

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA FOBIA SOCIAL: UN ESTUDIO META-ANALÍTICO*

F. Javier Méndez Carrillo, Julio Sánchez Meca y Pedro J. Moreno Gil¹
Universidad de Murcia (España)

Resumen

En este artículo presentamos los resultados de una revisión meta-analítica sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social. La búsqueda bibliográfica arrojó un total de 48 estudios que cumplían los criterios de selección. El tamaño del efecto medio (ponderado por la inversa de la varianza) fue $d_+ = 0,724$ en el posttest y $d_+ = 0,902$ en el seguimiento. Estos resultados nos permiten afirmar, en términos generales, que estos tratamientos para la fobia social son claramente eficaces. Sin embargo, la prueba de homogeneidad no resultó estadísticamente significativa, por lo que podemos asumir que es homogénea la eficacia de las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. Este hecho cuestiona los principios psicológicos que subyacen a la eficacia de dichos tratamientos. Se propone una explicación basada en la exposición a los estímulos sociales temidos.

PALABRAS CLAVE: *Fobia social, meta-análisis, tratamiento psicológico, terapia de conducta.*

Abstract

In this paper the results of a meta-analytic review about the effectiveness of psychological treatments for social phobia are presented. The literature search enabled to identify a total of 48 studies that met the selection criteria. The average effect size (as weighed by the inverse of the variance) was $d_+ = 0.724$ in the post-test and $d_+ = 0.902$ in the follow-up. These results permit us to affirm, in global terms, that these treatments of social phobia are clearly effective. Nevertheless, the homogeneity test did not reach statistical significance, by which we can assume that the effectiveness of exposure techniques, cognitive restructuring techniques, and social skills training can be considered homogeneous. This fact questions the psychological principles that underlie the effectiveness of these treatments. An explanation based on feared social stimuli exposure is proposed.

KEY WORDS: *Social phobia, meta-analysis, psychological treatment, behavior therapy.*

1 *Correspondencia:* Julio Sánchez-Meca, Dpto. Psicología Básica y Metodología, Facultad de Psicología, Campus de Espinardo, Apdo. 4021, 30100-Murcia (España). Correo electrónico: jsmecca@um.es

Agradecimientos: Expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Fulgencio Marin, de la Universidad de Murcia, por su colaboración en los análisis de datos, que tan diligentemente programó en GAUSS.

* Este trabajo ha sido financiado por el Programa Sectorial de Promoción General del Conocimiento del Ministerio de Educación y Cultura (PB98-0401).

Introducción

A pesar de constituir un síndrome clínico que alcanza tasas de prevalencia entre el 3% y el 13% (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson *et al.*, 1994), la fobia social es un trastorno de ansiedad que ha permanecido prácticamente ignorado hasta mediados de la década de los ochenta (Heimberg, 1989a; Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985).

Este trastorno fóbico suele complicarse con absentismo laboral, abuso de drogas y/o ansiolíticos, alcoholismo y depresión (Barlow, DiNardo, Vermilyea *et al.*, 1986; Bowen, Cipywnyk, D'Arcy y Keegan, 1984; Chambless, Cherney, Caputo y Rheinstein, 1987; Higgins y Marlatt, 1975; Kushner, Sher y Beitman, 1990; Schneier, Martin, Liebowitz *et al.*, 1989). En algunos casos estos problemas son la expresión de una fobia social no diagnosticada, de modo que este hecho incrementa la prevalencia de este cuadro clínico (Stravynski, Lamontagne y Lavallee, 1986).

La característica central de la fobia social es el miedo excesivo y persistente ante situaciones sociales en las que el paciente se expone a la observación o el escrutinio de otras personas (APA, 1994). Dichos miedos sociales pueden alcanzar diversos grados de generalización. El DSM-IV distingue un subtipo generalizado de fobia social que es aplicable a aquellas personas que temen la mayoría de las situaciones sociales. No obstante, Heimberg, Holt, Schneier *et al.* (1993) distinguen dos subtipos adicionales: *subtipo circunscrito*, aplicable a aquellas personas que temen tan sólo una o dos situaciones discretas, y *subtipo no-generalizado*, aplicable a aquellas personas que, demostrando un funcionamiento adaptativo en algunas áreas sociales, experimentan ansiedad en un número mínimo de situaciones interactivas, aunque superior a las del subtipo circunscrito. La fobia social presenta una alta comorbilidad con el trastorno de pánico (van Amerigen, Mancini, Styan y Donison, 1991) y con el trastorno de la personalidad por evitación (Herbert, Hope y Bellack, 1992; Holt, Heimberg y Hope, 1992; Turner, Beidel y Townsley, 1992).

Los tratamientos psicológicos más estudiados son el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y la combinación de exposición y reestructuración cognitiva. Las técnicas de relajación, la desensibilización sistemática y el entrenamiento en manejo de la ansiedad han sido estudiadas en menor medida. Las técnicas de exposición se consideran el tratamiento de elección para los trastornos fóbicos (Marks, 1991), o al menos un componente fundamental de cualquier paquete terapéutico eficaz (Echeburúa, 1993; Heimberg, 1989b; Heimberg y Juster, 1995), aunque resulta muy reciente su aplicación a la fobia social (Echeburúa y Salaberría, 1991). Por otro lado, existe un amplio consenso sobre la presencia de una mediación cognitiva en la fobia social superior al resto de trastornos de ansiedad (cf. Beck y Emery, 1985; Butler, 1989; Heimberg y Barlow, 1988), aunque la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva no ofrece resultados concluyentes (Echeburúa, 1993; Heimberg, 1989b; Heimberg y Juster, 1995; Salaberría y Echeburúa, 1995). Feske y Chambless (1995) afirman, tras meta-analizar 21 estudios, que las técnicas de exposición son igualmente eficaces aplicadas de modo exclusivo o en combinación con técnicas de reestructuración cognitiva. Taylor (1996), tras meta-analizar 42 estudios, comprobó que todos los

tratamientos considerados en su trabajo —placebo, exposición, reestructuración cognitiva (sin ejercicios de exposición), combinación integrada de reestructuración cognitiva y exposición, entrenamiento en habilidades sociales— arrojaban tamaños del efecto superiores a la condición de lista de espera, pero sólo la combinación de reestructuración cognitiva y exposición resultó superior al grupo tratado con píldoras placebo.

El objetivo del presente meta-análisis consiste en estimar la eficacia de los tratamientos psicológicos ensayados en pacientes que sufren fobia social. Además determinaremos las variables que moderan la eficacia de la psicoterapia en este trastorno fóbico. Las principales diferencias con los dos meta-análisis publicados son que nuestro estudio:

1. Incluye todo tipo de tratamiento psicológico aplicado en un diseño de grupo con al menos datos *pretest-postest* (esto implica incluir, por ej., grupos que reciben sólo reestructuración cognitiva sin exposición o procedimientos no derivados del modelo cognitivo y/o conductual).
2. Excluye grupos tratados con píldoras placebo, solas o en combinación con tratamientos psicológicos, debido a la confusión que genera para nuestros propósitos la comparación de un grupo con sólo tratamiento psicológico frente a otros que añaden las expectativas de recibir tratamiento farmacológico.
3. Incluye estudios realizados con población española.
4. Tiene un tamaño muestral mayor (48 estudios), pese a no tratar los grupos de lista de espera como estudios independientes, como ocurre en el trabajo de Taylor (1996). Este incremento muestral beneficia la potencia de los contrastes estadísticos, permitiendo hallar diferencias existentes, con mayor probabilidad, allí donde se encuentren (Cohen, 1988).
5. Incluye diseños intergrupo e intragrupo.
6. Incluye todo tipo de medida relacionada de modo directo con las descripciones del cuadro clínico en los sistemas nosológicos empleados (p.ej., escalas aplicadas por entrevistadores).
7. Excluye las medidas no relacionadas de modo directo con las descripciones del cuadro clínico en los sistemas nosológicos (p.ej., creencias irracionales o estado depresivo), ya que los estudios difieren en la evaluación del tipo y número de constructos adicionales analizados. Consideramos, a priori, que la inclusión de constructos no contemplados en la definición de fobia social puede generar una heterogeneidad adicional que confunda la magnitud de las diferencias entre los tratamientos.
8. Emplea técnicas de análisis de datos basadas en mínimos cuadrados ponderados. Actualmente las técnicas estadísticas clásicas, que no ponderan los estudios según su precisión, están desaconsejadas en meta-análisis (Cooper y Hedges, 1994; Hedges y Olkin, 1985; Rosenthal, 1991).

Método

Distinción entre «informe de investigación» y «estudio»

Dado que un mismo artículo (o capítulo de libro, informe técnico, etc.) podía incluir varios tratamientos alternativos junto con algún grupo de control aplicados a grupos diferentes, se entendió que la comparación de cada tratamiento con el grupo de control (o la comparación pretest-postest de cada tratamiento cuando no hubo grupo de control) constituye un «estudio», mientras que el artículo completo es un «informe de investigación». De esta forma, un mismo «informe de investigación» podía contribuir con varios «estudios», los cuales se consideraron independientes al estar basados en muestras de pacientes diferentes. Así por ejemplo, un artículo (informe de investigación) con dos tratamientos alternativos (A y B) y un grupo de control contribuiría al meta-análisis con dos «estudios» independientes: uno que comparó el tratamiento A con el grupo de control y otro que comparó el tratamiento B con el grupo de control. Si el artículo sólo tenía dos grupos que recibieron tratamientos alternativos y se tomaron medidas pretest-postest, también contribuyó con dos estudios independientes al meta-análisis: la comparación pretest-postest de cada tratamiento.

Criterios de inclusión/exclusión de informes de investigación

Con el objeto de homogeneizar la muestra empírica y aplicar adecuadamente la tecnología meta-analítica establecimos los siguientes criterios conceptuales y metodológicos que nos permitiesen incluir/excluir con rigor un informe de investigación:

1. El informe de investigación debía contrastar la eficacia de *al menos un* tratamiento psicológico para el síndrome clínico *fobia social*.
2. El concepto de *fobia social* que se empleaba en dicho informe de investigación debía ajustarse, de modo explícito, a las definiciones incluidas en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE; Organización Mundial de la Salud, 1978, 1979, 1992) o en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM; *American Psychiatric Association*, 1980, 1987, 1994).
3. La fecha de publicación (o realización del estudio, si éste no había sido publicado) debía estar comprendida en el intervalo 1980-1997, ambos inclusive. El límite inferior de dicho intervalo se determinó por la fecha de publicación de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
4. El diseño de la investigación debía ser un diseño de grupo, con al menos 5 sujetos experimentales.
5. El informe de investigación debía aportar suficientes datos para estimar los tamaños del efecto.
6. Se excluyeron los informes de investigación que no presentaban datos de *pretest*, incluidos los diseños inter-grupo.

7. Se excluyeron también los informes que empleaban la metodología de *diseño de caso único*. Ello se debe a que no es posible integrar cuantitativamente los resultados de diseños de grupo con los de diseño de caso único.

Búsqueda de la literatura

Para minimizar sesgos de selección empleamos varios procesos de búsqueda de informes de investigación:

1. *Consultas informatizadas*. Utilizamos las bases de datos PsycLIT, MEDLINE y PSICODOC. Los descriptores empleados fueron: «fobia social», «ansiedad social», «tratamiento», «terapia», «*social phobia*», «*social anxiety*», «*treatment*», «*therapy*».
2. *Revisión de artículos y monografías de autores relevantes en el área*. En concreto: Echeburúa y Salaberría (1991), Feske y Chambless (1995), Heimberg (1989b), Heimberg y Juster (1995), Salaberría, Borda, Báez y Echeburúa (1996) y Taylor (1996).
3. *Ancestry approach*. Procedimiento que consiste en la revisión de referencias bibliográficas de los informes de investigación ya localizados como fuente de estudios primarios previos.
4. *Petición de trabajos a expertos*. Se solicitaron trabajos no publicados a autores relevantes en el área.

La búsqueda de literatura efectuada nos permitió localizar 30 informes de investigación que cumplieran con los criterios de selección, arrojando un total de 48 estudios. En el anexo I puede inspeccionarse algunas de las características de dichos estudios.

Codificación de estudios

Para definir operacionalmente las variables que debían ser codificadas confeccionamos un manual con pautas específicas y una hoja de codificación. La calidad de estos instrumentos de codificación fue estudiada mediante la selección de una muestra aleatoria de 10 informes de investigación (33% del total de informes localizados), que fue codificada por dos codificadores independientes.

Se calcularon diversos índices para estudiar la fiabilidad de la codificación:

- porcentaje de acuerdo sobre el número de estudios identificados en cada informe localizado y seleccionado,
- para las variables cualitativas codificadas, tasa de acuerdo y coeficiente Kappa de Cohen,
- para las variables cuantitativas codificadas, correlación de Pearson y correlación intraclase.

Variables moderadoras

Las variables cuyo posible efecto moderador se contrastó fueron clasificadas, de acuerdo con Lipsey (1994), en tres grandes apartados (véase Tabla 1):

Tabla 1
Variables moderadoras

De tratamiento	<p>Tratamiento psicológico empleado</p> <p>Sexo de los profesionales</p> <p>Experiencia de los profesionales</p> <p>Tareas para casa del tratamiento</p> <p>Programa de seguimiento del tratamiento</p> <p>Utilización de agentes externos al grupo terapéutico</p> <p>Contrato terapéutico</p> <p>Modalidad de entrenamiento</p> <p>Número de terapeutas</p> <p>Número de sesiones de tratamiento</p> <p>Duración del tratamiento</p> <p>Intensidad del tratamiento</p> <p>Absentismo</p>
De sujeto	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Nivel socioeconómico</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Sistema de diagnóstico empleado</p> <p>Subtipo de fobia social</p> <p>Duración media de la fobia social</p> <p>Comorbilidad</p> <p>Presencia de tratamientos previos</p> <p>Tipo de tratamientos previos (psicológico, farmacológico o ambos)</p>
De contexto	<p>Continente</p> <p>País</p>
Metodológicas	<p>Modo de reclutamiento de los sujetos</p> <p>Medidas para preservar la integridad del tratamiento</p> <p>Tipo de diseño</p> <p>Asignación aleatoria a los grupos</p> <p>Tipo de grupo de control</p> <p>Tamaño muestral total</p> <p>Tamaño muestral del grupo de tratamiento</p> <p>Tamaño muestral del grupo de control</p> <p>Mortalidad experimental</p> <p>Calidad del diseño</p> <p>Meses de seguimiento</p> <p>Número de variables dependientes</p>
Extrínsecas	<p>Formación técnica del primer investigador</p> <p>Forma de presentación del estudio</p> <p>Rango de difusión</p> <p>Fecha de presentación</p>

1. Variables sustantivas: son propias del ámbito de investigación objeto del meta-análisis. Incluyen: variables de tratamiento, de sujeto y de contexto. Por ejemplo, el tipo de tratamiento psicológico aplicado.
2. Variables metodológicas: se refieren a los aspectos relacionados con el diseño y la metodología de la investigación. Por ejemplo, el tipo de diseño utilizado.
3. Variables extrínsecas: no se relacionan ni con la metodología ni con el ámbito de investigación. Aunque se trata de variables que no deben afectar a los resultados, en ocasiones pueden ser relevantes. Por ejemplo, la fecha de presentación del estudio.

Cálculo del tamaño del efecto

El índice del tamaño del efecto (TE) que empleamos es la diferencia media tipificada d (Hedges y Olkin, 1985), atendiendo a las siguientes definiciones según la naturaleza del diseño que presenta el estudio evaluado:

- Para los diseños intra-grupo (*pretest-postest*), d se definió como la diferencia entre la media del *pretest* y la media del *postest* dividida por la desviación típica intra-grupo conjunta (o en su defecto, el promedio de las desviaciones típicas del *pretest* y del *postest*):

$$d = \frac{\bar{y}_{postest} - \bar{y}_{pretest}}{s}$$

- Para los diseños inter-grupos (tanto experimentales como cuasiexperimentales), con medidas *pretest* y *postest*, d se definió como $d = d^E - d^C$, siendo d^E y d^C las diferencias medias tipificadas entre el pretest y el postest de los grupos experimental y control, respectivamente.

Un valor d mayor que cero indica un efecto beneficioso para los sujetos del grupo tratado y un valor d menor que cero indica un efecto perjudicial.

Con el objetivo de optimizar la comparación entre los tratamientos meta-analizados, maximizamos la homogeneidad de los TE. Se seleccionaron sólo las variables dependientes directamente relacionadas con la definición de fobia social, es decir, miedo, evitación y/o malestar en situaciones sociales, que implica deterioro de la adaptación social, laboral y/o académica, y se excluyen las restantes (rasgo de ansiedad, ánimo depresivo, autoestima, locus de control, creencias irracionales, etc.).

Para cada estudio se calcularon un máximo de dos TE, uno para la evaluación *postest* y otro para la evaluación del seguimiento más largo. Para cada momento temporal se promediaron los valores d derivados de las variables dependientes que se ajustaban a los criterios establecidos.

Técnicas de análisis estadístico

Para cada uno de los TE definidos calculamos un intervalo de confianza en torno al TE medio para estimar la magnitud del efecto en la población y si dicho efecto era significativamente distinto de cero (eficacia nula). Asimismo realizamos una prueba

χ^2 de homogeneidad de todos los tamaños del efecto en torno al TE medio (Hedges, 1994; Hedges y Olkin, 1985).

Dado que la prueba de homogeneidad puede presentar baja potencia cuando se aplica a un grupo reducido de estudios, como es nuestro caso (cf. Sánchez-Meca y Marín-Martínez, 1997), decidimos comprobar el influjo de variables que teóricamente podrían estar moderando los resultados, aunque no resultara significativa dicha prueba de homogeneidad. Siguiendo el enfoque meta-analítico de Hedges y Olkin (1985), para las variables cualitativas se realizaron análisis de varianza ponderados por la inversa de la varianza de cada TE mediante el programa DSTAT (Johnson, 1989) y algoritmos programados en GAUSS (Aptech Systems, 1992). Para las variables cuantitativas aplicamos análisis de regresión simple ponderados por la inversa de la varianza de cada TE, cuyos cálculos fueron programados en GAUSS.

Resultados

Fiabilidad de la codificación

El grado de acuerdo entre codificadores con respecto al número de estudios identificados en cada informe seleccionado fue del 100% (Kappa de Cohen= 1). La fiabilidad intercodificadores para las variables moderadoras alcanza los valores que establece Orwin (1994) para garantizar la fiabilidad de la codificación (al menos un valor de 0,80 para la tasa de acuerdo y para el coeficiente de correlación de Pearson, y al menos un valor de 0,70 para el coeficiente Kappa de Cohen y la correlación intraclase). La fiabilidad de los cálculos del tamaño del efecto (correlación intraclase y correlación de Pearson) supera el valor de 0,98 para postest y seguimiento, lo que indica un excelente consenso en la selección de variables dependientes a incluir en el cálculo del tamaño del efecto.

Estudio del sesgo de publicación

La totalidad de los estudios incluidos en el presente meta-análisis están contenidos en informes de investigación publicados en revistas especializadas, por lo que una posible amenaza a la validez de los resultados obtenidos se encuentra en un eventual *sesgo de publicación*, es decir, que los editores apliquen un trato dispar a los estudios presentados para su publicación en función de la significación estadística informada.

De acuerdo con Orwin (1983), calculamos el «índice de tolerancia a los resultados nulos». Según este índice deben existir más de 215 estudios no publicados (y no recuperados por el meta-analista) archivados en las editoriales de las revistas para que los resultados de cada meta-análisis efectuado queden anulados. Podemos concluir que no es probable que el sesgo de publicación esté afectando a los meta-análisis efectuados.

Meta-análisis en posttest y seguimiento

Siete estudios aportan datos sólo del posttest y cuarenta y uno del posttest y del seguimiento. La mediana para el intervalo temporal transcurrido entre posttest y seguimiento fue 3 meses. En la Tabla 2 se presentan los estadísticos básicos para ambos meta-análisis.

Tabla 2
Estadísticos básicos

Estadísticos	Posttest	Seguimiento
K	48	41
Número de sujetos tratados	1046	613
Número de sujetos de control	177	108
Media no ponderada	0,773	1,143
Media ponderada	0,724	0,902
Mediana	0,805	1,030
Mínimo	-0,041	0,230
Máximo	1,670	6,830
Cuartil 1	0,625	0,810
Cuartil 3	0,995	1,180
Intervalo de confianza al 95 %	[+0,62 ; +0,83]	[+0,84 ; +1,09]
Prueba de homogeneidad y probabilidad asociada	30,440 ; 0,971	45,473 ; 0,255
Proporción de TE positivos	47/48 (0,978)	41/41 (1)

El tamaño del efecto medio ponderado (por la inversa de la varianza) fue de 0,724 en el posttest y 0,902 en el seguimiento, hallándose sus valores paramétricos lejos del valor nulo (cf. Tabla 2). Estos resultados permiten afirmar, en términos globales, que el tratamiento psicológico de la fobia social resulta claramente eficaz. Además, atendiendo a la clasificación orientativa propuesta por Cohen (1988), el valor medio obtenido en nuestro meta-análisis se aproxima a una magnitud alta ($d=0,80$).

La prueba de homogeneidad no resultó estadísticamente significativa, por lo que podemos asumir que los tamaños del efecto de los distintos estudios pueden ser considerados homogéneos entre sí, pese a estar derivados de estudios que difieren en un elevado número de características, tanto de tipo sustantivo como de tipo metodológico (véase Tabla 2), resultando sus valores paramétricos representativos de los hallados en los estudios meta-analizados.

Una interpretación más intuitiva de los tamaños del efecto hallados puede obtenerse mediante su transformación a coeficientes de correlación ($r=d/[d^2+4]^{1/2}$) para construir la presentación binomial del tamaño del efecto, *BESD (Binomial Effect Size Display)* propuesta por Rosenthal (1991). Como puede observarse en la Tabla 3,

Tabla 3
Presentación binomial del tamaño del efecto

Mejora	Postest		Seguimiento	
	G. Experimental	G. Control	G. Experimental	G. Control
Sí	67	33	70	30
No	33	67	30	70
TOTAL	100	100	100	100

El cálculo de las frecuencias se obtiene mediante $[0,50 \pm (r/2)]100$ (Rosenthal, 1991).

un coeficiente de correlación de 0,34, por ejemplo, equivale a una tasa de mejora del 67% en los grupos de tratamiento frente a sólo un 33% de mejora en los grupos control, lo que supone una tasa diferencial del 34% entre ambos grupos.

Según el modelo de meta-análisis que estamos aplicando en nuestro estudio, la obtención de resultados no significativos de las pruebas de homogeneidad debería haber detenido los análisis, privándonos de la búsqueda de posibles variables moderadoras de la magnitud de los efectos encontrados en los estudios empíricos. Planteado de otra forma, estos resultados deberían habernos conducido a la conclusión de que los estudios aquí meta-analizados presentan una eficacia homogénea en el tratamiento psicológico de la fobia social y, en consecuencia, que los tamaños del efecto medio obtenidos, y sus intervalos de confianza, representan de forma válida al conjunto de estudios meta-analizados. De hecho, estos resultados concuerdan, en términos generales, con los obtenidos en los meta-análisis de Feske y Chambless (1995) y de Taylor (1996).

Sin embargo, esta conclusión puede resultar simplista, ya que la obtención de un resultado no significativo en la prueba de homogeneidad no tiene una interpretación inequívoca (cf. por ej., Hall y Rosenthal, 1991). En efecto, la prueba de homogeneidad podría resultar no significativa por falta de potencia estadística, especialmente con un número de estudios no muy elevado, como ocurre en nuestra investigación, $K=48$ (cf. por ej., Harwell, 1997; Sánchez-Meca y Marín-Martínez, 1997). No obstante, la mayoría de las variables cualitativas y cuantitativas consideradas con un efecto potencialmente moderador no alcanzan significación estadística en la evaluación postest ni en la de seguimiento. Las excepciones son:

1. el grado de experiencia de los profesionales, en el postest ($p=0,031$) y en el seguimiento ($p=0,036$), si bien no hay diferencias post hoc entre los diversos niveles de experiencia,
2. la modalidad de entrenamiento grupal es superior a la individual, en el seguimiento ($p=0,048$),
3. la intensidad del tratamiento, en el seguimiento ($p=0,063$),
4. el tipo de grupo control, resultando superior el tratamiento placebo a la lista de espera, en postest ($p=0,030$), y
5. la calidad del diseño está inversamente relacionada con el resultado terapéutico, en el seguimiento ($r_{aj}=-0,348$; $p=0,012$).

Es interesante resaltar que las diferencias halladas entre los valores de eficacia de los distintos estudios no alcanzan significación estadística en función de:

1. la corriente terapéutica genérica en la cual se enmarca la técnica aplicada,
2. la técnica de tratamiento psicológico empleada,
3. el sistema diagnóstico empleado para diagnosticar el trastorno de ansiedad,
4. la presencia de subtipo generalizado de fobia social,
5. la duración media del cuadro clínico,
6. la presencia de tratamientos anteriores,
7. el tipo de diseño.

En la Tabla 4 se presentan los TE obtenidos (d_e) para los tratamientos evaluados con más frecuencia en los estudios primarios meta-analizados. Se incluye también los límites del intervalo confidencial al 95% ($Li;Ls$), el número de estudios de los que deriva el TE (K) y el tamaño muestral acumulado para cada conjunto de estudios (N). En las Figuras 1 y 2 se han representado dichos TEs.

Tabla 4
Eficacia de los tratamientos psicológicos

Tratamiento*	Postest					Seguimiento				
	<i>N</i>	<i>K</i>	d_e	<i>Li</i>	<i>Ls</i>	<i>N</i>	<i>K</i>	d_e	<i>Li</i>	<i>Ls</i>
Exposición	228	10	0,835	0.61	1.06	138	8	0,946	0.67	1.22
RC (Ellis)	79	4	0,762	0.38	1.15	48	4	1,099	0.70	1.50
EHS	78	3	0,606	0.20	1.02	68	3	0,889	0.46	1.32
Exposición + RC (Ellis)	195	9	0,835	0.57	1.10	159	8	0,962	0.69	1.24
Exposición + EHS	95	6	0,693	0.39	0.99	57	4	0,944	0.59	1.30
Exposición + RC (Beck)	132	5	0,556	0.26	0.85	125	5	0,754	0.40	1.11

* Reestructuración cognitiva: RC y Entrenamiento en habilidades sociales: EHS.

Figura 1
Tamaños del efecto para tratamientos no combinados

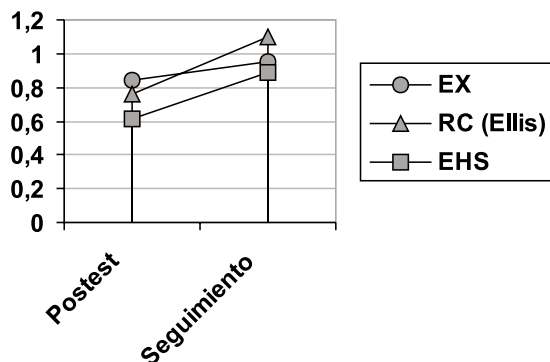
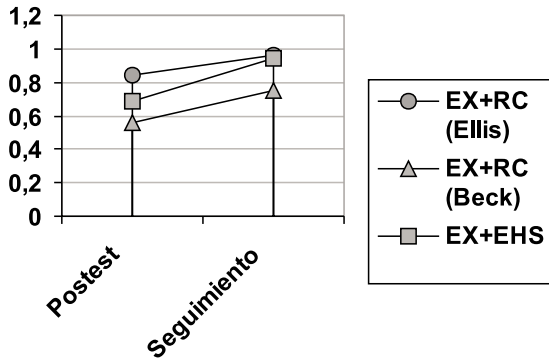


Figura 2
Tamaños del efecto para tratamientos combinados con Exposición



Diferencias entre posttest y seguimiento

Para examinar los cambios en eficacia operados entre el *posttest* y el seguimiento, seleccionamos los 41 estudios que aportaron datos en el *posttest* y el seguimiento. Generalmente, los tamaños del efecto tienden a atenuarse con respecto al *posttest* en las evaluaciones de seguimiento, lo cual suele atribuirse a un desvanecimiento del efecto terapéutico del tratamiento contrastado. En nuestra investigación, por el contrario, y coincidiendo con Taylor (1996), encontramos que los tamaños del efecto son superiores en el seguimiento (frente al *posttest*), resultando dicha diferencia estadísticamente significativa [$t(40) = -2,363$, $p = 0,023$].

No obstante, una posible amenaza a la validez interna de tal relación entre incremento de eficacia terapéutica y momento temporal de la evaluación puede deberse a la *mortalidad selectiva*. Para analizar la relación entre mortalidad experimental y magnitud del efecto terapéutico, definimos dos variables:

- *incremento en la mortalidad experimental posttest-seguimiento* ($\Delta M_{post-seg}$), como la diferencia entre la mortalidad pretest-seguimiento y la mortalidad *posttest-seguimiento* para cada estudio,
- *incremento en el tamaño del efecto posttest-seguimiento* ($\Delta TE_{post-seg}$), como la diferencia entre el *TE* en el seguimiento y el *TE* en el *posttest* para cada estudio.

Mediante la construcción de un modelo de regresión simple, constatamos que $\Delta M_{post-seg}$ se relacionaba con $\Delta TE_{post-seg}$ [$F(1,39) = 13,546$, $p = 0,001$], explicando un 23,9% de su varianza. Sin embargo, este modelo de regresión parecía estar afectado por un outlier. Dicho dato pertenece a un estudio contenido en el informe de Mersch, Jansen y Arntz (1995) y se deriva del seguimiento realizado a 3 de los 7 pacientes que completaron la evaluación *posttest*, lo que supone una mortalidad experimental de un 62,5%. Eliminando dicho outlier, la relación dejó de presentar significación estadística [$F(1,38) = 0,006$, $p = 0,940$].

Discusión

Si valoramos globalmente la eficacia de los tratamientos psicológicos analizados, debemos concluir que resultan bastante eficaces. Smith, Glass y Miller (1980), salvando las diferencias metodológicas y de contenido, aportan una ilustración práctica alternativa del significado del tamaño del efecto obtenido señalando que, nueve meses de trabajo para enseñar a niños de primaria a leer, se traduce en un tamaño del efecto de 0,67, lo cual pone de manifiesto que la eficacia de los tratamientos psicológicos aplicados a la fobia social resulta claramente sustancial.

Centrando nuestro análisis en la eficacia de las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales —los tratamientos psicológicos más estudiados—, podemos concluir que todos resultan eficaces para el tratamiento de la fobia social. No obstante, no disponemos de evidencia suficiente para afirmar la superioridad de ninguno de dichos tratamientos, aunque el número de sujetos tratados con exposición, sola o en combinación con otras técnicas, es mayor que el de sujetos tratados con reestructuración cognitiva o entrenamiento en habilidades sociales.

Una explicación alternativa a la falta de potencia estadística podría residir en los principios psicológicos que subyacen a la eficacia de dichos tratamientos. En este sentido, la hipótesis de la ausencia de diferencias entre tratamientos se basa en que las distintas técnicas poseen elementos terapéuticos comunes eficaces en el tratamiento de los trastornos fóbicos. Es probable que la exposición a los estímulos sociales temidos haya sido un elemento compartido por los tratamientos aplicados a los pacientes de los distintos estudios. De hecho, el entrenamiento en habilidades sociales incluye la exposición en vivo a los estímulos fóbicos.

Sin embargo, en los estudios que contrastan técnicas de reestructuración cognitiva y que han controlado de modo explícito la exclusión de elementos de exposición, encontramos TEs similares a los hallados para las técnicas de exposición aplicadas de modo exclusivo (TE para *postest* y seguimiento, respectivamente: 0,61 y 1,28, en Emmelkamp *et al.*, 1985; 0,98 y 1,77, en Mattick *et al.*, 1989; 0,59 y 1,05, en Mersch *et al.*, 1989). Lo cual podría llevarnos a la conclusión de que la eficacia de las técnicas de reestructuración cognitiva no está relacionada con la inclusión de un componente explícito de exposición a los estímulos fóbicos.

Puesto que estamos considerando un cuadro fóbico complejo y un criterio cuantitativo de mejoría, una hipótesis alternativa podría residir en la existencia de múltiples mecanismos de acción por los cuales resultan eficaces tanto las técnicas de exposición como las técnicas de reestructuración cognitiva, actuando cada tipo de técnica sobre aspectos diferenciados de la fobia social (p.ej., las técnicas de exposición sobre la conducta de evitación y la activación vegetativa elevada, y las técnicas de reestructuración cognitiva sobre contenidos cognitivos disfuncionales), en ese caso, no obstante, la combinación de ambas técnicas debería resultar superior a cada técnica por separado (pues se trata al paciente en múltiples áreas) y, sin embargo, esto no es así. No obstante, cabría cuestionarse si la respuesta al tratamiento depende del perfil fóbico del paciente. Según esta hipótesis, los pacientes con una respuesta predominantemente cognitiva se beneficiarían más de procedimientos de

reestructuración cognitiva, mientras que los pacientes con una respuesta predominantemente fisiológica y motora se beneficiarían más mediante la exposición a los estímulos fóbicos. El meta-análisis efectuado no permite contrastar esta hipótesis, si bien los resultados de estudios primarios diseñados *ad hoc* no avalan la hipótesis del tratamiento ajustado, al menos para la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales, la relajación aplicada, la terapia racional emotiva de Ellis y el entrenamiento en autoinstrucciones (Jerremalm, Jansson y Öst, 1986; Mersch, Emmelkamp, Bögels y van der Sleen, 1989; Trower, Yavelley, Bryant y Shaw, 1978).

Para Marks (1991), la equivalencia de los tratamientos cognitivos y las técnicas de exposición se debería a que las técnicas de reestructuración cognitiva incluyen de modo implícito un componente de exposición a los estímulos sociales temidos (exposición cognitiva). No obstante, creemos que podría resultar un tanto forzado considerar que el diálogo socrático (discusión de creencias tales como «Debo ser perfecto y no cometer errores» o «Sería *terrible* que no me quisiera nadie») sin prescripción explícita de tareas de exposición (o autoexposición) pueda constituir un elemento de exposición.

Puesto que los tratamientos más eficaces han resultado aquellos que se han efectuado en formato grupal debemos prestar atención a dicha condición. De hecho, la asociación de un TE superior con la aplicación del tratamiento en formato grupal (frente a la modalidad individual) y con sesiones de duración de un mínimo de 120 minutos, avalaría el principio de la exposición a los estímulos fóbicos como explicación de la mejoría lograda, con independencia del tratamiento específico impartido. Conviene subrayar que el hecho de impartir un tratamiento mediante *una serie de sesiones grupales de dos horas de duración* podría convertir virtualmente a cualquier tratamiento (incluso a aquél en el cual se evita la prescripción explícita de tareas de exposición) en un tratamiento de exposición a estímulos ansiógenos con una duración suficiente para producir habituación, según los parámetros que suelen recomendarse para producir sesiones de exposición terapéuticas (Marks, 1991). De hecho, los tratamientos cognitivos sin técnicas de exposición explícitamente implementadas se realizaron en formato grupal con series de 6 a 8 sesiones de 120 a 150 minutos de duración cada una. Restaría ponderar el efecto terapéutico de la exposición inherente a tal situación (exposición no programada ni definida como tal al paciente, en un mismo grupo de entre 4 y 7 personas con problemas supuestamente equivalentes y a lo largo de unas 20 horas repartidas en unas 8 sesiones de periodicidad semanal).

Un hecho adicional constatado ha sido el incremento en la eficacia de los tratamientos entre el *postest* y el seguimiento. Éste es un fenómeno poco habitual en la literatura científica, si bien podría deberse, como señala Taylor (1996), a la aplicación de tratamiento adicional para aquellos pacientes que lo requieren. Una explicación alternativa, descartando el fenómeno de la mortalidad selectiva, podría residir en que, si bien los investigadores pueden administrar tratamiento adicional a los pacientes que recaen, en ocasiones, es cierto, del mismo modo, que los pacientes que logran enfrentarse a los estímulos sociales temidos (recuérdese que mayoritariamente se han aplicado técnicas de exposición con tareas para casa) pueden seguir practicando por sí mismos técnicas de autoexposición en su propio me-

dio social, tal y como les fue prescrito por el terapeuta durante la fase de tratamiento. La autoexposición puede ser tan eficaz como otras variantes de las técnicas de exposición (Marks, 1991, p. 156) y podría constituir la base de la ganancia terapéutica que suele darse en algunos estudios entre *postest* y seguimiento. No obstante, en los pacientes que recibieron técnicas de reestructuración cognitiva sin tareas de exposición (explícita) se observa, del mismo modo, una mejoría adicional en el seguimiento, que resultaría difícil de explicar desde la hipótesis de mecanismos de acción con base en la exposición.

Una hipótesis rival para la exposición reside en lo que Frank (1988) denomina «elementos comunes de la psicoterapia». En este concepto se engloban, por ejemplo, la relación terapeuta-paciente, la explicación al paciente de un esquema conceptual para entender los problemas que padece (un «mito» en palabras de dicho autor, pues su validez se presupone) o el suministro de un *ritual terapéutico* al paciente (esto es, una serie de reglas, técnicas y ejercicios que, realizados correctamente, conducen, a priori, a la «curación»). Los estudios primarios que comparan tratamientos activos frente a intervenciones diseñadas para el control de los efectos inespecíficos de la psicoterapia no resultan totalmente concluyentes (Butler *et al.*, 1984; Heimberg *et al.*, 1990; Taylor *et al.*, 1997). De hecho, si analizamos con cierto detenimiento el estudio de Heimberg *et al.* (1990) —cuyo protocolo es de especial interés pues proviene del autor más productivo en el área (Salaberría, Borda, Báez y Echeburúa, 1996), ha sido replicado por diversos autores e incluye un grupo de sólo tratamiento placebo—, podemos comprobar que el grupo que recibe el tratamiento *activo* (compuesto por exposición simulada a estímulos fóbicos, reestructuración cognitiva de pensamientos disfuncionales y tareas para casa de auto-exposición y reestructuración cognitiva) difiere significativamente del grupo que recibe un «*placebo creíble*» como lo denominan los autores (centrado, básicamente, en la discusión de tópicos que los autores consideran relevantes para los pacientes, pero sin la introducción de directivas específicas). No obstante, calculando los TEs del mismo modo que en el meta-análisis presentado, la diferencia entre dichos grupos alcanza un valor (*TE*) de 0,16 en el *postest* y 0,56 en el seguimiento. Por tanto, podríamos interpretar que el protocolo diseñado por Heimberg y colaboradores añade una eficacia cuantificable en $TE=0,16$ a los elementos placebo incorporados en el grupo control. La mortalidad experimental entre *pretest* y seguimiento (64%) puede suponer una seria amenaza a la validez del *TE* en el seguimiento. Los propios autores reconocen que, si bien los sujetos que abandonaron el estudio no difieren en variables demográficas, sí diferían en aspectos más relevantes como «mayor escepticismo sobre la eficacia del tratamiento al que habían sido asignados» o una ligera tendencia a obtener mayores niveles de gravedad en varias medidas (p. 10).

Queda fuera de los límites de este trabajo valorar el peso que los elementos inespecíficos ejercen en el tratamiento de la fobia social. Para futuras investigaciones primarias sería recomendable realizar diseños que incluyan una condición de tratamiento placebo creíble de cara a valorar con precisión los principios que operan en los tratamientos psicológicos de la fobia social.

Referencias

(En el meta-análisis se incluyeron las referencias precedidas por un asterisco.)

- *Akillas, E. y Efran, J. S. (1995). Symptom prescription and reframing: Should they be combined? *Cognitive Therapy and Research*, 19, 263-279.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª. ed.). Barcelona: Masson. (Orig. 1980)
- American Psychiatric Association (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª. ed. rev.). Barcelona: Masson. (Orig. 1987)
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed.). Barcelona: Masson. (Orig. 1994)
- Aptech Systems (1992). *The GAUSS system* (vers. 3.0.). Washington: Aptech Systems, Inc.
- Barlow, D. H., DiNardo, P. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. y Blanchard, E. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders: Issues in diagnosis and classification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bowen, R. C., Cipywnyk, D., D'Arcy, C. y Keegan, D. (1984). Alcoholism, anxiety disorders, and agoraphobia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8, 8-50.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- *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.
- Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C. y Rheimstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 9-40.
- *Clark, D. B. y Agras, W. S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *American Journal of Psychiatry*, 148, 598-605.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, H. M. y Hedges, L. V. (dirs.) (1994). *The handbook of research synthesis*. New York: Sage.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Salaberria, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 1-23.
- *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 meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- *Feske, U., Perry, K. L., Chambless, D. L., Renneberg, B. y Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for severity and treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, 10, 174-184.
- Frank, J. D. (1988). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. In M. J. Mahoney y A. Freeman (dirs.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós (Orig. 1985)
- *Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboric, 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, 938-945.
- Hall, J. A. y Rosenthal, R. (1991). Testing for moderator variables in meta-analysis: Issues and methods. *Communication Monographs*, 58, 437-448.
- Harwell, M. (1997). An empirical study of the Hedge's homogeneity test. *Psychological Methods*, 2, 219-231.

- Hedges, L. V. (1994). Fixed effects models. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 285-299). Nueva York: Sage.
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heimberg, R. G. (1989a). Social phobia: no longer neglected. *Clinical Psychology Review*, 9, 1-2.
- Heimberg, R. G. (1989b). 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. y Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L. y Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia. Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 261-309). Nueva York: Guilford.
- *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 follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Higgins, R. L. y Marlatt, G. A. (1975). Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 644-651.
- *Hofmann, S. G., Newman, M. G., Becker, E., Taylor, C. B. y Roth, W. T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 427-438.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- *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.
- Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L. G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 171 - 180.
- Johnson, B. T. (1989). *DSTAT: Software for the meta-analytic review of research literatures*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kessler, C. R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschlemann, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kushner, M. G., Sher, K. J. y Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. y Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.

- Lipsey, M. W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). Nueva York: Sage.
- *Lucock, M. P. y Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1987).
- *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.
- *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.
- *Mersch, P. P., Emmelkamp, P. M. y Lips, C. (1991). Social phobia: Individual response patterns and the long term effects of behavioral and cognitive interventions. A follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 357-362.
- *Mersch, P. P. A., Jansen, M. A. y Arntz, A. (1995). Social phobia and personality disorder: Severity of complaint and treatment effectiveness. *Journal of Personality Disorders*, 9, 143-159.
- *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 changes? *Behavior Therapy*, 25, 503-517.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1979). *The international classification of diseases, 9th revision, Clinical Modification*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research*. Ginebra: Autor.
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe N for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8, 157-159.
- Orwin, R. G. (1994). Evaluating coding decisions. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 134-172). Nueva York: Sage.
- *Rapee, R. (1993). Recent advances in the treatment of social phobia. *Australian Psychologist*, 28, 168-171.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Salaberria, K., Borda, M., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Tratamiento de la fobia social: un análisis bibliométrico (1974-1994). *Psicología Conductual*, 4, 111-121.
- *Salaberria, K., y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Sánchez-Meca, J. y Marín-Martínez, F. (1997). Homogeneity tests in meta-analysis: A Monte Carlo comparison of statistical power and Type I error. *Quality and Quantity*, 31, 385-399.
- Schneier, F. L., Martin, L. Y., Liebowitz, M. R., Gorman, J. M. y Fyer, A. J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 15-23.
- *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.
- *Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1996). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: Results at long term follow-up. *Behavior Modification*, 20, 338-356.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y. y Lavallee, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 714-719.
- *Stravynski, A., Marks, I. y Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- *Taylor, S., Woody, S., Kock, W. J., McLean, P. D., Paterson, R. J. y Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. *Behavior Modification*, 21, 487-511.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. y Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification*, 2, 41-60.
- *Turner, S. M., Beidel, D. C. y Cooley, 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., 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 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. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, G. y Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, 21, 93-99.
- *Wlazole, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G. y Münchau, N. (1990). Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181-193.

ANEXO I

Resumen de resultados de los estudios controlados sobre pacientes diagnosticados de fobia social

Estudio	n	Diagnóstico	Tratamientos ^a	Resultado
Akillas y Efran (1995).	47	DSM-III-R	1. PS 2. PS + R 3. LE	La combinación PS+R resulta superior a PS y lista de espera en <i>postest</i> y seguimiento. Ganancias terapéuticas adicionales entre <i>postest</i> y seguimiento.
Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder (1984).	45	DSM-III	1. EX + EMA 2. EX + Psicoterapia Placebo 3. LE	Ambos tratamientos resultan superiores a la lista de espera en <i>postest</i> En el seguimiento, el tratamiento que incluye EMA se muestra superior al que incluye terapia placebo.
Clark y Agras (1991).	94	DSM-III	1. RC + EX + RA + Píldora placebo 2. RC + EX + RA + Buspirona 3. Buspirona Píldora placebo	La combinación de RC, EX, RA y placebo resulta superior al resto de tratamientos en <i>postest</i> y seguimiento.
Emmelkamp, Mersch, Vissia y van der Helm (1985).	34	DSM-III	1. EX 2. RC 3. EAI	TRE y EAI resultan superior a EX en reducción de creencias irracionales. EX resulta superior en reducción de tasa cardíaca en test conductual
Feske, Perry, Chambless, Renneberg y Goldstein (1996).	48 (incluye subtipo gen.)	DSM-III-R EHS	1. EX + RA + DS +	Mejoría en <i>postest</i> y seguimiento.
Gelernter, Uhde, Cimboldi, Arnkoff, Vittone, Tancer y Bartko (1991).	65	DSM-III	1. EX + RC 2. Fenelcina + EX 3. Alprazolam + EX 4. Placebo + EX	Los cuatro tratamientos comparados no se diferencian entre ellos en eficacia en el <i>postest</i> . EX + RC resulta superior a los demás tratamientos en el seguimiento.
Heimberg, Becker, Goldfinger y Vermilyea, (1985).	7	DSM-III	1. EX + RC	Mejoría en <i>postest</i> y mantenida en seguimiento.
Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo y Becker (1990) y Heimberg, Salzman, Holt, Blendell, (1993).	49	DSM-III-R	1. EX + RC 2. Psicoterapia placebo	La combinación de EX y RC resulta superior a la terapia «placebo» en <i>postest</i> y seguimiento Mortalidad muy elevada en el seguimiento a largo plazo (61,2%).
Hofmann, Newman, Becker, Taylor y Roth (1995).	16	DSM-III-R (no incluye subtipo gen.)	1. EX + EHS	Mejoría en <i>postest</i> .
Hope, Heimberg y Bruch (1995).	23	DSM-III-R (ambos subtipos)	1. EX + RC 2. EX 3. LE	En el <i>postest</i> , EX superior a EX + RC y EX+RC superior a LE. Los tratamientos se igualan en el seguimiento, aunque en menor cuantía para los pacientes subtipo generalizado.
Lucock y Salkovskis, (1988).	8	DSM-III	1. EAI	Mejoría en el <i>postest</i>
Mattick y Peters (1988).	51	DSM-III	1. EX 2. EX + RC	La condición que recibe EX resulta superior a la que recibe la combinación de EX y RC.

Mattick, Peters, Clarke, (1989).	43	DSM-III	1. EX 2. RC 3. EX + RC 4. LE	En el <i>postest</i> , la exposición resulta superior a RC y su combinación con EX, no obteniéndose diferencias entre estos últimos tratamientos. El en seguimiento, RC superior a EX.
Mersch (1995).	34	DSM-III-R	1. EX 2. EX + EHS + RC 3. LE	Los dos tratamientos comparados resultan superiores a la lista de espera y sin diferencias entre ellos en el <i>postest</i> . Ganancia <i>postest</i> -seguimiento.
Mersch, Emmelkamp, Bogels y Van der Sleen (1989) y Mersch, Emmelkamp y Lips, C (1991).	74	DSM-III	1. EHS 2. RC	Mejoría en <i>postest</i> y seguimiento, sin diferencias intergrupos.
Mersch, Jansen, Arntz (1995).	34	DSM-III-R	1. EX + EHS + RC	Mejoría en <i>postest</i> , con ganancia en seguimiento
Newman, Hofmann, Trabert, Roth, Taylor (1994).	36	DSM-III-R (no incluye subtipo gen.)	1. EX + EHS	Mejoría en <i>postest</i> .
Rapee (1993).	30	DSM-III-R (incluye ambos sub.)	1. RC + EX	Mejoría en <i>postest</i> , ganancias terapéuticas entre <i>postest</i> y seguimiento.
Salaberria y Echeburúa (1995).	71	DSM-III-R (sólo subtipo gen.)	1. EX 2. EX + RC 3. LE	Los dos tratamientos comparados resultan superiores a la lista de espera y sin diferencias entre ellos en el <i>postest</i> . Ganancia adicional entre <i>postest</i> y seguimiento.
Scholing y Emmelkamp (1993a) y Scholing y Emmelkamp (1996).	30	DSM-III-R	1. EX + RC 2. RC + EX 3. EX + RC integradas 4. LE	Los tres tratamientos comparados resultan superiores a la lista de espera y sin diferencias entre ellos, en <i>postest</i> y seguimiento.
Scholing y Emmelkamp (1993b) y Scholing y Emmelkamp (1996).	73	DSM-III-R (sólo subtipo gen.)	1. EX 2. RC + EX 3. EX + RC integradas 4. LE	Los tres tratamientos comparados resultan superiores a la lista de espera y sin diferencias entre ellos, en <i>postest</i> y seguimiento.
Stravynski, Marks y Yule (1982).	22	DSM-III	1. EHS 2. EHS + RC	Mejoría en <i>postest</i> y seguimiento, sin diferencias intergrupos.
Taylor, Woody, Kock, McLean, Paterson, Anderson (1997).	55	DSM-III-R (sólo subtipo gen.)	1. RC + EX 2. Psicoterapia placebo + EX	Mejoría en <i>postest</i> y seguimiento, sin diferencias intergrupos.
Turner, Beidel, Cooley, Woody, y Messer (1994) y Turner, Beidel, Cooley, (1995).	17	DSM-III-R (sólo subtipo gen.)	1. EHS + EX + práctica programada	Mejoría en el <i>postest</i> , que se ve incrementada en la evaluación de seguimiento al cabo de 2 años. Mortalidad elevada (52,9%).
Turner, Beidel, Jacob (1994).	72	DSM-III-R	1. EX 2. Atenolol 3. Píldora placebo	1. EX La exposición resulta superior a atenolol y placebo; y atenolol superior al placebo. Mejoría mantenida en seguimiento (aunque la mortalidad alcanzó un 35,7%).
Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser y Münchau (1990).	78	DSM-III-R	1. EHS 2. EX	Ambos grupos mejoran respecto <i>pretest</i> , con ganancias adicionales en seguimiento.

^a LE: lista de espera; EX: técnicas de exposición; RC: reestructuración cognitiva; RA: relajación aplicada; EHS: entrenamiento en habilidades sociales; EMA: entrenamiento en manejo de la ansiedad; TRE: terapia racional-emotiva; EAI: entrenamiento en autoinstrucciones; DS: desensibilización sistemática; PS: prescripción del sintometa-análisis; R: reenmarque.