

EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN META-ANALÍTICA

José Olivares Rodríguez¹, Ana Isabel Rosa Alcázar¹,
Vicente E. Caballo², Luis Joaquín García-López³,
Mireia Orgilés Amorós¹, y Cristina López-Gollonet²
¹Universidad de Murcia; ²Universidad de Granada;
³Universidad «Miguel Hernández» de Elche (España)

Resumen

Se presentan los resultados de un estudio meta-analítico sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en niños y adolescentes. Se localizaron 13 investigaciones que dieron lugar a 26 estudios independientes, 20 grupos de tratamiento y 6 grupos de control. Participaron en el meta-análisis 430 niños de aproximadamente 14 años de edad media, con predominio del género femenino (66,6%). La eficacia de los tratamientos fue alta tanto en el posttest ($d_+ = 1,52$), como en el seguimiento ($d_+ = 1,68$), consiguiendo los mayores logros terapéuticos el paquete de intervención IAFS ($d_+ = 1,90$). Se alcanzan los mejores resultados cuando las sesiones de tratamiento están distribuidas con intervenciones grupales e individuales, se llevan a cabo en los centros educativos por terapeutas de alta experiencia y en los niños de mayor edad y de género femenino. Finalmente, se discuten los resultados y se proponen indicaciones de cara a la investigación futura.

PALABRAS CLAVE: *Fobia social, ansiedad social, tratamientos, niños, adolescentes, metaanálisis.*

Abstract

The results of a meta-analytic study on the effectiveness of psychological and pharmacological interventions with children and adolescents under social phobia are presented. Thirteen scientific reports were identified and led to 26 independent studies, 20 treatment groups and 6 control groups. Four hundred

Correspondencia: José Olivares, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, P.O. Box. 4021, 30080 Murcia (España). E-mail: jorelx@um.es

Nota: Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda de la Fundación Séneca al Proyecto PI-54/00864/FS/01.

and thirty children with an average age of 14 and predominantly girls took part (66.6%). The treatment was highly effective ($d_+ = 1.52$) with an improvement continuing in the follow-up ($d_+ = 1.68$). The treatment package IAFS obtained the best results ($d_+ = 1.90$). Results were better when treatment sessions were distributed with group and individual interventions, carried out in educational centers by experienced psychologists, and with older and female children. Finally, results are discussed, and lines in future research proposed.

KEY WORDS: *Social phobia, social anxiety, children, adolescents, treatments, meta-analysis.*

Introducción

Ha transcurrido ya un siglo desde que, por primera vez, fue utilizada por Janet (1903) la expresión «fobia de las situaciones sociales» para describir a sujetos que temían hablar en público, tocar el piano en público o escribir mientras les observaban. Y hubieron de transcurrir todavía 63 años más para que Marks y Gelder (1966) delimitaran tal expresión de modo que incluyera «temor a beber, comer, ruborizarse, escribir o desmayarse en presencia de otras personas», todo ello impregnado por «el miedo a parecer ridículo» mientras se realiza una tarea en presencia de otras personas. Y tres años más para que el propio Marks (1969) propusiera formalmente el concepto de fobia social que sería formalmente adoptado once años más tarde por la APA (1980) e incorporado dentro de los trastornos de ansiedad en el DSM-III. Esta demora entre el reconocimiento de la existencia del problema y su asunción por la comunidad científica es lo que llevó a autores como Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein (1985) a catalogar la fobia social como «el trastorno de ansiedad olvidado». Ahora bien, desde la publicación de esta afirmación en el trabajo de Liebowitz *et al.* (1985) hasta el momento de la redacción del presente artículo han transcurrido ya dieciocho años y, por lo tanto, se han producido muchos y notables avances en la evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad en general y de la fobia social en particular. Nos obstante, como veremos, tal avance ha sido desigual entre el mundo de los adultos y el de los niños y los adolescentes.

Entre las razones que pueden permitir entender la tardanza para reconocer esta entidad como un problema de salud se hallan: el desconocimiento por parte de los profesionales y de la población general de la existencia de tratamientos eficaces; la renuencia a relacionarse con extraños y por tanto con los terapeutas, que hacen que las personas que lo sufren no acudan a servicios clínicos para ser tratados; la escasa atención de la clase médica a este problema y las estrategias de afrontamiento que desarrollan los individuos con fobia social, las cuales, a menudo, les llevan a adaptar su estilo de vida al trastorno (Caballo y Mateos, 2000).

En el campo de la infancia y la adolescencia ha habido que esperar hasta 1995 para que vea la luz el primer trabajo sobre el tratamiento de la fobia social en adolescentes (Albano, Marten, Holt y Barlow, 1995), a pesar de que determinados estudios (Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 1998; Lewinsohn *et al.*, 1993; Wittchen, Stein y Kessler, 1999) indicaban una prevalencia de este problema que oscilaba entre un 1,6% y un 4% en niños, y entre un 5% y un 10% en adolescentes, ade-

más de subrayar las graves consecuencias que podía generar su interferencia en el proceso de adaptación del sujeto. Así, de entre estas últimas, podemos destacar los efectos directos del trastorno en el bajo rendimiento académico, con el consiguiente riesgo de abandono escolar (Beidel y Turner, 1998), el desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Francis, Last y Strauss, 1992; Ingram, Ramel, Chavira y Scher, 2001; Olivares y García-López, 2001; Stein *et al.*, 2001) o la mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (Clark y Kirisci, 1996; DeWit, McDonald y Offord, 1999); sin olvidar que su persistencia también conlleva la consolidación y generalización de sus efectos en la vida adulta, con el consiguiente sufrimiento para el sujeto y la familia, así como los efectos que generan el progresivo aislamiento del grupo cultural de referencia, el deterioro de las relaciones sociales y laborales (en su caso) o la dependencia económica de la familia, que muchas veces contribuye de forma decisiva a que el sujeto desarrolle un cuadro depresivo grave y a los intentos de suicidio.

El niño o adolescente con fobia social suele presentar miedo a hablar, a leer, a comer, a escribir en público; miedo a jugar, a usar servicios públicos, a hablar a figuras de autoridad y a relacionarse en situaciones formales (Beidel, Turner y Morris, 1999). Las reacciones emocionales desadaptativas suelen ser severas e incluyen dolor de cabeza y de estómago, ataques de pánico ocasionales, llantos, respuestas de escape y evitación, etc. Los casos más tempranos que cumplen los criterios para el diagnóstico del trastorno presentan una edad que se sitúa entre los 8 y los 12,3 años (Beidel y Turner, 1998), encontrándose el mayor número de casos entre los 14 y los 16 años en los estudios epidemiológicos realizados (así Clark *et al.*, 1994). Estos datos ponen de relieve la importancia que puede tener en esta fase de la vida una estrategia de detección e intervención temprana para este trastorno, de cara a minimizar sus efectos tanto en el momento presente como en el desarrollo futuro de los niños/adolescentes. Las primeras publicaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos o farmacológicos en las edades que nos ocupan son muy recientes, tanto las producidas por equipos de investigadores de otros países (Albano *et al.*, 1995; Beidel, Turner y Morris, 1997, 2000; Chavira y Stein, 2002; Compton *et al.*, 2001; Hayward *et al.*, 2000; Mancini, Van Ameringen, Oakman, y Farvolden, 1999; Masia, Klein, Storch y Corda, 2001; Masia *et al.*, 2003; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000) como de españoles (Olivares y García-López, 2001; Olivares, Rosa y Piqueras, 2003; Ramos, 2003; Ruiz, 2003) o por grupos de distintas nacionalidades (García-López *et al.*, 2002; Olivares *et al.*, 2002). Los tratamientos multicomponentes que han utilizado estos investigadores son el *CBT*, *Cognitive Behaviour Therapy* (Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000), *CBGT-A*, *Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents* (Albano *et al.*, 1991), el *IAFS*, *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (Olivares y García-López, 1998), el *SASS*, *Skills for Academic and Social Success* (Masia *et al.*, 2001), el *SET-Asv*, *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version* (Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998) y el *SET-C*, *Social Effectiveness Therapy for Children* (Beidel, Turner y Morris, 1998).

Como puede observarse, nos encontramos ya con un número suficiente de trabajos en relación con el tratamiento de la fobia social, en el contexto infanto-juvenil, como para hacer posible y necesaria una revisión específica de la eficacia y eficiencia de sus efectos, así como de las variables responsables de éstos, máxime si tenemos en cuenta que hasta ahora sólo se ha llevado a cabo una revisión cualitativa (Greco y Morris, 2001) y otra cuantitativa (Olivares *et al.*, 2002), acerca de los problemas de relación social en general en niños y adolescentes, y no hemos encontrado ninguna de orden cuantitativo que se haya centrado únicamente en esta población (adolescentes o niños fóbicos sociales). En cambio, para los tratamientos de la fobia social aplicados a los adultos son ya varias las revisiones cuantitativas que se han realizado sobre su eficacia tanto en el orden psicológico como farmacológico, presentando resultados no siempre coincidentes. De los hallazgos de estas revisiones se desprende que las técnicas más utilizadas son la exposición, seguida del entrenamiento en habilidades sociales y de la reestructuración cognitiva (Heimberg y Juster, 1995; Mattick, Page y Lampe, 1995; Rosa, Sánchez, Olivares e Inglés, 2002), alcanzando todas ellas resultados positivos. En otras se concluye que el procedimiento más eficaz es la exposición y su combinación con la reestructuración cognitiva (Feske y Chambles, 1995; Gould *et al.*, 1997; Marks, 1995; Otto, 1999); conclusiones puestas en entredicho por autores como Mersch (1995) que sostiene que la terapia cognitiva no añade nada a la exposición u otros trabajos como el de Méndez, Sánchez y Moreno (2001) que no hallan en su estudio meta-analítico diferencias en los efectos generados por los tratamientos centrados en la exposición, la reestructuración cognitiva o las habilidades sociales. En otros casos los hallazgos constatan un aumento de la mejora de los resultados entre el postest y el seguimiento no sólo en la variable ansiedad social, sino también en depresión, autoestima, asertividad, etc. (Moreno, Méndez y Sánchez, 2000; Rosa *et al.*, 2002)., así como mayores tamaños del efecto, mayores porcentajes de mortalidad experimental y menor calidad metodológica de los diseños cuasi-experimentales (Olivares *et al.*, 2002), hallándose también que algunas variables como la historia del problema, la edad y el sexo del sujeto, el lugar donde se lleva a cabo el tratamiento, el tipo de grupo de control y el tipo de instrumento de medida influye en la eficacia de los tratamientos (Rosa, Sánchez, Olivares y López, 2002). Finalmente, en el caso específico de los adolescentes, otros hallazgos también informan una mayor eficacia del formato grupal frente al individual y la mayor eficacia del tratamiento cuando se aplica a las chicas adolescentes que a los chicos de edad equivalente (Barret, 1998; Olivares *et al.*, 2002; Otto, 1999).

Respecto de los tratamientos psicofarmacológicos empleados en el tratamiento de sujetos adultos, los estudios informan del uso de fármacos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) tanto reversibles como irreversibles, betabloqueantes, benzodiazepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), etc., destacando la mayor eficacia de los IMAO frente al resto de los psicofármacos (Lydiard, Brawman-Mintzer y Ballenger, 1996). Los estudios que se han centrado en la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos son muy escasos. En el meta-análisis de Gould *et al.* (1997) no se encontraron diferencias entre los efectos generados por la terapia cognitivo-conductual y los de los tratamientos

farmacológicos, destacando de entre los últimos los ISRS y las benzodiazepinas; en un estudio posterior Heimberg *et al.*, (1998) concluyeron que la fenilzina (IMAO) se mostraba tan eficaz como la terapia cognitivo conductual e incluso podía ser superior a ésta. No obstante, los resultados no son claros y es preciso realizar nuevos estudios que investiguen la interacción entre fármacos y terapia cognitivo-conductual.

Centrándonos ya en el presente estudio, nuestro objetivo general es analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas y farmacológicas utilizadas en el tratamiento de la fobia social en niños y/o adolescentes. Como objetivos específicos nos planteamos: (i) estudiar las variables moderadoras responsables de la eficacia diferencial entre los diferentes estudios, variables tanto de interés teórico como relativas al tipo de tratamiento o las características de los sujetos; (ii) analizar la mejora en los trastornos de la conducta que presenten los sujetos (depresión, ansiedad, inadaptación social) y las variables de sujeto que puedan aparecer relacionadas con este problema, fundamentalmente autoestima y asertividad; (iii) comparar los resultados de este meta-análisis con los hallados en otras revisiones realizadas con estudios centrados en población adulta que padece este problema, y (4) plantear líneas de investigación futura.

Método

Selección de los estudios

Los criterios conceptuales y metodológicos que nos permitieron incluir con rigor un informe de investigación fueron los siguientes: a) referirse al tratamiento de niños y adolescentes con fobia social utilizando procedimientos diagnósticos reconocidos internacionalmente (DSM y/o CIE, en cualquiera de sus versiones); b) aplicar algún tratamiento psicológico o farmacológico; c) incluir medidas pretest y postest, y algún seguimiento opcionalmente; d) ser un diseño de grupo/s, excluyéndose los diseños de caso único; e) aportar datos estadísticos suficientes para el cálculo del tamaño del efecto; f) estar escrito en inglés, castellano o francés; y g) estar publicado entre 1980-2002.

Búsqueda de la bibliografía

Como procedimientos de búsqueda de los estudios se utilizaron fuentes formales e informales. En primer lugar, se realizaron búsquedas computerizadas en las bases PsycLIT, CSIC —ISOC—, MEDLINE y Dissertation Abstracts Online, comprendiendo los años 1980-2002, con las palabra-clave «fobia social», «ansiedad social», «adolesc*», «niñ*», «tratamiento», «social phobia», «infan*», «child*», «adolescenc*», «treatment» buscadas en el título y en el abstract. En segundo lugar, se escribieron cartas a investigadores de reconocido prestigio solicitándoles el envío de trabajos, publicados o no. En tercer lugar, se revisaron las referencias de los meta-análisis ya publicados sobre el tema (Allen, Hunter y Donohue, 1989; Chambles y Gillis, 1993;

Feske y Chambles, 1995; Gould *et al.*, 1997; Méndez *et al.*, 2001; Moreno *et al.*, 2000; Taylor, 1996; Olivares *et al.*, 2002; Rosa *et al.*, 2002). En cuarto lugar, se presentó en una página web un anuncio en la lista de interés sobre niños y adultos con trastornos de ansiedad. Finalmente, se revisaron las referencias de los estudios recuperados.

El proceso de búsqueda supuso la consulta de más de 150 referencias, que nos permitieron identificar y recuperar un total de 13 informes que cumplieron con los criterios de selección, lo que supuso un total de 26 estudios independientes, 20 de los cuales fueron grupos de tratamiento y los 6 restantes grupos de control. Los artículos seleccionados estaban escritos en inglés y castellano (y procedían de tres países: USA (46,1%), España (38,5%) y Australia (15,4%). En total, el meta-análisis recogió datos de 502 sujetos en el pretest (tratados y de control) que, con una mortalidad media en torno al 8,64%, se redujeron a 430 en el postest y a 291 en el seguimiento a más largo plazo.

Codificación de los estudios

Las variables moderadoras codificadas fueron clasificadas atendiendo al criterio de Lipsey (1994) en variables sustantivas (de tratamiento, de sujeto y de contexto), variables metodológicas y variables extrínsecas.

Dentro de las *variables de tratamiento* se codificaron: a) tipo de tratamiento (psicológico, farmacológico o combinación de ambos), b) tipo de tratamiento psicológico (modelo conductual vs. modelo no conductual —dinámico, educativo y ecléctico—). Para caracterizar las intervenciones cognitivo-conductuales, se llevó a cabo una doble clasificación, una más molecular, centrada en las técnicas de intervención (relajación, exposición, modelado, técnicas cognitivas, manejo de contingencias, habilidades sociales y otras técnicas psicológicas), así como otra más molar referente al tipo de programa y manual de tratamiento (CBGT-A, IAFS, SET-Asv, SET-C, CBT, CBT-PI y SASS); c) homogeneidad del tratamiento; d) tareas para casa; e) programa de seguimiento; f) modo de intervención (indirecto, directo o mixto); g) tipo de entrenamiento (grupal, individual o mixto); h) soporte de entrenamiento (oral —directo, diferido o mixto—, escrito o mixto); i) dosis de tratamiento: duración del tratamiento en semanas, intensidad en horas por semana y total de horas de tratamiento; j) empleo o no de agentes externos (padres, profesores). Con respecto a las *características de los terapeutas* se codificó la formación, la experiencia, el género y el número de terapeutas por grupo de tratamiento. Respecto de los tratamientos farmacológicos se codificaron: k) tipo de principio activo (antidepresivo y ansiolítico); (l) tipo de antidepresivo (IMAO, ISRA, ISRSA); (ll) la duración del tratamiento (número de semanas) y (m) la dosis media (en mlgr/día).

Las *características de sujeto* codificadas fueron las siguientes: a) edad media de la muestra en años; b) género de la muestra (% de hombres); c) curso escolar; d) tipo de fobia social (específica, generalizada o mixta); e) historia del problema (número medio de años de padecimiento del problema en la muestra o su cronificación); f) tratamientos anteriores; g) raza (blanca, afroamericana, hispanos y

Tabla 1
Criterios de calidad metodológica

ÍTEMS	CATEGORÍAS	Valor
1. Asignación aleatoria de los participantes	• No, y sin control de variables confundentes	0
	• No, pero con control de variables confundentes	0,5
	• Sí	1
2. Tipo de diseño	• Pre-experimental	0
	• Cuasi-experimental	0,5
	• Experimental	1
3. Tamaño muestral del grupo tratado en el postest	• $n < 6$	0
	• $6 \leq n \leq 9$	0,5
	• $n \geq 10$	1
4. Mortalidad experimental del grupo tratado en el postest	• Igual o mayor del 30%	0
	• Menor del 30%	0,5
	• No hubo mortalidad	1
5. Seguimiento	• Menor de 6 meses	0
	• Entre 6 y 11 meses	0,5
	• 12 ó más meses	1
6. Medida de las mismas variables dependientes en el pretest y en el postest	• No se presentan todas	0
	• Sí, excepto una de ellas	0,5
	• Sí se presentan todas	1
7. Calidad de los instrumentos de evaluación	• Se utilizan pruebas sin garantías psicométricas	0
	• Se utilizan pruebas con garantías psicométricas	0,5
	• Como el anterior, pero se utiliza al menos un instrumento objetivo	1
8. Uniformidad del tratamiento	• Los sujetos no reciben el tratamiento en las mismas condiciones	0
	• Los sujetos reciben el tratamiento en las mismas condiciones	1
9. Ceguera de los evaluadores y participantes	• No existe ciego	0
	• Simple ciego	0,5
	• Doble ciego	1

birracial) h) comorbilidad (trastorno de pánico, pánico y agorafobia, agorafobia, fobia específica, estrés postraumático, obsesión-compulsión, depresión, distimia, abuso de sustancias tóxicas, mutismo selectivo, trastorno de personalidad por evitación, trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, rechazo escolar, etc.). Por lo que respecta a las *características contextuales* se codificaron: el país y el lugar de

la intervención (universidad, clínica, centro de salud, colegio o instituto). También codificamos el tipo de instrumento utilizado para el diagnóstico (entrevista, informes de terceros, autoinformes, observación directa, autoobservación, CIE-9, CIE-10, DSM-III, DSM-IV).

Dentro de las *características metodológicas* se incluyeron: el tipo de diseño, el tipo de grupo de control, el modo de reclutamiento, el seguimiento más largo, la mortalidad y la calidad metodológica del diseño, medida en una escala de 0 a 9 puntos (véase la tabla 1).

Por último, se registraron las siguientes *variables extrínsecas*: la formación del primer autor, la fecha de publicación y la fuente de publicación (publicado vs. no publicado).

Características de los estudios

Las tablas 2 y 3 presentan las características descriptivas de las variables codificadas en los estudios. Se reclutaron 502 niños y adolescentes, de 8 a 17 años, con 14 años de edad media, y una proporción de 2 chicas por 1 chico. La mitad de los sujetos presentaban algún trastorno asociado, destacando, de mayor a menor frecuencia, el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia escolar, depresión mayor y distimia. Los participantes se redujeron a 430 en el postest y a 291 en el seguimiento más largo de un año (para la correcta interpretación de este dato hemos de tener en cuenta que 9 estudios no llevaron a cabo seguimiento). La duración promedio de los tratamientos fue de 12 semanas, a razón de 1,7 horas semanales. El programa más frecuentemente utilizado fue el IAFS (Olivares y García-López, 1998), aplicado en los centros de enseñanza por psicólogos con experiencia en este tipo de problemas. La calidad metodológica de los estudios fue media-alta, siendo mayoritario el uso de diseños pre-experimentales. Los informes científicos fueron en su mayoría, artículos cuya fecha pone de relieve que los ensayos clínicos controlados en este campo son muy recientes.

Los principales instrumentos utilizados en los diferentes estudios son los siguientes: «Entrevista para el trastorno de ansiedad social, DSM-IV» en diferentes versiones (*Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-IV*; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994; *Anxiety Disorders Interview Schedule-for DSM-IV: Child and Parent Interview Schedule, ADIS-IV-CP*; Silverman y Albano, 1997), «Inventario de ansiedad y fobia social» (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI* en su versión original —Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989— y en su versión en español —Olivares et al., 1999—), «Inventario de ansiedad y fobia social para niños (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children; SPAI-C*; Beidel, Turner y Morris, 1995), «Escala de ansiedad social para adolescentes (*The Social Anxiety Scale for Adolescents; SAS-A*; La Greca y López, 1998), «Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños» (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC*; Spielberger, 1973), «Inventario de Depresión Infantil» (*Children's Depresión Inventory, CDI*; Kovacs, 1992) «Escala de Autoestima» (*Society and Adolescent Self Image, EA*; Rosenberg, 1965).

Tabla 2
Principales variables cualitativas

Variable	Categorías	Frec.	Porc
Tipo de tratamiento (k = 20) ^a	1. Psicológico	18	90%
	2. Farmacológico	1	5%
	3. Mixto	1	5%
Tratamiento (k = 20)	1. IAFS	9	45%
	2. CBGT-A	3	15%
	3. SASS	2	10%
	4. SET-A	1	5%
	5. SET-C	1	5%
	6. CBT	1	5%
	7. CBT-PI	1	5%
	8. Educativo + Farmacológico	1	5%
	9. Farmacológico	1	5%
Aplicación del tratamiento (k = 20)	1. Grupal + Individual	11	55%
	2. Grupal	7	35%
	3. Individual	1	5%
	4. Sin información	1	5%
Programa de seguimiento (k = 15)	1. Sí	14	93%
	2. No	1	7%
Coterapeutas (k = 20)	1. Padres	4	20%
	2. Profesor	1	5%
	3. Otros	1	5%
	4. Sin coterapeutas	14	70%
Experiencia del terapeuta (k = 20)	1. Alta	6	30%
	2. Media	5	25%
	3. Sin información	9	45%
Raza de los sujetos (k = 20)	1. Blanca	13	65%
	2. Mixta	3	15%
	3. Sin información	4	20%
Lugar de entrenamiento (k = 20)	1. Escuela	13	65%
	2. Universidad	3	15%
	3. Clínica	1	5%
	4. Centro de Salud	1	5%
	5. Sin información	2	10%
Tipo de diseño (k = 13)	1. Pre-experimental	5	38%
	2. Cuasiexperimental	4	31%
	3. Experimental	4	31%
Tipo de grupo (k = 26)	1. Tratamiento	20	77%
	2. Control	6	23%
Tipo de grupo de control (k = 6)	1. Lista de espera	3	50%
	2. Sin tratamiento	2	33%
	3. Otro tratamiento	1	17%

Nota: ^a número de estudios

Tabla 3
Principales variables cuantitativas

Variable	k ^a	Mín.	Máy.	Media	DT ^b
Duración de la intervención en semanas	19	8,00	16,00	12,42	1,71
Cantidad de intervención en horas	17	18,00	42,00	21,06	6,00
Intensidad de intervención en horas por semana	16	1,38	3,50	1,70	0,51
Edad media de los participantes en años	26	8,00	17,00	14,21	1,90
Género de los participantes en % de varones	26	0,00	78,6	33,44	17,54
Seguimiento en meses	17	6,00	12,00	11,75	1,51
Mortalidad experimental en % de sujetos	26	0,00	0,35	0,11	0,11
Calidad del estudio de 0 a 9	26	4,00	8,50	6,80	1,18

Nota: ^a número de estudios; ^b desviación típica

Cálculo del tamaño del efecto

Se utilizó como índice del tamaño del efecto la diferencia media tipificada (Hedges y Olkin, 1985). Debido a la ausencia de grupos de control en bastantes de los estudios recuperados, se optó por definir como unidad de análisis el grupo y se calculó la diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del posttest, dividida por la desviación típica del pretest; es decir:

$$d = c(m) \frac{\bar{y}_{Pre} - \bar{y}_{Pos}}{S_{Pre}}$$

siendo $c(m) = 1-3/(4n-5)$. Valores positivos indicaron una mejora del grupo, mientras que valores negativos supusieron un empeoramiento de los sujetos. El índice d se obtuvo a partir de las medias y desviaciones típicas reportados en los estudios, o bien a partir de los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas (Glass, McGaw y Smith, 1981; Sánchez y Ato, 1989). Cuando el estudio aportó alguna medida de seguimiento también se calculó el índice d comparando la media del pretest y la media del seguimiento más largo.

Los estudios presentaron de forma rutinaria múltiples variables de resultado. Para cada una de ellas se calculó el índice d y, a continuación, se promediaron en función de los siguientes criterios de clasificación: (a) por el tipo de constructo psicológico medido (fobia social, ansiedad, depresión, habilidades sociales y competencia social, autoestima y otros problemas), (b) por el tipo de fuente de información (niño/adolescente, padre/profesor, experto), (c) por modo de registro (autoinforme, autorregistro, entrevista, informe de terceros y registros de observación) y (d) por el instrumento de medida (SPAI-SPAI-C, ADIS-V, SASA, STAI-C, CDI). En consecuencia, de cada estudio pudieron obtenerse hasta un máximo de 14 índices d en el posttest y otros 14 índices en el seguimiento que, al ser dependientes entre sí, se analizaron por separado.

Análisis estadístico

Se aplicaron los análisis estadísticos propuestos por Hedges y Olkin (1985; Cooper y Hedges, 1994; Sánchez y Ato, 1989), según los cuales el peso específico que debe ejercer cada estudio en los análisis tiene que ser proporcional a su precisión. El factor de ponderación de cada estudio se define, pues, como la inversa de la varianza del índice d : $w = 1/Var(d)$, siendo la varianza de d (Morris, 2000):

$$Var(d) = \left(\frac{n-1}{n(n-3)} \right) (1 + nd^2) - \frac{d^2}{[c(m)]^2}.$$

Partiendo de este esquema de ponderación, se calculó el tamaño del efecto medio global para todos los estudios en función del tipo de constructo medido, tipo de fuente de información, modo de registro e instrumento de medida, así como intervalos de confianza y pruebas de homogeneidad. Estos promedios se obtuvieron también para las diferentes técnicas de intervención y programas. Así mismo, se analizó el efecto de las diferentes variables moderadoras mediante análisis de varianza y análisis de regresión por mínimos cuadrados ponderados. Todos los análisis se realizaron con los programas SPSS 11.0 (2001) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

Resultados

Eficacia del tratamiento

La medida de la eficacia del tratamiento fue el tamaño del efecto global que evaluaba la fobia social de forma directa o indirecta tanto de los grupos de tratamiento como de control. Además, también se calcularon tamaños del efecto para valorar la mejora en las variables: fobia social, ansiedad generalizada, habilidades sociales, depresión, autoestima y otros problemas. Las Tablas 4 y 5 presentan los resultados obtenidos por los grupos de tratamiento y control en las diferentes variables dependientes, tipo de fuente, modo de registro e instrumento de medida.

La magnitud del efecto global logrado con la aplicación del tratamiento fue alta al concluir la terapia, incrementando sus efectos en el seguimiento. Al finalizar el tratamiento la mejora mayor fue alcanzada en la variable fobia social, siguiendo esta tendencia en el seguimiento. Los niños/adolescentes valoraron más positivamente los cambios producidos por el tratamiento frente a los padres/profesores y experto. Respecto de los instrumentos de evaluación destacan las entrevistas, en concreto el ADIS-IV, seguidas de los autoinformes (SPAI/SPAI-C y SASA). Se produjo una ligera remisión en la fobia social de los controles, aumentando ésta en el seguimiento. No obstante, los datos de estos grupos deben ser analizados con cautela debido al pequeño número de estudios incluidos. En cualquier caso, el análisis de varianza

Tabla 4
Eficacia del tratamiento de la fobia social

GRUPOS DE TRATAMIENTO								
POSTEST					SEGUIMIENTO			
Medida	k	d ₊	I. C. al 95%		k	d ₊	I. C. al 95%	
			Li	Ls			Li	Ls
Global	20	1,32	1,14	1,49	14	1,57	1,31	1,8
Fobia social	20	1,52	1,34	1,71	14	1,68	1,41	1,95
Ansiedad general	5	0,45	0,12	0,81	3	1,28	0,22	2,35
Habilidades Sociales	11	0,84	0,64	1,03	9	1,40	1,11	1,70
Depresión	3	0,40	-0,34	1,14	1	1,02	0,80	2,89
Autoestima	10	0,67	0,47	0,87	10	0,77	0,53	1,00
Otros problemas	2	0,37	-1,72	2,50	-	-	-	-
Niño/Adolescente	20	1,24	1,07	1,41	14	1,50	1,25	1,75
Padre/Profesores	5	0,82	0,45	1,19	2	0,79	-1,82	3,41
Experto	12	1,41	1,14	1,67	6	2,16	1,57	2,74
Entrevista	9	2,47	2,06	2,88	5	2,22	1,57	2,87
Autoinforme	20	1,21	1,05	1,38	14	1,52	1,27	1,77
Informe terceros	7	0,94	0,64	1,24	2	0,79	-1,82	3,41
Autorregistro	1	0,99	0,55	1,43	-	-	-	-
Observación terceros	5	0,52	-1,15	1,89	1	1,13	-0,77	3,05
SPAI/SPAI-C	16	1,80	1,57	2,03	11	2,13	1,77	2,49
ADIS-IV	9	2,47	2,06	2,89	5	2,22	1,57	2,87
SASA	12	1,84	1,57	2,12	10	1,99	1,63	2,35
STAI-C	2	0,09	-2,06	2,23	1	0,89	-0,81	2,58
CDI	4	0,51	0,01	1,00	1	1,02	0,13	1,91

Nota: k: número de estudios; d₊: tamaño del efecto medio; Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d₊.

reveló que los grupos tratados habían mejorado significativamente en comparación con los no tratados ($Q_{B(1)} = 81,87$; $p = 0,00$).

En el tabla 6 se presentan los 26 estudios con los tamaños del efecto hallados en el posttest y seguimiento y los porcentajes de mejora en ambos momentos temporales. Observamos que los tamaños del efecto en todos los grupos de tratamiento son positivos, lo cual indica que se produce una mejoría tras el tratamiento; este resultado también coincide para la mayoría de los grupos de control, excepto para el estudio 18. Destaca el estudio de Olivares y García-López (2001) con un alto tamaño del efecto ($d_+ = 6,46$) en el que el programa de tratamiento utilizado es el IAFS.

Tabla 5
Eficacia de los grupos de control en la fobia social

GRUPOS DE CONTROL								
POSTEST					SEGUIMIENTO			
Medida	k	d ₊	I. C. al 95%		k	d ₊	I. C. al 95%	
			Li	Ls			Li	Ls
Global	6	0,19	-0,08	0,47	3	0,45	-0,20	1,11
Fobia social	6	0,25	-0,02	0,53	3	0,57	-0,10	1,24
Ansiedad general	2	0,09	-2,26	2,44	-	-	-	-
Habilidades Sociales	4	-0,04	-0,47	0,38	2	-0,06	-2,52	2,39
Depresión	-	-	-	-	-	-	-	-
Autoestima	2	1,10	-2,96	2,12	2	0,22	-2,24	2,67
Otros problemas	1	-0,10	-0,58	-0,38	-	-	-	-
Niño/Adolescente	6	-0,07	-0,19	0,34	3	0,49	-0,29	1,27
Padre/Profesores	2	0,25	-2,10	2,60	-	-	-	-
Experto	5	0,34	-0,00	0,69	1	1,33	0,59	2,06
Entrevista	5	0,46	0,11	0,80	1	1,33	0,59	2,06
Autoinforme	6	0,04	-0,23	0,31	3	0,44	-0,20	1,09
Informe terceros	3	0,07	-0,58	0,73	-	-	-	-
Autorregistro	1	0,60	-0,08	1,11	-	-	-	-
Observación terceros	2	0,15	-0,44	0,74	-	-	-	-
SPAI/SPAI-C	4	0,28	-0,13	0,70	3	0,38	-0,29	1,05
ADIS-IV	5	0,46	0,11	0,80	1	1,33	0,59	2,06
SASA	2	0,65	-2,02	3,33	2	1,08	-1,93	4,11
STAI-C	1	0,22	0,21	0,23	-	-	-	-
CDI	1	-0,10	-0,58	-0,38	-	-	-	-

Nota: k: número de estudios; d₊: tamaño del efecto medio; Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d₊.

Variables que influyen en los resultados del tratamiento

La heterogeneidad encontrada entre los tamaños del efecto en la variable fobia social ($Q_{W(19)} = 33,84$; $p = 0,01$) se explica porque los estudios son diferentes entre sí en una serie de características que pueden influir en el nivel de eficacia alcanzado. Para comprobar si los distintos programas de tratamiento obtenían diferentes resultados se realizó un análisis de varianza ponderado cuyos resultados se muestran en la tabla 7 y en la figura 1.

Tabla 6. Principales características y resultados de los estudios empíricos

Autor/es	Año	Edad	N	% varones	Tipo fobia social	Estudios empíricos	d, post.	d, seg.	% mejora post.	% mejora seg.
Albano et al.	1995	14,4 (13-17)	5	60	Generalizada	1. CBGTA	0,44	1,13	-	-
Beidel et al.	2000	10,5 (8-12)	50	40	Generalizada	2. SEFC 3. Tebsbustser (control)	1,57 0,31	-	67% 5%	-
Hayward et al.	2000	15,8 (14-17)	35	0	No especificada	4. CBGTA	1,74	0,91	45%	60%
Spence et al. 2000	2000	10,6 (7-14)	50	19	No especificada	5. No tratamiento 6. CBT niños 7. CBT padres 8. Lista espera 9. Farmacológico (sertralina)	0,74 1,26 0,98 -0,03 1,13	0,34 1,49 0,97 -	4% 58% 87% 7% 64%	44% 53% 81% -
Compton et al.	2001	13,57 (10-17)	14	57	No especificada	10. SASS	2,36	-	100%	-
Masia et al.	2001	15,2 (14-17)	6	50	No especificada	11. IAFS	6,46	-	100%	-
Olivares y García-López	2001	15,1 (14-16)	11	27	Generalizada	12. Educativo + farmacológico	1,86	-	83,3%	-
Chavira y Stein	2002	13,42 (8-17)	8	12	Generalizada	13. SEF-Asv	2,13	2,35	71%	78%
Olivares et al.	2002	15,9 (15-17)	59	22	Generalizada	14. CBGTA 15. IAFS 16. Sin tratamiento 17. SASS 18. Lista de espera 19. IASF con retroalimentación audiovisual	1,06 2,32 0,72 1,74 -0,38	1,14 2,73 1,13 -	53% 67% 13% 94,4% 11,8%	47% 73% 7% -
Masia et al.	2003	14,7 (13-17)	35	22,2%	Mixta (específica y generalizada)	20. Lista de espera 21. IAFS con retroalimentación audiovisual en mayor número de sesiones	2,15 0,15	3,44 0,57	100% 0%	100% 0%
Olivares et al.	En prensa	15 (14-16)	34	29,4	Generalizada	22. IAFS con retroalimentación audiovisual en menor número de sesiones	2,14	2,62	100%	100%
Ramos, V.	2003	15,3 (14-17)	68	34	Generalizada	23. IAFS sin retroalimentación audiovisual	1,90	2,98	93,1%	100%
Ruiz, J.	2003	15,05 (14-17)	55	18,2%	Generalizada	24. IASF grupo pequeño 25. IASF grupo mediano 26. IASF grupo grande	1,70 1,42 1,55 2,11	2,59 1,48 1,31 2,33	96% 50% 76% 94%	96% 50% 55% 86%

Tabla 7
Tamaños del efecto en función del programa de tratamiento

Programas	<i>k</i>	I. C. al 95%				
		<i>D</i> ₊	<i>Li</i>	<i>Ls</i>	<i>Q</i> _{vij}	<i>p</i>
IAFS	9	1,90	1,58	2,21	11,06	0,19
CBGT-A	3	1,12	-0,05	2,29	2,20	0,33
SASS	2	1,78	-2,78	6,35	0,21	0,64
CBT (con o sin padres)	2	1,10	-1,86	4,07	0,35	0,55
SET-Asv	1	2,13	1,04	3,22	-	-
SET-C	1	1,07	0,85	1,28	-	-
Educativo + farmacológico	1	1,86	0,62	3,09	-	-
Farmacológico	1	1,13	0,37	1,89	-	-

Nota: *k*: número de estudios; *d*₊: tamaño del efecto medio; *Li* y *Ls*: límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice *d*₊; *Q*: prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno a su media; *p*: nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba *Q*, asumiendo una distribución chi-cuadrado de Pearson con *k*-1 grados de libertad.

Teniendo en cuenta los programas que contienen más de un estudio, se puede comprobar la existencia de diferencias significativas entre los diferentes tamaños del efecto medios, destacando los resultados del IAFS (*d*₊ = 1,90), seguido del SASS (*d*₊ = 1,78). Algunas de las características más relevantes de los programas aquí incluidos son los que se recogen en la tabla 8.

Además de los diferentes programas y tratamientos analizados, se aplicaron análisis de varianza y de regresión (por mínimos cuadrados ponderados) para determinar el papel que otras variables moderadoras, de las múltiples que codificamos, pudieran jugar en la heterogeneidad entre los tamaños del efecto. Como resultados

Figura 1
Tamaños del efecto medios

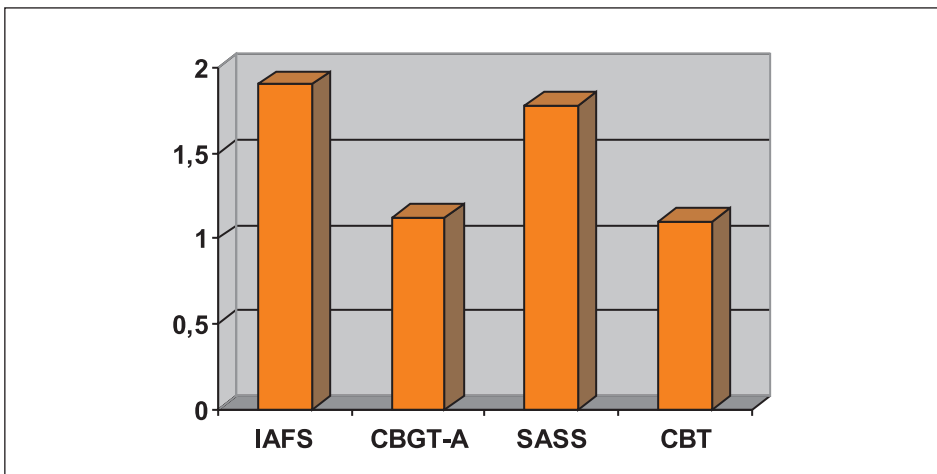


Tabla 8
Características más relevantes de los programas de tratamiento

	<i>IAFS</i>	<i>CBGT-A</i>	<i>SASS</i>	<i>CBT</i>	<i>SET-Asv</i>	<i>SET-C</i>
Duración tratamiento	12 semanas	14 semanas	14 semanas	12 semanas	16 semanas	12 semanas
Núm. sesiones	12	16	14	12	28	24
Sesiones en grupo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sesiones individuales	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Algunos componentes						
Educativo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Entrenamiento en habilidades sociales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Exposición	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Técnicas cognitivas	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Práctica programada	Sí	No	No especificado	Sí	Sí	Sí
Entrenamiento en solución de problemas	No	Sí	No	Sí	No	No
Prevención de recaídas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social. Diseño inicial (Olivares y García-López, 1998); CBGT-A: Cognitive behavioral Group Therapy for Adolescents (Albano *et al.*, 1991); SASS: Skills for Academic and Social Success (Masia *et al.*, 2001); CBT: Cognitive Behaviour Therapy (Spence, 1995); SET-Asv: Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version (Olivares *et al.*, 1998); SET-C: Social Effectiveness Therapy for Children (Beidel *et al.*, 1998)

más interesantes y siguiendo con las variables relacionadas con la implementación de los programas, cabe destacar que la combinación de la exposición en vivo junto a la audiovisual y la utilización de sesiones grupales e individuales llevadas a cabo en colegios mejoran la eficacia de los tratamientos. Por otro lado, la intensidad y la magnitud de los tratamientos presentan una relación negativa con la efectividad; por tanto, a menos sesiones de tratamiento y cuanto más espaciadas sean (práctica distribuida), mejores resultados. En cuanto a las características de los terapeutas, mencionar que la magnitud del efecto fue mayor cuando se trataba de psicólogos con alta experiencia.

Respecto de las características de los sujetos, nuestros resultados indican que la mayor efectividad de las intervenciones se da en mujeres frente a varones; mujeres de mayor edad y de raza blanca cuyo inicio del trastorno es reciente.

Finalmente, los estudios cuyo diseño es cuasiexperimental realizado en fechas recientes, alcanzan mejores resultados. La calidad del diseño y la mortalidad no afectan a los resultados.

Estudio del sesgo de publicación

Debido a que el sesgo de publicación es una de las principales fuentes de invalidez del meta-análisis, calculamos el «índice de tolerancia a los resultados nulos»

(Orwin, 1983), determinando que debían encontrarse archivados en las editoriales de las revistas o en otros lugares 130 estudios para que los resultados fueran anulados. Considerando improbable la existencia de este número de estudios no publicados y no localizados, se concluye que el sesgo de publicación no representa una amenaza para la validez de los resultados (Rosenthal, 1991).

Discusión y conclusiones

La evidencia que se desprende de esta revisión meta-analítica es clara. En primer lugar, constatamos que los resultados muestran la eficacia global tanto del tratamiento psicológico y del farmacológico respecto de la fobia social, como en problemas que pueden aparecer relacionados con ésta tales como los déficit en habilidades sociales, la depresión, la autoestima, etc., aunque con un efecto desigual en éstas últimas. Como era de esperar, y coincidiendo con los resultados alcanzados en el meta-análisis de Feske y Chambless (1995), la intervención ha influido más en variables que pueden estar muy relacionadas con la fobia social, tales como las habilidades sociales, que en otras variables clínicas como la depresión donde su impacto es menor. Estos datos refuerzan la hipótesis de los efectos específicos de la terapia, lo que permitiría explicar el porqué se alcanzan mejores resultados en aquellas variables que aparecen más directamente relacionadas con el constructo de fobia social.

En segundo lugar, el paquete de tratamiento que mejores resultados han mostrado en la reducción/eliminación de la fobia social generalizada ha sido el IASF en su diseño inicial (Olivares y García-López, 1998), aplicado en nueve ensayos clínicos controlados. Su eficacia es alta tanto al finalizar el tratamiento como en las medidas de seguimiento. Este programa, compuesto a partir del análisis de los componentes del SET-A y CBGT-A, incluye instrucciones de cara a la prevención de recaídas, haciendo especial hincapié en identificar las situaciones de alto riesgo en las que los sujetos pueden experimentar ansiedad y dar respuestas de escape o evitación. Consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de duración cada una, que se aplican con una periodicidad semanal. Al finalizar las sesiones en grupo se proporciona tareas para casa a los sujetos, consistentes en exposiciones en vivo ante contextos naturales y relativas al contenido de la sesión que se hubiera trabajado. Junto a esto, los sujetos disponen semanalmente de un horario de consultas individuales en donde pueden planificar tareas de autoexposición, resolver dudas o ahondar en la comprensión de los contenidos vistos en las sesiones de entrenamiento en grupo. Ramos (2003) analiza el efecto de la «retroalimentación audiovisual» en la eficacia del IAFS comparando su efecto cuando se hace un uso general de ésta (se aplica desde la tercera a la doceava sesión, ambas incluidas), parcial (sólo se utiliza en las sesiones relativas al entrenamiento para hablar en público, sesiones 9, 10, 11 y 12) o sin retroalimentación (se desarrolla el tratamiento sin retroalimentación audiovisual), concluyendo que la modalidad en la que la retroalimentación audiovisual se lleva a cabo en la mayoría de las sesiones alcanza mayores tamaños del efecto. No obstante, este dato hay que contemplarlo con cautela ya que no

existen más estudios que repliquen estos resultados. Para profundizar en el estudio de este paquete, Ruiz (2003) ha estudiado en qué medida el número de sujetos que integran un grupo de tratamiento puede influir en los resultados; es decir, analiza si la eficacia del tratamiento varía cuando los sujetos son tratados en grupos formados por 3-4, 6-7 ó 9-10 sujetos. La conclusión a la que llega es que el grupo de 9-10 sujetos alcanza mayores resultados que los grupos de 3-4 y 6-7 sujetos, probablemente debido a que el número de sujetos presentes durante la sesión de tratamiento potencia el efecto de la exposición. No obstante, tal como ya hemos indicado, es necesario que se realicen más estudios con este objetivo para poder llegar a conclusiones más fiables.

No nos ha resultado posible analizar la eficacia diferencial de los distintos componentes de los programas porque la mayor parte de los informes experimentales estudiados no proporcionan esta información. A pesar de ello, lo que si pudimos realizar fue un análisis sobre la influencia de la existencia de las diferentes técnicas en el tamaño del efecto global, observando que la exposición en vivo y audiovisual era la más utilizada y la que mayores resultados alcanzaba en eficacia. Este resultado es coincidente con otros estudios previos sobre el tema (Feske y Chambles, 1995; Gould *et al.*, 1997; Heimberg y Juster, 1995; Mattick *et al.*, 1995; Marks, 1995; Rosa *et al.*, 2002)

Otro resultado relevante ha sido el que indicaba que la combinación de sesiones grupales e individuales alcanzaba los mejores resultados, quizás debido a que las intervenciones grupales suponen una maximización de la exposición a estímulos fóbicos, lo cual permite una potenciación del efecto de la propia intervención que incrementaría la habituación y, en consecuencia, la reducción de la ansiedad social del sujeto. Por otro lado, las sesiones individuales harían el programa más sensible a las necesidades del propio sujeto y ello podría generar una mayor implicación de éste tanto en las sesiones de entrenamiento grupal como respecto de la confianza en el terapeuta. Este resultado también es, en parte, coincidente con el alcanzado por Olivares *et al.* (2002). Así mismo, los resultados obtenidos muestran que la práctica distribuida es mejor que la masiva, y que los programas con menor número de sesiones (12) son más eficaces que los de mayor número. No obstante, es importante tener en cuenta el posible influjo del tipo de programa en estas variables, análisis que no hemos podido realizar debido al número reducido de estudios.

Aunque pretendíamos comparar la eficacia entre la terapia cognitivo-conductual y los tratamientos farmacológicos, no fue posible realizar tal análisis debido a que tan sólo hallamos un estudio que combinaba tratamiento educativo y farmacológico (Chavira y Stein, 2002) y otro que utilizó un tratamiento farmacológico (Compton *et al.*, 2001).

Otro de nuestros objetivos fue analizar la eficacia de los tratamientos atendiendo al subtipo de fobia social. Éste no pudo llevarse a cabo por falta de datos en los estudios empíricos.

Respecto del lugar donde se llevó a cabo el tratamiento, hemos podido comprobar que, al igual que en estudios anteriores (Rosa *et al.*, 2002), éste influye en los

resultados alcanzando los mayores tamaños del efecto la aplicación del tratamiento en el ámbito educativo.

De igual modo, hemos podido constatar tanto una mayor frecuencia de ocurrencia de la fobia social en las chicas como una mayor eficacia del tratamiento cuando se aplica a éstas tal como ocurría en los trabajos de Barret (1998), Olivares *et al.* (2002) u Otto (1999), así como un aumento de la mejora de los resultados del posttest al seguimiento no sólo en la variable ansiedad social, sino también en habilidades sociales, depresión, autoestima, etc, como también ocurría en los trabajos de Moreno *et al.* (2000) o Rosa *et al.* (2002). Ello parece indicar que las estrategias de enfrentamiento que los sujetos tratados practican en su medio social se muestran eficaces a la hora de mantener las mejoras en la fobia social, de ahí la importancia de las «tareas para casa». Otras variables relevantes han sido el momento de inicio del problema y la edad de los sujetos tratados, concluyendo que a menor cronicidad del problema y mayor edad de los sujetos, mejores resultados. Estos datos también coinciden con los hallados en meta-análisis previos (Rosa *et al.*, 2002). Respecto de los terapeutas, observamos que los sujetos tratados por psicólogos con gran experiencia alcanzan mayores mejorías.

En cuanto a los instrumentos de medida, hemos observado que los autoinformes que medían directamente la fobia social alcanzan los mejores resultados, aunque el resto de instrumentos muestran una eficacia media. Este dato apoya los resultados antes mencionados en los que se constataba el efecto directo del tratamiento de la fobia social sobre este constructo, así como en relación con la mejora indirecta de otras variables tanto clínicas como de personalidad relacionadas con él. No obstante, es la entrevista el instrumento más sensible a los cambios, quizás debido a que los investigadores miden con mayor detalle la mejora de los sujetos que estos mismos (autoinformes) o que sus familiares (informes de terceros).

Por lo que concierne a los aspectos metodológicos de los estudios, cabe destacar que los diseños cuasi-experimentales alcanzan mayores tamaños del efecto, lo cual se puede explicar porque éstos no sustraen de la estimación del tamaño del efecto la voluntariedad del reparto de los sujetos a los tratamientos (Olivares *et al.*, 2002).

Perspectivas de futuro

De cara a investigaciones futuras, consideramos que sería necesario tener en cuenta las siguientes indicaciones:

(i) En primer lugar, consideramos importante que los programas de tratamiento que han probado ser eficaces en diferentes poblaciones fueran traducidos y adaptados al contexto español a fin de aprovechar sus ventajas y contribuir a su verificación mediante la replicación. En el caso de IAFS, realizado por investigadores españoles (Olivares y García-López, 1998) consideramos igualmente necesaria su replicación por otros grupos de investigación y en otros ámbitos culturales.

(ii) En esta misma línea, pensamos que el uso de manuales o protocolos de tratamiento presentan ventajas que debieran ser tenidas en cuenta por los clínicos a la hora de llevar a cabo la intervención con los sujetos (sistematización, claridad y

concreción para su aplicación, facilitación de su replicación, etc.), por ello las investigaciones deberían de estar descritas de forma operativa en formatos tales como los indicados y remitir al lector a una dirección en la que pudiera acceder a ellos, a fin de hacer posible la réplica de la investigación. En relación específicamente a las intervenciones en fobia social sería interesante estudiar con mayor detenimiento los beneficios de incluir en tales protocolos componentes como la implicación de los padres y las sesiones de generalización con iguales en aquellos estudios con niños más pequeños tal como ha sido hecho por Beidel *et al.* (2000) o Spence *et al.* (2000).

Respecto del IASF, consideramos que se debería seguir investigando sobre el mismo, analizando el papel de la tutoría (libre u obligatoria) en la eficacia del problema; la utilización de *feedback* audiovisual frente al *feedback* proporcionado por los compañeros; la utilización de diferentes tipos de grupos de control (placebo activo —tratamiento educativo, técnicas de estudio, etc.— o placebo inactivo); el grado de efectividad atendiendo a si la fobia social es leve, moderada o gravemente generalizada, etc.

También queda pendiente el estudio de las relaciones entre tratamiento psicológico y psicofarmacológico para los problemas objeto de este meta-análisis, pues tan sólo hemos encontrado un estudio que utilizara tratamiento farmacológico y otro estudio que combinara ambos tratamientos, no pudiendo hacer comparaciones entre ellos.

En cuanto a los instrumentos de medida, es importante que los estudios futuros tengan en cuenta los tipos de instrumentos con los que medir los resultados de sus intervenciones, dado que, como hemos podido constatar, unos se muestran más sensibles a los cambios terapéuticos que otros. Así mismo, entendemos importante la tarea de seguir adaptando instrumentos ya utilizados por otros investigadores, que midan los diferentes aspectos de estos problemas en población de habla española, porque de este modo podremos no sólo comparar los efectos de nuestras aplicaciones con las realizadas en otros lugares sino también hacer posible la comunicación de nuestros hallazgos y su réplica en otros contextos culturales. Es también una tarea pendiente, en un campo emergente como el que nos ocupa, el diseño y validación de nuevos instrumentos que puedan mejorar los parámetros psicométricos de los existentes.

Finalmente deseamos resaltar la importancia de elaborar programas preventivos para niños y adolescentes potencialmente vulnerables, que promuevan el desarrollo de habilidades de afrontamiento de las situaciones sociales y modifiquen factores ambientales de riesgo.

Referencias

(Los estudios precedidos con un asterisco fueron incluidos en el metaanálisis.)
American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición). Washington, DC: Autor.

- Albano, A. M., Marten, P. A. y Holt, C. S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Unpublished manuscript.
- *Albano, A. M., Marten, P. A. y Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- Allen, M., Hunter, J. y Donohue, W. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 53-76.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (3ª edición)*. (DSM-III). Washington, D.C.: Autor.
- Barret, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M. (1995). A new instrument to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 1, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M. (1997). Social Effectiveness therapy for children. Paper presented at *The Annual Meeting of the Anxiety Disorder Association of America*. New Orleans: March.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Children: A treatment manual*. Unpublished manuscript, Medical University of South Carolina.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 643-650.
- *Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Caballo, V. y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8, 173-215.
- Chambles, D. y Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- *Chavira, D. y Stein, M. (2002). Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 47-54.
- Clark, D. B. y Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233.
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. y Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- *Compton, S., Grant, P., Chrisman, A., Gammon, P., Brown, V. y March, J. (2001). Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: An open trial. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 40, 564-571.
- Cooper, H. y Hedges, L. V. (dirs.) (1994). *The handbook of research synthesis*. Nueva York: Sage.
- DeWitt, D. J., MacDonald, K. y Offord, D.R. (1999). Childhood stress and symptoms on drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- DiNardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.

- Feske, U. y Chambles, D.L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Francis, G., Last, C.G. y Strauss, C.C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.
- *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.
- Glass, G. V., McGaw, B. y Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis for social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia. A meta-analysis. *Clinical Psychology. Science and practice*, 4, 291-306.
- Greco, L. A. y Morris, T. L. (2001). Treating Childhood Shyness and related behavior. Empirically Evaluated approaches to promote positive social interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 299-318.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 37, 1308-1316.
- *Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- 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: Diagnostic, assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneider, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D. F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy vs. Phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Ingram, R. E., Ramel, W., Chavira, D. y Scher, C. (2001). Social anxiety and depresión En W. R. Crozier y L. E Alden (dirs.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 357-380). Nueva York: John Wiley and Sons Ltd.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. París: F. Alcan.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems.
- La Greca, A. M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. y Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorder in high school student. *Journal Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- 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.

- Lydiard, R.B., Brawman-Minstzer, O. y Ballenger, J.C. (1996). Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 660-668.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Oakman, J. M. y Farvolden, P. (1999). Serotonergic agents in the treatment of social phobia in children and adolescents. A case series. *Depression and Anxiety*, 10, 33-39.
- Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. London: Heinemann.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Marks, I. M. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 25-31.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221
- *Masia, C., Klein, R., Dent, H., Albano, A. y Guardino, M. (2003). *School-based intervention for social anxiety disorder in adolescents: Results of a controlled study*. Unpublished Manuscript.
- *Masia, C., Klein, R., Storch, E. y Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 40, 780-786.
- Mattick, R. P., Page, A. y Lampe, L. (1995). Cognitive and behavioral aspects. En M.B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Méndez, F. X., Sánchez, J. y Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Mersch, P. P. (1995). The treatment of social phobia. The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, Rational Emotive Therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 259-269.
- Moreno, P., 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.
- Morris, S. B. (2000). Distribution of the standardized mean change effect size for meta-analysis of repeated measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 53, 17-29.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social. Diseño inicial*. Manuscrito mimeografiado: Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- *Olivares, J. y García-López, L. J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-spanish versión*. Manuscrito no publicado.
- *Olivares, J. García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. 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., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- *Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (aceptado para su publicación). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*.

- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Sánchez, X., Méndez, X. y García-López, L. J. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10, 523-542.
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe *N* for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8, 157-159.
- Otto, M. W. (1999). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Model, methods, and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 14-19.
- *Ramos, V. (2003). *El efecto de la retroalimentación audiovisual en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia.
- Rosa, A. I., Sánchez, J., Olivares, J. e Inglés, C. (2002). El tratamiento de la fobia social y su repercusión en variables clínicas y de personalidad: una revisión meta-analítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 749-777.
- 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.
- Rosemberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M.S., Adams, D.C. y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (edición revisada). Newbury Park, CA: Sage.
- *Ruiz, J. (2003). *Efecto del tamaño del grupo en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia.
- Sánchez, J. y Ato, M. (1989). Meta-análisis: Una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J. Arnau y H. Carpintero (Coords.), *Tratado de psicología general. 1: Historia, teoría y método* (pp. 617-669). Madrid: Alhambra.
- Silverman, W. y Albano, A. M. (1997). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Spence, S. H. (1995). *Social Skills Training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor, U.K.: NFER-Nelson.
- *Spence, S. H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Spielberger, C. (1973). *STAI-C preliminary manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Hötler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitve-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- 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.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.