen de manifiesto que los 3 bloques de tratamiento (*primeras 5 sesiones*) y las 3 modalidades experimentales (*10 sesiones*) son claramente eficaces y que existe una clara aportación del segundo bloque de sesiones respecto al primero.

Los componente de exposición y reestructuración cognitiva empleados en solitario evidenciaron su eficacia en la reducción de la fobia social. Esto concuerda con distintos estudios que avalan la exposición como un componente eficaz en el tratamiento de la fobia social (Butler *et al.*, 1984; Emmelkamp, Mersch, Vissia y Van der Helm 1985; Hope, Heimberg y Bruch, 1995; Mattick y Peters, 1988; Mattick *et al.*, 1989; Mersch, 1995; Salaberría y Echeburúa, 1995; 1998; Scholing y Emmelkamp, 1993a, 1993b; Turner, Beidel y Cooley, 1995; Turner, Beidel y Jacob, 1994; Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994); igualmente está de acuerdo con que los tratamientos basados en la reestructuración cognitiva han probado su eficacia en el tratamiento de la fobia social (DiGiuseppe, McGowan, Sutton-Simon y Gardner, 1990; Emmelkamp *et al.*, 1985; Heimberg *et al.*, 1990; Heimberg, Salzman, Holt y Blendell, 1993; Mattick *et al.*, 1989; Mersch, Emmelkamp, Bögels y Van der Sleen, 1989). En los tratamientos que consistieron de bloques formados por un único componente, el hecho de añadir un segundo bloque de cinco sesiones con un componente diferente al empleado en el primer bloque también supuso un considerable beneficio en las variables evaluadas.

De un modo similar, la combinación integrada de estos componentes en cada una de las sesiones reflejó una gran eficacia en las dos variables tanto a las cinco como a las diez sesiones. Estos hallazgos se encuentran en la línea expresada, entre otros, por Echeburúa (1995), Heimberg y Barlow (1988) y Heimberg y Juster (2000).

El hecho de que las tres modalidades experimentales evolucionaran sin que existiesen diferencias significativas entre sí en los principales momentos de evaluación indicó que: a) la reestructuración cognitiva no fortaleció significativamente el empleo de la exposición (*postratamiento 1*), hallazgos que se encuentran en consonancia con estudios como los de Hofmann (2004), Hope *et al.*, (1995), Mersch (1995), Salaberría y Echeburúa (1995, 1998), Scholing y Emmelkamp (1993a, 1993b), Taylor *et al.* (1997) y que discrepan de los estudios en los que el componente cognitivo potencia la eficacia de la exposición (Bruch, Heimberg y Hope, 1991; Butler *et al.*, 1984; Heimberg, Becker, Goldfinger y Vermilyea 1985; Heimberg *et al.*, 1990; Heimberg *et al.*, 1993; Lucas y Telch, 1993; Mattick y Peters, 1988; Mattick *et al.*, 1989); b) la exposición no fortaleció significativamente el empleo de la reestructuración cognitiva (*postratamiento 1*); recordemos que la línea de investigación más habitualmente empleada es la que ha tratado de conocer si las técnicas cognitivas potencian la eficacia de las técnicas de exposición y no al revés, debido a que la

mayoría de las cogniciones se desarrollan con asignaciones de conducta (Heimberg y Juster, 2000); y c) no existieron diferencias significativas ni a las 5 sesiones en los componentes empleados en solitario, ni a las 10 sesiones, en cuanto al formato (integrado o bloque seguido de bloque) en el que se combinaron dichos componentes.

El tratamiento combinado conllevó mayor disminución en las puntuaciones de las escalas a la finalización de cada bloque de tratamiento respecto a los datos obtenidos en el pretratamiento que las otras dos modalidades. Sin embargo, no existió superioridad estadísticamente significativa del tratamiento combinado respecto al empleo de estas técnicas por separado, resultados similares a los obtenidos en los meta-análisis llevados a cabo por Feske y Chambless (1995), Moreno *et al.* (2000) y Taylor (1996).

Por otra parte, Moreno *et al.* (2000) señalan cómo la eficacia de las técnicas cognitivas ha sido puesta en entredicho a la hora de aportar efectos positivos a las técnicas de exposición, a pesar de que estas técnicas se han mostrado eficaces incluso controlando explícitamente la existencia de instrucciones de exposición. Moreno *et al.* (2000) indican que cualquier tratamiento grupal ante los estímulos ansiógenos en torno a las dos horas de duración podría convertirse en un tratamiento de exposición, a pesar de que se evitasen explícitamente instrucciones para exponerse. Estos autores manifiestan que la ausencia de diferencias entre los tratamientos podría basarse en los elementos comunes de los mismos. Si bien estos aspectos eran conocidos al planificar este estudio, no podemos infravalorar las consideraciones realizadas por Moreno *et al.* (2000), ya que podrían explicar en gran medida los resultados hallados.

La evolución terapéutica encontrada en este estudio reveló un mayor cambio después de la aplicación de los bloques de tratamiento y un mantenimiento de las ganancias en los seguimientos. A pesar de que apenas existieron diferencias significativas, las modalidades experimentales exposición combinada con reestructuración cognitiva y bloque exposición seguido de bloque reestructuración cognitiva se mostraron ligeramente superiores a la otra modalidad teniendo en cuenta el mantenimiento de la eficacia en los seguimientos en las dos escalas. Hofmann (2004) halló que la intervención cognitivo conductual conllevó un mayor mantenimiento de las ganancias en el seguimiento a los seis meses que el tratamiento exposición sin intervención cognitiva explícita. En el meta-análisis efectuado por Feske y Chambless (1995) se observó un mantenimiento de los resultados en el seguimiento respecto al postratamiento. Taylor (1996) y Moreno *et al.* (2000) constataron que el tamaño del efecto era mayor en el seguimiento que en el postratamiento. En nuestro país, los datos hallados en un seguimiento a largo plazo han demostrado el mantenimiento de los beneficios de tratamientos cognitivo-conductuales, hasta cinco años después del fin del tratamiento (García-López *et al.*, 2006; García-López, Olivares, Turner, Beidel, Albano y Sánchez-Meca, 2002; Olivares, García-López, Beidel, Turner e Hidalgo, 2002).

No existieron diferencias significativas en función de la tasa de abandonos, como ocurre en otros estudios (Scholing y Emmelkamp, 1993b), tanto a) acumulada desde el comienzo del bloque 1 en los principales momentos de intervención (comienzo

de los bloques) y evaluación (postratamiento 1 y 2 y seguimientos), como b) exclusivamente analizada en los principales momentos de intervención y evaluación. Se observa una elevada adherencia a los tratamientos durante la realización de los mismos. Los rechazos pasivos y abandonos hasta el postratamiento 2 suponen un 17,64%, datos similares a otros estudios (Salaberría y Echeburúa, 1995; Scholing y Emmelkamp, 1993a, 1993b); la tasa de abandonos en los seguimientos fue mucho mayor (21,42% en el seguimiento a los 6 meses y 40% en el seguimiento a los 12 meses respecto a cada uno de los anteriores momentos de evaluación). "La pérdida de sujetos en el seguimiento puede deberse, al menos en algunos casos, al grado de mejoría de los sujetos que ya no están motivados para acudir periódicamente al lugar de la terapia" (Salaberría y Echeburúa, 1995; pág. 176).

Entre las limitaciones que presenta este estudio se encuentran el carecer de otro evaluador independiente a la hora de establecer el diagnóstico de la fobia social o no emplear otras escalas como la "Escala de fobia social" (*Social Phobia Scale, SPS*; Mattick y Clarke, 1998), la "Escala de ansiedad en la interacción social" (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*; Mattick y Clarke, 1998) o el "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989).

Las líneas de investigación futuras pueden centrar sus esfuerzos en: a) maximizar la integridad de los tratamientos, fundamentalmente tratando de controlar los aspectos relacionados con la exposición explícita con los miembros del grupo o el terapeuta (por ejemplo empleando formatos individuales) o tratando de controlar que los experimentos conductuales encaminados a contrarrestar creencias desadaptativas y que generalmente suponen formar parte de una situación social y focalizar la atención en elementos relevantes de la misma, no se conviertan en un tratamiento de exposición (podrían limitarse el número y duración de este tipo de experimentos cognitivos); b) evaluar de un modo preciso la capacidad de los sujetos para aprender, automatizar y generalizar la realización de ejercicios cognitivos; c) estudiar el efecto de otros componentes o aspectos como el número, duración, frecuencia de las sesiones o gravedad de los sujetos; d) aportar datos complementarios para establecer la eficacia de las técnicas (Bados, García-Grau y Fusté, 2003).

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC.: APA.
- Bados, A., García-Grau, E. y Fusté, A. (2003). Significación clínica de los resultados del tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 643-678.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. R. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Orig. 1979).
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., de la Torre, J., Doménech, R., González-Quirós, M., Bascarán, M. T., González, J. L. y Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medical Clinical*, 112, 530-538.

- Bruch, M. A., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1991). States of mind model and cognitive change in treated social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 429-441.
- Butler, B. y Wells, A. (2000). Tratamientos cognitivos de conducta: aplicaciones clínicas. En R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope y F. Schneier (eds.), *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*, (pp. 299-320). Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1995).
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: some instructive difficulties. *Behavior Research and Therapy*, 23, 651-657.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. y Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.
- 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.
- Caballo, V. E. y Mateos, P. M. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8, 173-215.
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, Beutler, L., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., De Rubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Bennet Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- DiGiuseppe, R., McGowan, L., Sutton-Simon, K. y Gardner, F. (1990). A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8, 129-146.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A. y 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. y Barlow, D. H. (1995, november). *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. (1990). La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del DSM-III-R y la ICD-10. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 1-15.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 7-23.
- Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P. A., Vissia, E. y Van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Feske, U. y 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., Beidel, D.C., Albano, A.M., Turner, S.M. y Rosa, A.I. (2006). Results at long-term among three treatment protocols: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y 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., Olivares, J., Turner, S. M., Beidel D. C., Albano, A. M. y Sánchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10, 165-179.
- García-López, L. J., Ruiz, J., Olivares, J., Piqueras, J. A., Rosa, A. I. y 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
- Heimberg, R. G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobia: a critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 107-128.
- Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K. y Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J. y Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Rapee, R. M. y Bruch, M. A. (1988). The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and Fear of Negative Evaluation Scale with social phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 407-410.
- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (2000). Tratamientos cognitivos de conducta: revisión de la literatura. En R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope y F. Schneier (eds.), *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*, (pp. 253-298). New York: The Guilford Press (Orig. 1995).
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S. y Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive Mediation of Treatment Change in Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 392-399.
- 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.
- Liebowitz, M. R. y Marshall, R. D. (2000). Tratamientos farmacológicos: aplicaciones clínicas. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 349-364). Nueva York: Guilford Press (Orig. 1995).
- Lucas, R. A. y Telch, M. J. (1993, noviembre). *Group versus individual treatment of social phobia*. Ponencia presentada en la reunión anual de la Asociación para el Avance de la Terapia de la Conducta, Atlanta, GA.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Bennett, M., Patterson, B. y Watson, C. (2005). Emerging treatments for child and adolescent social phobia: a review. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15, 589-607.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Mattick, R. P., y 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.

- Méndez, F. X., Sánchez, J. y 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.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bögels, S. M. y Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Montorio, I., Izal, M., Lázaro, S. y López, A. (1996). Dificultad para hablar en público en el ámbito universitario. Eficacia de un programa para su control. *Ansiedad y Estrés*, 2, 227-244.
- Moreno, P. J., Méndez, F. X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12, 346-352.
- Oei, T. P., Kenna, D. y Evans, L. (1991). The reliability, validity, and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorders patients. *Personality and Individual Differences*, 12, 111-116.
- Olivares, J. y 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., García-López, L.J., Beidel, D.C., Turner, S.M., e Hidalgo, M.D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Orsillo, S. M. (2001). Measures for social phobia. En M. M. Antony, S. M. Orsillo y L. Roemer (dirs.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*, (pp. 165 -187). New York: Plenum.
- Perpiñá, C., Gallardo, M., Botella, C. y Villa, H. (2003). La evaluación de la fobia social. En C. Botella, R. M^a. Baños y C. Perpiñá (comps.), *Fobia social*, (pp. 119-150). Barcelona: Paidós.
- Rodebaugh, T. L. y Chambless, D. L. (2004). Cognitive Therapy for Performance Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 809-820.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. y Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- Rosa, A. I., Sánchez, J., Olivares, J. y López, J. A. (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: un estudio meta-analítico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55, 625-639.
- Ruipérez, M. A., García-Palacios, A. y Botella, C. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psicothema*, 14, 426-433.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de conducta*, 21, 151-179.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262-284.
- Salaberría, K., Borda, M., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Tratamiento de la fobia social: Un análisis bibliométrico (1974-1994). *Psicología Conductual*, 4, 111-121.
- Scholing, A. y 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. y Emmelkamp, P. M. G. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.

- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1993). Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. *A report adopted by the APA Division 12 Board*, 1-17.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., McLean, P., Paterson, R. J. y Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. *Behavior Modification*, 21, 487-511.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350-358.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R. (1995). 2-year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 553-555.
- 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., Dancu, C. V., y Stanley, M. A. (1989). An Empirically Derived Inventory to Measure Social Fears and Anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Villa, H., Botella, C., Quero, S., Ruipérez, M. A. y Gallardo, M. (1998, noviembre). *Propiedades psicométricas de dos medidas de autoinforme en fobia social: Miedo a la evaluación negativa (FNE) y escala de evitación y ansiedad social (SADS)*. Póster presentado en el I Symposium sobre Fobias y otros Trastornos de Ansiedad, Granada.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of Social-Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.