

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONDUCTUAL Y COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA SOCIAL

Arturo Bados, Eugeni Garcia-Grau y Adela Fusté
Universidad de Barcelona (España)

Resumen

La significación clínica es un tema fundamental para valorar la eficacia de una intervención, pero sólo el 48% de los estudios sobre tratamiento de la fobia social presentan datos al respecto. Además, los criterios de mejora y recuperación empleados son muy heterogéneos y en muchos artículos se omite información importante, lo que hace difícil extraer conclusiones. De todos modos, la revisión que hemos realizado permite presentar algunos resultados de modo tentativo. Con terapia conductual y cognitivo-conductual, el 64% y 55% respectivamente de los pacientes que acaban el tratamiento mejoran bastante o mucho y ambas terapias son significativamente superiores al placebo. Por otra parte, tras recibir terapia conductual y cognitivo-conductual, el 59% y el 35% respectivamente de los pacientes tratados pueden considerarse moderadamente o muy recuperados y la terapia conductual resulta significativamente superior a la cognitivo-conductual. En ambos casos los resultados son menos positivos si se considera a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento. Es necesario consensuar criterios de mejora y recuperación, validarlos y exigir que los estudios presenten sistemáticamente datos de significación clínica.

PALABRAS CLAVE: Fobia social, ansiedad social, tratamiento conductual, tratamiento cognitivo-conductual, significación clínica.

Abstract

Clinical significance is essential to evaluate the efficacy of a psychological intervention, but only 48% of studies about treatment of social phobia provide data on the matter. In addition, the improvement and recovery criteria used are heterogeneous and in many articles important information is omitted, which makes it difficult to draw conclusions. Anyway, the review we have carried out

offers some tentative results. 64% of the patients treated with behavioral therapy, and 55% of the patients treated with cognitive-behavioral therapy improved moderately or markedly, and both therapies functioned significantly better than placebo. Furthermore, 59% and 35% of the patients receiving behavioral and cognitive-behavioral therapy respectively recovered moderately or highly. The behavioral proved significantly better than the cognitive-behavioral therapy. In both cases results were less positive if one considers all patients that began treatment. It is necessary to reach a consensus on improvement and recovery criteria to validate them, and to require that studies systematically provide data regarding clinical significance.

KEY WORDS: *Social phobia, social anxiety, behavioral treatment, cognitive-behavioral, treatment, clinical significance.*

Introducción

Los estudios que revisan la eficacia de los tratamientos psicológicos de la fobia social (Barlow, Raffa y Cohen, 2002; Beidel y Turner, 1998; Botella, Baños y Perpiñá, 2003; Heimberg y Juster, 1995; Turk, Heimberg y Hope, 2001) indican que la exposición, la terapia cognitiva de Beck y la reestructuración cognitiva más exposición han obtenido, a nivel estadístico, mejores resultados que los grupos de lista de espera en las siguientes medidas: ansiedad y evitación social, cogniciones disfuncionales y estado de ánimo deprimido. La reestructuración cognitiva, sin tareas explícitas de exposición, ha sido superior a la lista de espera en dos estudios y el entrenamiento en habilidades sociales también parece eficaz, aunque limitaciones metodológicas importantes en los estudios realizados impiden extraer conclusiones firmes en este último caso.

Asimismo, los escasos datos disponibles sugieren que la exposición, la terapia cognitiva de Beck y la reestructuración cognitiva más exposición son más eficaces que el placebo farmacológico. Sin embargo, sólo se ha realizado un estudio para cada tipo de tratamiento. Por otra parte, dos investigaciones indican que el programa de Heimberg —una integración de reestructuración cognitiva y exposición; véase Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier (1995)— ha obtenido mejores resultados que un placebo psicológico con un nivel de credibilidad equiparable al tratamiento activo (Este placebo psicológico o terapia educativa de apoyo incluía explicaciones/demostraciones/discusiones sobre temas pertinentes a la fobia social y discusión en grupo de las actividades de la semana anterior y de preocupaciones sobre acontecimientos ansiógenos venideros). Finalmente, la terapia cognitiva individual basada en los modelos de Wells (1997) y Clark ha sido más eficaz que un grupo de lista de espera (Stangier *et al.*, 2003) —aunque hubo muchos más sujetos perdidos en este grupo, lo cual puede afectar a la interpretación de los resultados— y a una combinación de fluoxetina y autoexposición en vivo (Clark *et al.*, 2002, citado en Stangier *et al.*, 2003), sin embargo, el fármaco prescrito es poco eficaz para la fobia social.

Los distintos metaanálisis realizados (Fedoroff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Méndez, Sánchez y Moreno, 2001; Taylor, 1996) indican que, en general, no

hay diferencias entre la exposición, la terapia cognitiva de Beck, la reestructuración cognitiva más exposición y el entrenamiento en habilidades sociales. Los tamaños del efecto en comparación a la lista de espera/placebo en diversas medidas de autoinforme han sido: ansiedad/evitación social (0,77-0,94), cogniciones disfuncionales (0,47-0,53) y depresión/ansiedad (0,48-0,51). Así pues, la magnitud del cambio es alta en las medidas de ansiedad social y moderada en las otras variables. Los tamaños del efecto pre-post han sido, como cabe esperar, algo más elevados: ansiedad/evitación social (0,84-1,08), cogniciones disfuncionales (0,72-1,02), depresión/ansiedad (0,56-0,58).

Existen varios estudios que han evaluado si la reestructuración cognitiva incrementa la eficacia de la exposición, pero los datos han sido contradictorios; el tratamiento combinado ha resultado mejor que la exposición, igual o incluso inferior a la misma. Por otra parte, los metaanálisis realizados (Fedoroff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Méndez, Sánchez y Moreno, 2001; Taylor, 1996) indican que los resultados del tratamiento combinado son similares a los de la exposición, tanto a corto como a medio plazo, en medidas de ansiedad social, síntomas cognitivos, ansiedad generalizada y depresión. Sin embargo, Taylor (1996) encontró que, en el postratamiento, el programa que conjuga reestructuración cognitiva y exposición tendió a tener un mayor tamaño del efecto y fue el único tratamiento que se diferenció estadísticamente del placebo. Igualmente, en el metaanálisis de Fedoroff y Taylor (2001), el tratamiento combinado, pero no la exposición, fue más eficaz que el placebo psicológico y farmacológico.

En síntesis, los resultados de los diferentes estudios indican que tanto el tratamiento conductual como el cognitivo-conductual de la fobia social consiguen resultados estadísticamente significativos y tamaños del efecto que oscilan de moderados a altos, según las medidas consideradas. Sin embargo, esta información es totalmente insuficiente para evaluar el impacto real que tiene la intervención en la vida diaria del cliente y de las personas de su entorno (Kazdin, 1999). Por tanto, es necesario valorar el grado en que el cambio conseguido por el cliente se acerca al cambio requerido para que pueda funcionar de forma adecuada en los diferentes ámbitos de su vida. En este sentido, es posible que un tratamiento sea estadísticamente más eficaz que otro, pero que en realidad ninguno de los dos promueva cambios relevantes en el funcionamiento psicosocial de los clientes. Asimismo, aunque es más probable que un tamaño del efecto grande sea clínicamente significativo en comparación a uno pequeño, puede no serlo en absoluto cuando el cambio conseguido es insuficiente.

Para evaluar la significación clínica de un programa de intervención se han establecido básicamente dos parámetros (Ogles, Lunnen y Bonesteel, 2001):

- 1) *Criterios de mejora*: el tratamiento debe promover un cambio significativo en la medida o medidas de interés. Por ejemplo, una mejora estadísticamente fiable o un porcentaje de cambio prefijado en uno o varios cuestionarios; valoración realizada por expertos no vinculados a la investigación de que el cliente ha alcanzado una mejora por encima de un cierto nivel en los problemas de interés; valoración por parte del cliente o de personas signi-

ficativas de su entorno de que ha mejorado más allá de un cierto grado en los problemas de interés. Sin embargo, es posible que una persona mejore sustancialmente (p.ej., 30% de reducción en dos medidas de autoinforme), pero el problema todavía continúe interfiriendo de forma notable en su vida cotidiana. Por tanto, es necesario valorar el grado en que la persona se ha recuperado del trastorno.

- 2) *Criterios de recuperación*: implica que haya una mejora significativa y además que el cliente logre un nivel adecuado de funcionamiento en sus actividades diarias. Por ejemplo, puntuación del cliente en uno o varios cuestionarios similar a la de un grupo normativo que no presenta el problema; valoración por parte de evaluadores independientes de que el paciente no cumple los criterios diagnósticos del trastorno por el que ha sido tratado; valoración que hace el cliente o personas significativas de su entorno de que el problema está solucionado o perturba poco.

Sorprendentemente, hasta el momento, no hay ninguna revisión sobre la significación clínica del tratamiento psicológico de la fobia social. Escribimos sorprendentemente porque pensamos que los investigadores deberían informar a los profesionales que trabajan en el día a día de la práctica clínica acerca del impacto que los programas de intervención aplicados tienen realmente en el funcionamiento psicológico y social de sus clientes. Por otra parte, los usuarios de los servicios asistenciales tienen derecho a saber las posibilidades que tienen de mejorar y recuperarse de sus problemas. La significación estadística da pocas respuestas, si es que da alguna, a estas cuestiones.

En este artículo hacemos un análisis exhaustivo de los estudios empíricos publicados sobre la eficacia del tratamiento conductual o cognitivo-conductual de la fobia social. El objetivo es conocer cuál es la significación clínico-social de los resultados obtenidos. En concreto, nos gustaría poder responder a preguntas del tipo: ¿qué porcentaje de artículos proporcionan datos sobre la significación clínica de los resultados?, ¿qué criterios se han empleado para definir la mejora y la recuperación?, ¿son adecuados los criterios utilizados?, ¿qué porcentaje de pacientes mejoran y qué porcentaje se recuperan?, ¿cómo influyen en los porcentajes de mejora y recuperación el tratamiento aplicado, las características de los estudios y los criterios empleados?

Procedimiento

La búsqueda se realizó en las bases de datos PsychINFO y Medline y se recopilaron todos los artículos publicados hasta septiembre de 2003 que presentaban datos sobre la eficacia del tratamiento de la fobia social. Posteriormente, se consultaron las referencias de los artículos localizados para encontrar otros posibles estudios y se seleccionaron los artículos que cumplían las siguientes condiciones

- Aplicación de un tratamiento psicológico, específicamente de orientación conductual o cognitivo-conductual, puesto que los artículos que evalúan la eficacia de programas de intervención de otras orientaciones son casi inexistentes.
- Población adulta, dado que sólo hay seis trabajos que proporcionen datos de significación clínica con población infantil o adolescente.
- Empleo de criterios DSM o CIE para el diagnóstico de la fobia social.
- Al menos 10 personas para la mayoría de los tratamientos o condiciones investigadas (p.ej., tipo de fobia social).
- No utilizar la misma muestra empleada en otro estudio. Cuando dos artículos compartían la misma muestra, se seleccionó el que presentaba los datos de significación clínica o los datos más completos.

Además, algunos trabajos fueron eliminados, a pesar de cumplir los criterios anteriores, por las siguientes razones. Al-Kubaisy *et al.* (1992) proporcionan resultados de significación clínica para personas con problemas de agorafobia, fobia social y fobias específicas sin diferenciar los datos para cada tipo de trastorno. Dingemans, Van Vliet, Couvee y Westenberg (2001) presentan los datos de significación clínica para distintos tipos de tratamiento psicológicos y/o farmacológicos en conjunto y, por tanto, no se pueden valorar los resultados concretos de cada intervención. Lundh y Öst (2001) afirman que el 75% de los pacientes mejoraron, pero no especifican el criterio de mejora; simplemente indican que consistió en una reducción en la escala de ansiedad social de un cuestionario. Oosterbaan *et al.* (2001) presentan los datos de significación clínica en una figura y no explicitan el número de participantes que toman como punto de referencia para hacer los cálculos; en consecuencia, no resulta posible obtener los resultados. Finalmente no se han tenido en cuenta los trabajos de Halperin, Nathan, Drummond y Castle (2000) y Kingsep, Nathan y Castle, (2003) realizados con pacientes esquizofrénicos.

Cuando los datos de postratamiento y seguimiento de una misma muestra se publicaron en artículos distintos, estos se consideraron como un solo estudio.

En el postratamiento se calculó el porcentaje de pacientes mejorados y recuperados tomando dos puntos de referencia: los que habían acabado el tratamiento y los que lo habían iniciado, aunque abandonaran después. En los seguimientos, hubo un punto más de referencia: los que habían quedado en el seguimiento. Aunque reconocemos que es un criterio estricto, no descontamos al realizar los cálculos a los pacientes de los que se carece de datos al no contestar los instrumentos de evaluación; por tanto, cuentan como no mejorados o no recuperados.

En dos estudios (Gelernter *et al.* 1991; Scholing y Emmelkamp, 1996b) en que algunos de los pacientes ya cumplían los criterios de recuperación en el pretratamiento, estos pacientes fueron descontados a la hora de calcular el porcentaje de personas recuperadas. En algunos artículos se han distinguido grados de mejora y de recuperación, que nosotros, para homogeneizar la terminología, hemos denominado «bastante mejorados» y «muy mejorados» por una parte y «moderadamente recuperados» y «muy recuperados» por otra. En los estudios de Mattick y Peters (1988) y Mattick, Peters y Clarke (1989) no tuvimos en cuenta las categorías que

ellos denominan mejoría moderada y estado final de funcionamiento moderado por considerar que los criterios eran demasiado laxos.

Finalmente, dos estudios (Stangier *et al.*, 2003; Stravynski *et al.*, 2000) proporcionan resultados de pacientes mejorados en tres cuestionarios de ansiedad social. En estos casos, optamos por escoger aquel de los tres que daba un porcentaje intermedio de pacientes mejorados.

Resultados

En las bases de datos consultadas y en las referencias de los trabajos localizados en estas se encontró un total de 96 artículos realizados con población adulta; 42 estudios fueron eliminados por no cumplir los criterios de inclusión y cuatro no se pudieron conseguir. De los 50 restantes, 42 tienen como objetivo prioritario evaluar la eficacia de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales de la fobia social. Veinticuatro de estos estudios presentan datos de porcentajes de pacientes mejorados y/o recuperados (véanse las tabla A1 y A2 en el apéndice) y dos presentan sólo datos de porcentaje de pacientes que mejoraron adicionalmente o empeoraron del postratamiento al seguimiento o de un seguimiento al siguiente (Mersch, Emmelkamp, Bögels y van der Sleen, 1989; Mersch, Emmelkamp y Lips 1991; Scholing y Emmelkamp, 1993a, 1996a). Por otra parte, 8 estudios se centran en otros aspectos como el análisis de posibles variables predictoras, pero también aportan datos de los resultados del tratamiento. Sin embargo, ninguno de estos 8 artículos presenta datos de significación clínica. Por tanto, los resultados presentados provienen de los 24 estudios con porcentajes de pacientes mejorados y/o recuperados; estos estudios vienen marcados con un asterisco en las referencias.

El análisis de las muestras utilizadas en estos 24 estudios dibuja el siguiente perfil: la edad media de los participantes osciló entre 30 y 41 años, el porcentaje de hombres y mujeres fue bastante similar, un 10% de los personas a las que se ofreció

Tabla 1
Características de los participantes en los 24 estudios seleccionados

	Nº y porcentaje		Nº de estudios que informan
Consecución de los pacientes:			17
Vienen por propia iniciativa o derivados	730	66,9%	
Vienen por anuncio	361	33,1%	
Pacientes que rechazan participar	129	10,0%	15
Pacientes que participan			
Varones	696	45,6%	22
Mujeres	829	54,4%	
Con fobia social generalizada	515	79,0%	13
Con fobia social circunscrita	137	21,0%	

tratamiento rechazaron participar, la duración media de la fobia social estuvo entre 13 y 20 años y la mayoría de participantes presentaron fobia social generalizada y acudieron a tratamiento derivados por otros profesionales o por propia iniciativa (véase la tabla 1). Como puede observarse en esta tabla, un porcentaje notable de estudios no presentan datos que puedan ser importantes para definir las características de la muestra.

Un 81% de los 21 estudios que informan excluyeron a los pacientes que presentaban algún trastorno comórbido, independientemente de que fuera o no más importante que la fobia social: depresión mayor (9 estudios), abuso de sustancias (8 estudios), otros trastornos de ansiedad (5 estudios), trastornos de personalidad (5 estudios), trastornos de alimentación (1 estudio). Además, 6 y 4 estudios excluyeron respectivamente a las personas que no querían dejar la medicación o que habían recibido tratamiento cognitivo-conductual hacía pocos años. Por otra parte, sólo 5 estudios informan del número de pacientes que presentaban trastorno de personalidad evitativa y 7 estudios, del número de personas con cualquier otro tipo de trastorno comórbido.

Asimismo, conviene destacar que hay bastantes estudios que no informan o informan insuficientemente de otros aspectos que pueden ser relevantes para la interpretación de los resultados. Por ejemplo: diferencias entre las personas que aceptan o rechazan el tratamiento, número de pacientes que estaban tomando medicación, grado de experiencia de los terapeutas tanto en general como con respecto al tratamiento aplicado, tipo y grado de entrenamiento recibido por los terapeutas, supervisión del tratamiento aplicado, vinculación al tratamiento investigado, diferencias entre las personas que abandonan y acaban el tratamiento, diferencias entre las personas que participan o no en el seguimiento y número de pacientes que reciben tratamiento adicional durante el seguimiento.

En la misma línea, sólo 12 (50%) de los 24 estudios informan de los pacientes mejorados en el postratamiento, 13 (54,2%), de las personas recuperadas y únicamente 3 (12,5%) dan datos tanto de mejora como de recuperación. Diecinueve estudios (79,2%) realizaron uno o más seguimientos; de estos estudios, 11 (57,9%) informan de los pacientes mejorados, 9 (47,4%), de los pacientes recuperados y tan sólo 4 (21%) informan de ambas cosas. Únicamente 1 estudio (4,2%) ofrece datos de los pacientes mejorados y recuperados en el postratamiento y seguimiento, con la limitación de que los datos están calculados a partir de los que completaron el seguimiento a los 18 meses (un 68,5% de los que empezaron). La mayoría de los 26 seguimientos realizados fueron hechos a los 3 o a los 6 meses de acabar la intervención y sólo en 9 la duración fue de 1 año o más.

Las condiciones de tratamiento investigadas se agrupan principalmente en dos categorías:

- a) Terapia conductual (TC, 11 estudios). Ha consistido básicamente en exposición simulada (o imaginal en un estudio) y en vivo a las situaciones temidas (9 estudios); en un caso se ha empleado sólo autoexposición en vivo y en otros dos se ha combinado la exposición con el entrenamiento en habilidades sociales.

- b) Terapia cognitivo-conductual (TCC, 18 estudios). En 13 estudios se ha combinado la exposición simulada y en vivo con la reestructuración cognitiva; de estos 13 estudios, 9 han aplicado el programa de Heimberg (véase Heimberg *et al.*, 1995). Otros tratamientos han combinado: 1) exposición y reestructuración cognitiva con entrenamiento en habilidades sociales y/o respiración más relajación, 2) exposición con redirección de la atención, o 3) reestructuración con entrenamiento en habilidades sociales. Finalmente, también se ha utilizado en un estudio la terapia cognitiva basada en Wells y Clark que incluye una demostración del papel de la atención y de las conductas defensivas, entrenamiento atencional, retroalimentación mediante vídeo y audio, experimentos conductuales dentro y fuera de la sesión y reestructuración cognitiva. La tabla 2 presenta algunos aspectos de la aplicación de la TC y TCC en los estudios revisados.

Tabla 2

Aspectos de la terapia conductual y cognitivo-conductual en los estudios revisados

	Terapia conductual	Terapia cognitivo-conductual
Nº de estudios	11	18
Nº que inicia tratamiento	385	564
Nº y % de pacientes que abandonan	80 (20,8%)	104 (18,4%)
Nº y % de pacientes que toman fármacos	17/96 (17,7%)	15/169 (8,8%)
	3 estudios	8 estudios
Nº y % pacientes con tratamientos individuales (I), grupales (G) y mixtos	5 G, 3 I, 1 I o G, 1 I + G	13 G, 1 I, 2 I o G, 1 I + G
	10 estudios	17 estudios
Media (DT) y amplitud de las horas de tratamiento	19,5 (11,4) 4-42	21,2 (8,1) 6-30
Media (DT) y amplitud del número de sesiones	12,5 (7,1) 6-29	10,8 (3,3) 6-16
Media (DT) y amplitud de la duración de las sesiones	1,6 (0,61) 0,5-2,5	2,0 (0,50) 1-2,5
Distribución modal de las sesiones	1 x semana	1 x semana

Por otra parte algunas investigaciones han utilizado otras condiciones: fármacos más autoexposición (2 estudios); placebo farmacológico más autoexposición (2 estudios); fármacos (4 estudios); placebo farmacológico (2 estudios más otro en que se aplicó atenolol, que consideramos como placebo por su falta de eficacia para la fobia social y por no haberse diferenciado del placebo en el estudio considerado); placebo psicológico (2 estudios); reestructuración cognitiva sin exposición (1 estudio); terapia de apoyo (1 estudio).

En los estudios que hicieron seguimiento, este se llevó a cabo con aproximadamente el 70% de los pacientes que habían iniciado TC o TCC. El seguimiento a los 6 meses fue completado por el 89% de los pacientes que acabaron el tratamiento, pero este porcentaje se redujo al 77% y 50% respectivamente en los seguimientos realizados a los 18-24 meses y 5 años.

Entrando ya en los datos de significación clínica, 16 estudios emplearon algún criterio para decidir si un paciente había mejorado. Estos criterios han sido muy dispares y pueden clasificarse de la forma mostrada en la tabla 3. En 5 estudios se han establecido grados de mejora según el número de criterios conseguidos o el porcentaje de reducción logrado en la medida considerada.

Tabla 3
Criterios de mejora utilizados en distintos estudios

Criterios	Nº de estudios
— Calificación por un evaluador independiente en un ítem sobre el grado de mejora global, que normalmente suele ir de 1 (muy mejorado) a 7 (muy empeorado)	7 ^a
— Reducción en un cuestionario de ansiedad social o subescala del mismo	4
— Reducción en tres de cuatro cuestionarios de ansiedad social	1
— Cumplimiento de al menos dos de los tres siguientes: reducción en un ítem de evitación, reducción en un ítem de gravedad del trastorno y aumento de la ejecución en un test conductual	2
— Cumplimiento de al menos dos de los tres siguientes: reducción en un cuestionario de ansiedad social, calificación por terapeuta en un ítem de gravedad del trastorno y en otro ítem sobre la mejora global conseguida	1
— Cumplimiento de al menos dos de los cinco siguientes: reducción en un cuestionario de ansiedad social, reducción en un ítem de perturbación/incapacitación, reducción en un ítem sobre la gravedad del trastorno según un evaluador independiente, aumento de la duración de una charla y disminución de la ansiedad durante la misma	1

^a En un estudio el evaluador no fue independiente.

La tabla 5 presenta los porcentajes de pacientes mejorados tanto en el postratamiento como en diversos seguimientos de hasta 2 años de duración. Centrándonos en el postratamiento, puede observarse que el 64% de los pacientes tratados con TC y el 55% de los pacientes tratados con TCC mejoran. Estos porcentajes se reducen al 52% y 43% respectivamente si se considera a todos los que iniciaron el tratamiento. También puede observarse que existe una notable variabilidad en los porcentajes de pacientes mejorados en cada una de estas condiciones; por ejemplo, de 31% a 85% en la TCC entre los que acabaron el tratamiento. Es interesante señalar que los porcentajes de pacientes mejorados con TCC varían poco cuando sólo se consideran los siete estudios que aplican el programa de Heimberg (56,6% y 42,9% de pacientes mejorados sobre los que acaban e inician el tratamiento respectivamente). Por otra parte, en la condición de placebo farmacológico o psicológico (no hubo diferencias entre estas dos intervenciones), los porcentajes de pacientes mejorados sobre los que acaban e inician el tratamiento son respectiva-

Tabla 4
Porcentaje y número de pacientes con fobia social mejorados en cada condición en el posttratamiento y seguimientos

	Terapia conductual			Terapia cognitivo-conductual			Placebo		
	Inician tratamiento	Acaban tratamiento	Quedan en seguimiento	Inician tratamiento	Acaban tratamiento	Quedan en seguimiento	Inician tratamiento	Acaban tratamiento	Quedan en seguimiento
Posttratamiento	51,6% (32/62) % (36, 62, 64)	64,0% (32/50) % (47, 70, 76)	-----	43,0% (151/351) % (19, 22, 32, 39, 42, 49, 58, 60, 64, 74)	54,7% (151/276) % (31, 33, 44, 44, 50, 56, 64, 75, 75, 85)	-----	35,2% (81/230) % (27, 31, 33, 33, 41)	40,1% (81/202) % (34, 35, 40, 41, 44)	-----
A los 3 meses	48,6% (18/37) % (46, 50)	54,5% (18/33) % (50, 57)	54,5% (18/33) % (50, 57)	42,0% (37/88) % (17, 73, 80)	60,6% (37/61) % (30, 80, 95)	63,7% (37/58) % (33, 80, 95)	-----	-----	-----
A los 6 meses	45,4% (5/11)	50,0% (5/10)	62,5% (5/8)	35,3% (66/187) % (14, 17, 35, 42, 52, 100)	45,5% (66/145) % (23, 23, 41, 48, 65, 100)	54,1% (66/122) % (32, 33, 46, 54, 77, 100)	33,3% (8/24)	40,0% (8/20)	47,1% (8/17)
A los 12 meses	35,3% (24/68)	39,3% (24/61)	40,0% (24/60)	41,9% (13/31)	48,1% (13/27)	54,1% (13/24)	-----	-----	-----
A 18-24 meses	44,0% (11/25)	57,9% (11/19)	73,3% (11/15)	39,6% (19/48)	47,5% (19/40)	54,3% (19/35)	-----	-----	-----

Nota. Los cálculos están realizados sobre los que inician y acaban el tratamiento y sobre los que quedan en el seguimiento. La condición placebo incluye placebo farmacológico, placebo psicológico y atenolol. Los porcentajes de la fila inferior de cada celdilla corresponden a los observados en los distintos estudios realizados.

Tabla 5

Porcentaje y número de pacientes con fobia social mejorados y recuperados en distinto grado en cada condición en el postratamiento y seguimientos a los 3 y 18 meses

	Terapia conductual	Terapia cognitivo-conductual	Placebo farmacológico y atenolol
MEJORADOS			
Postratamiento			
Bastante mejorados	32,5% (13/40)	45,1% (23/51)	22,5% (29/129)
Muy mejorados	30,0% (12/40)	7,8% (4/51)	18,6% (24/129)
A los 3 meses			
Bastante mejorados	30,3% (10/33)	35,5% (11/31)	-----
Muy mejorados	24,2% (8/33)	54,8% (17/31)	-----
A 18 meses			
Bastante mejorados	47,3% (9/19)	42,5% (17/40)	-----
Muy mejorados	10,5% (2/19)	5,0% (2/40)	-----
RECUPERADOS			
Postratamiento			
Moderadamente recuperados	50,0% (17/34)	10,0% (4/40)	31,7% (13/41)
Muy recuperados	23,5% (8/34)	15,0% (6/40)	12,2% (5/41)
A los 3 meses			
Moderadamente recuperados	21,2% (7/33)	19,4% (6/31)	-----
Muy recuperados	12,1% (4/33)	16,1% (5/31)	-----
A 18 meses			
Moderadamente recuperados	-----	10,0% (4/40)	-----
Muy recuperados	-----	15,0% (6/40)	-----

Nota. Los cálculos están realizados sobre los pacientes que acaban el tratamiento. Cada porcentaje está basado en un máximo de dos estudios.

mente 40% y 35%. El único estudio que da los resultados de un grupo de lista de espera (11 personas) indica que no mejoró nadie.

Para valorar si existían diferencias significativas en el postratamiento entre el porcentaje de participantes que mejoran con TC, TCC y placebo, aplicamos, haciendo comparaciones por pares, la prueba de ji cuadrado con la corrección de Simes (1986) para múltiples comparaciones. El porcentaje de pacientes mejorados fue significativamente mayor en la TC que en el placebo tanto considerando a los pacientes que acabaron el tratamiento ($\chi^2[1, N = 252] = 9,26; p = 0,0023$) como a los que lo iniciaron ($\chi^2[1, N = 292] = 5,53; p = 0,0187$). La TCC fue también superior al placebo, pero sólo teniendo en cuenta a los que acabaron el tratamiento ($\chi^2[1, N = 478] = 9,97, p = 0,0016$). No hubo diferencias significativas entre la TC y la TCC. En los seguimientos tendieron a mantenerse, con ciertas oscilaciones, los porcentajes de pacientes mejorados. Sin embargo, el número de estudios realizado en cada periodo de seguimiento fue pequeño y, por tanto, no se hicieron comparaciones estadísticas. Por otra parte, como puede observarse en la tabla 4, los porcentajes suelen variar apreciablemente en función de cómo se calculan los resultados. Cuando se toma como referencia a los pacientes que iniciaron el tratamiento los

Tabla 6
Criterios de recuperación utilizados en distintos estudios

Criterios	Nº de estudios
— No cumplir criterios diagnósticos para la fobia social	3 ^a
— No cumplir criterios diagnósticos durante el seguimiento y, para recuperación completa, no haber presentado incapacidad debida a la ansiedad ni haber buscado tratamiento para la misma	1
— Calificación de remisión total o casi total por evaluador independiente en un ítem	2
— No cumplir criterios diagnósticos y conseguir los valores prefijados en tres cuestionarios de ansiedad social	1
— Puntuar por debajo de un valor prefijado (media o 1,5 desviaciones típicas por encima de la media de la población general, punto de corte entre población funcional y disfuncional) en una subescala de un cuestionario de ansiedad social	3
— Conseguir el valor prefijado en al menos dos de los tres siguientes: un ítem de evitación, un ítem de gravedad del trastorno, ejecución en un test conductual junto con autoinforme de la ansiedad durante el mismo	2
— Conseguir el valor prefijado en al menos dos de los cinco siguientes: un cuestionario de ansiedad social, un ítem de perturbación/incapacitación, un ítem de la gravedad del trastorno según un evaluador, duración de una charla y ansiedad durante la misma	2 ^b
— Conseguir los valores prefijados en al menos dos de tres puntuaciones compuestas calculadas a partir de varios cuestionarios de ansiedad social	1

^a En dos estudios el evaluador no fue independiente. ^b En un estudio el evaluador fue el terapeuta.

porcentajes de personas mejoradas son bastante más altos que cuando los cálculos se hacen según los pacientes que quedaron en el seguimiento.

En los pocos estudios que diferencian entre grados de mejora, puede observarse que tiende a haber un mayor porcentaje de pacientes entre los bastante mejorados que entre los muy mejorados (véase la tabla 5). La única excepción es la TCC en el seguimiento a los 3 meses en el que los datos están basados en dos estudios de los mismos autores.

Considerando ahora a los pacientes que se recuperan tras el tratamiento, 15 estudios han empleado algún criterio al respecto. Estos criterios han sido muy dispares y pueden clasificarse de la forma mostrada en la tabla 6. En 4 estudios se han establecido grados de recuperación según el número de criterios cumplidos.

La tabla 7 presenta los porcentajes de pacientes recuperados tanto en el postratamiento como en diversos seguimientos de hasta 2 años de duración. Centrándonos en el postratamiento, puede observarse que el 59% de los pacientes tratados con TC y el 35% de los pacientes tratados con TCC se recuperan. Estos porcentajes se reducen al 46% y 30% respectivamente si se considera a todos los que iniciaron el tratamiento. Igual que ocurre en el caso de los porcentajes de mejora, también existe una notable variabilidad en los porcentajes de pacientes recuperados. Asimismo, los porcentajes de pacientes recuperados con TCC no varían cuando se consideran sólo los tres estudios que aplican el programa de Heimberg (32,7% y 27,0% de pacientes recuperados sobre los que acaban e inician el tratamiento respectivamente). En la condición de placebo/atenolol los porcentajes se sitúan entre los de la TC y TCC (44% y 40%). Sin embargo, estos datos provienen de un sólo estudio que, como se comentará después, puede ser poco representativo. Por otra parte, conviene destacar que los porcentajes de pacientes recuperados son similares a los de pacientes mejorados en el caso de la TC y del placebo/atenolol, pero más bajos en la TCC.

Para valorar si existían diferencias significativas en el postratamiento entre el porcentaje de participantes que se recuperan con TC y TCC, aplicamos, haciendo comparaciones por pares, la prueba de ji cuadrado con la corrección de Simes para múltiples comparaciones. El porcentaje de pacientes recuperados fue significativamente mayor en la TC que en la TCC tanto considerando a los pacientes que acabaron el tratamiento ($\chi^2[1, N = 467] = 27,77; p = 0,0000$) como a los que lo iniciaron ($\chi^2[1, N = 577] = 15,81; p = 0,0001$). No se hicieron comparaciones con el placebo, puesto que hubo un solo estudio. En los seguimientos tendieron a mantenerse los porcentajes de pacientes recuperados, aunque con oscilaciones más o menos marcadas; en el seguimiento a los 18-24 meses de la TC, los porcentajes se reducen hasta la mitad si se eliminan los datos del estudio que proporciona cifras extremas de recuperación. Por otra parte, al igual que ocurría con los criterios de mejora, los porcentajes pueden variar apreciablemente según se calculen sobre los pacientes que quedaron en el seguimiento, sobre los que acabaron el tratamiento o sobre los que lo iniciaron.

En los pocos estudios que diferencian entre niveles de recuperación, puede observarse que tiende a haber un mayor porcentaje de pacientes entre los moderadamente recuperados que entre los muy recuperados (véase la tabla 5). La única

Tabla 7
Porcentaje y número de pacientes con fobia social recuperados en cada condición en el postratamiento y seguimientos

	Terapia conductual			Terapia cognitivo-conductual			Placebo farmacológico y atenolol		
	Inician tratamiento	Acaban tratamiento	Quedan en seguimiento	Inician tratamiento	Acaban tratamiento	Quedan en seguimiento	Inician tratamiento	Acaban tratamiento	Quedan en seguimiento
Posttratamiento	45,8% (154/336) % (25, 33, 33, 36, 50, 58, 59, 64)	59,0% (154/261) % (28, 38, 42, 44, 71, 75, 77, 83)	-----	29,5% (71/241) % (20, 22, 25, 28, 33, 35, 35, 39)	34,5% (71/206) % (24, 25, 32, 33, 35, 40, 43, 49)	-----	40,0% (18/45)	43,9% (18/41)	-----
A los 3 meses	35,7% (55/154) % (27, 36, 38, 38)	47,8% (55/115) % (30, 40, 43, 57)	48,6% (55/113) % (30, 40, 43, 59)	31,6% (19/60) % (27, 32, 33)	35,2% (19/54) % (30, 35, 38)	35,2% (19/54) % (30, 35, 38)	-----	-----	-----
A los 6 meses	42,4% (39/92) % (38, 54)	47,5% (39/82) % (43, 62)	49,4% (39/79) % (43, 68)	41,7% (10/24)	43,5% (10/23)	47,6% (10/21)	-----	-----	-----
A los 12 meses	53,7% (57/106) % (50, 54, 57)	60,6% (57/94) % (57, 61, 67)	65,5% (57/87) % (62, 67, 89)	43,9% (18/41) % (41, 46)	48,6% (18/37) % (48, 50)	60,0% (18/30) % (58, 61)	-----	-----	-----
A 18-24 meses	54,2% (51/94) % (29, 62)	70,8% (51/72) % (39, 82)	86,4% (51/59) % (50/98)	28,7% (25/87) % (22, 37)	34,2% (25/73) % (25, 45)	46,3% (25/54) % (39, 54)	-----	-----	-----

Nota. Los cálculos están realizados sobre los que inician y acaban el tratamiento y sobre los que quedan en el seguimiento. Los porcentajes de la fila inferior de cada celdilla corresponden a los observados en los distintos estudios realizados.

excepción es la TCC en el postratamiento y en el seguimiento a los 18 meses, aunque los datos están basados en un solo estudio.

Para comprobar si el tipo de criterio empleado afecta a los resultados, agrupamos los criterios de mejora en tres categorías (calificación por parte de un evaluador en un ítem, reducción de la puntuación obtenida en un sólo cuestionario y cumplimiento de más de un criterio, por ejemplo 2 de 5) y calculamos los porcentajes de pacientes mejorados según cada uno de ellos en el postratamiento. Cuando los participantes fueron valorados por un evaluador, se obtuvieron porcentajes de 7 a 10 puntos más altos en comparación a los otros dos criterios, pero las diferencias no fueron significativas tras aplicar la corrección de Simes.

También agrupamos los criterios de recuperación en tres categorías (no cumplir criterios diagnósticos o remisión total valorada en un sólo ítem, alcanzar el valor prefijado en un cuestionario y logro del valor prefijado en más de un criterio, por ejemplo 2 de 5) y calculamos los porcentajes de pacientes recuperados según cada uno de ellos en el postratamiento. En los estudios que emplearon el tercer tipo de criterio, los porcentajes de personas recuperadas fueron significativamente más altos (de 13 a 24 puntos) que en los estudios que emplearon los otros dos criterios. El tercer tipo de criterio ha sido utilizado en el 43% de condiciones (3 de 7) de TC, 0% de condiciones (0 de 7) de TCC y 100% de condiciones (1 de 1) de placebo. Al eliminar los 3 estudios con TC que emplearon dicho tipo de criterio (Turner, Beidel y Jacob, 1994; Turner *et al.*, 1994; van Velzen, Emmelkamp y Scholing, 1997), los porcentajes de pacientes recuperados con TC sobre los que iniciaron y acabaron el tratamiento bajaron de 45,8% y 59,0% a 41,5% y 50,0% respectivamente. A pesar de esto, las diferencias entre TC y TCC siguieron siendo significativas, tanto considerando a los pacientes que acabaron el tratamiento ($\chi^2[1, N = 372] = 9,14, p = 0,0025$) como a los que lo iniciaron ($\chi^2[1, N = 441] = 6,97; p = 0,0083$).

Otra posible variable de confusión es que en algunos estudios no se requiere que haya una mejora fiable para poder hablar de recuperación, sino simplemente que se logren ciertos valores prefijados de los que algunos participantes pueden estar ya muy cerca en el pretratamiento. Por tanto, se calculó el porcentaje de pacientes recuperados en el postratamiento en función de si el estudio exigía o no la existencia de mejora. Los estudios que no exigían mejora obtuvieron porcentajes de recuperación significativamente más altos (17 puntos) cuando se calcularon sobre los pacientes que acabaron el tratamiento. Sin embargo, cuando se tomó como referencia a las personas que iniciaron el tratamiento, sólo hubo una tendencia no significativa. El criterio de considerar recuperado a un paciente sin que haya mejorado necesariamente ha sido más frecuente en la TC y el placebo; en concreto en el 62,5% de condiciones (5 de 8) de TC, en el 37,5% de condiciones (3 de 8) de TCC y en el 100% de condiciones (1 de 1) de placebo. Cuando se eliminaron los estudios que no exigían mejora, el porcentaje de pacientes recuperados casi no varió en la TCC, pero bajó en la TC: de 45,8% a 43,2% entre los que iniciaron el tratamiento y de 59,0% a 51,5% entre los que lo acabaron. A pesar de esto, las diferencias entre TC y TCC siguieron siendo significativas, tanto considerando a los pacientes que acabaron el tratamiento ($\chi^2[1, N = 278] = 11,21; p = 0,0008$) como a los que lo iniciaron ($\chi^2[1, N = 325] = 8,65; p = 0,0033$).

Asimismo, se eliminaron los datos de algunos estudios que tenían características atípicas (terapia inferior a 10 horas: Fava *et al.*, 2001; Mulkens, Bögels, de Jong y Louwers, 2001; Rapee, 1993) o presentaban problemas metodológicos: a) tres estudios en que el evaluador no fue independiente (Leveni, Piacentini y Campana, 2002; Stravynski *et al.*, 2000; Stangier *et al.*, 2003) y b) un estudio en que hubo un gran número de abandonos y reposiciones en el grupo de TCC, lo cual pudo afectar a la cohesión del grupo y a los resultados del tratamiento. Al eliminar estos estudios, los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados en el postratamiento fueron prácticamente idénticos a los obtenidos incluyendo todos los estudios.

Por otra parte, los resultados de algunos estudios ofrecen datos sugerentes sobre ciertas variables que pueden influir en el porcentaje de pacientes mejorados y/o recuperados. En este sentido, los trabajos de Brown, Heimberg y Juster (1995), Hope, Herbert y White (1995) y Turner *et al.* (1996) indican que: a) el porcentaje de pacientes con fobia social generalizada que mejora no varía en función de si tienen o no un trastorno de personalidad evitativa o de si tienen o no un trastorno comórbido; b) los datos que permitirían valorar si el porcentaje de pacientes mejorados con fobia social circunscrita o no generalizada es superior al de las personas que presentan fobia social generalizada son inconsistentes; c) el porcentaje de pacientes recuperados con fobia social circunscrita o no generalizada es mayor que el porcentaje de pacientes recuperados que presentan fobia social generalizada; y d) el porcentaje de pacientes recuperados tiende a ser significativamente menor en los que presentan trastornos comórbidos, pero no hay diferencias en función de si tienen o no trastorno de personalidad evitativa.

Rapee (1993) halló que la variable experiencia de los terapeutas incidió en los resultados. Los terapeutas con sólo 1 año de experiencia lograron en el postratamiento un porcentaje de pacientes mejorados significativamente más bajo (15%) que el terapeuta con muchos años de experiencia (47%). Esta diferencia se mantuvo en el seguimiento a los 3 meses (14% frente a 54%) respectivamente, pero desapareció en el seguimiento a los 6 meses (25% frente a 36%). En el estudio de Heimberg *et al.* (1990; Heimberg, Salzman, Holt, y Blendell, 1993), hubo significativamente más pacientes mejorados en el postratamiento entre aquellos que tenían pareja (78,6%) que entre los que no tenían (46,2%); en el seguimiento no hubo diferencias.

Finalmente, sólo tres estudios dan información sobre los pacientes que mejoran adicionalmente, empeoran o recaen desde el postratamiento al seguimiento (Fava *et al.*, 2001; Scholing y Emmelkamp, 1996a, 1996b).

Discusión

El 52% de los estudios que evalúan la eficacia del tratamiento de la fobia social no presenta ningún dato de significación clínica. Este porcentaje indica la poca importancia que se concede normalmente a una cuestión que, desde nuestro punto de vista, es clave para valorar lo que podemos ofrecer a nuestros clientes como profesionales de la salud. Por si esto fuera poco, la mayoría de los artículos que aportan

datos de significación clínica transmiten la impresión de que los autores del estudio consideran que la evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos debe ser fundamentalmente estadística. Con frecuencia, se dedica la mayor parte del apartado de resultados a analizar si existen diferencias significativas entre las condiciones; en cambio se «concede» un pequeño párrafo a comentar la significación clínico-social del tratamiento. Pensamos, como hemos apuntado en la introducción, que la filosofía de los estudios debería dar un giro completo. Es decir, deberían priorizarse los datos que permiten evaluar el impacto que la intervención tiene en el funcionamiento psicosocial de los clientes y comentar las diferencias estadísticas y los tamaños del efecto como aspectos complementarios.

Únicamente un estudio informa de los pacientes mejorados y recuperados en el postratamiento y en el seguimiento. ¡Una pobre cosecha después de años de investigación! Asimismo, los estudios utilizan muchas medidas para evaluar los resultados estadísticos y, en general, muy pocas para valorar la significación clínica. Prácticamente ningún estudio da porcentajes de mejorados y recuperados sobre los que inician el tratamiento. El porcentaje de mejora o recuperación calculado a partir de todos los pacientes que inician el tratamiento genera posiblemente una subestimación ya que algunos abandonan por cambio de residencia, mejoría del trastorno, obligaciones más importantes, enfermedad, etc., y no por razones como ineficacia del tratamiento, efectos negativos de la terapia, tratamiento muy exigente o mala relación terapéutica. A la inversa, los porcentajes de mejora o recuperación calculados a partir de los pacientes que terminan el tratamiento puede provocar una sobrestimación de los resultados, puesto que no tiene en cuenta los abandonos por causas relacionadas directamente con el tratamiento. En general, los diferentes autores optan por presentar los datos más optimistas y dejan que el lector interesado calcule los porcentajes menos halagüeños. Desafortunadamente, en algunas ocasiones, estos cálculos suponen una ardua tarea y en otros resulta imposible.

Pensamos que los datos de significación clínica deberían calcularse rutinariamente tanto para los pacientes que terminan el tratamiento como para todos los que lo inician, incluidos los abandonos. En el caso de las personas que abandonan deberían emplearse los últimos datos disponibles («*end-point*»); esto es especialmente interesante para aquellos pacientes que dejan el tratamiento porque afirman que han mejorado lo suficiente. Asimismo, muchos estudios no presentan los datos de significación clínica de las condiciones de lista de espera; por tanto es difícil tener un punto de referencia para comparar los resultados y valorar la eficacia real de los programas de tratamiento que se evalúan.

Por otra parte, existe una gran heterogeneidad en los criterios de mejora y recuperación empleados en los distintos estudios y en muchos artículos se omite información importante, (p.ej., número de pacientes que toman medicación o que reciben tratamiento adicional durante el seguimiento). Por tanto, es muy difícil extraer conclusiones consistentes; de todos modos, la revisión realizada permite presentar ciertos resultados de modo tentativo y provisional.

Con TC y TCC, el 64% y 55% respectivamente de los pacientes que acaban el tratamiento mejoran bastante o mucho. Ambas terapias son significativamente superiores al placebo, lo cual coincide con los resultados de comparaciones directas

(Heimberg *et al.*, 1998; Turner, Beidel y Jacob, 1994). Los resultados son menos positivos si se tiene en cuenta a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento, en cuyo caso los porcentajes anteriores se reducen al 52% y 43%, de modo que sólo la TC sigue siendo mejor que el placebo. De todos modos, el porcentaje de pacientes mejorados con placebo es relativamente alto (40% y 35% entre los que acabaron e iniciaron el tratamiento), lo que indica la notable influencia en los resultados de factores considerados no específicos (motivación, expectativas de mejora, relación terapéutica, etc.). Por otra parte, tiende a haber un mayor porcentaje de pacientes entre los bastante mejorados que entre los muy mejorados.

El porcentaje de pacientes que mejoran tiende a mantenerse en los distintos seguimientos, aunque el número de estudios realizados en cada uno de ellos suele ser pequeño. Además, estos datos son difíciles de interpretar ya que en la inmensa mayoría de estudios no se informa ni sobre el número de pacientes que han recibido tratamiento psicológico o farmacológico adicional ni sobre si tienden a permanecer en el seguimiento los pacientes menos graves. Sin embargo, el estudio de Hunt y Andrews (1998), realizado en un contexto clínico real, indica que el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento adicional durante un seguimiento de 20 meses de media es al menos del 38,5%. Por otra parte, es patente que calcular los porcentajes de pacientes mejorados sobre los que completan el seguimiento, que es lo que suele hacer la mayoría de autores, sobrestima los resultados conseguidos; los porcentajes son más bajos cuando se calculan sobre los que acabaron el tratamiento y menores aún cuando el punto de referencia es los que iniciaron el tratamiento.

Tras recibir TC y TCC, el 59% y el 35% respectivamente de los pacientes tratados pueden considerarse moderadamente o muy recuperados, aunque estos porcentajes se reducen al 46% y 30% si se cuenta a todos los pacientes que comenzaron el tratamiento. Naturalmente, el porcentaje de pacientes muy recuperados es aún más bajo y alcanza sólo el 24% para la TC y el 15% para la TCC en el postratamiento y considerando los pacientes tratados.

Aunque no se hicieron comparaciones estadísticas entre la TC o TCC y el placebo/atenolol, por haber un solo estudio en esta última condición, un examen de la tabla 7 sugiere que no hay diferencias significativas. Ahora bien, en este estudio en que se empleó placebo/atenolol (Turner, Beidel y Jacob, 1994), los porcentajes de pacientes recuperados con placebo/atenolol (44%) o placebo (50%) fueron sorprendentemente altos y superiores a los obtenidos en estudios que emplearon placebo farmacológico más autoexposición (20%; Gelernter *et al.*, 1991) o clonacepam (33%; Otto *et al.*, 2000). Una posible explicación es que en dicho estudio se utilizó un criterio laxo de recuperación. En efecto, Beidel, Turner y Cooley (1993) emplearon la misma muestra que el estudio anterior para estudiar la validez del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Turner, Beidel, Dancu, y Stanley, 1989), pero cambiaron el criterio de recuperación, el cual consistió en obtener una puntuación inferior a la media menos dos desviaciones típicas de la muestra pretratamiento en la puntuación diferencial del citado inventario. Bajo estas condiciones, el porcentaje de recuperados en el grupo placebo (no hay datos para el de atenolol) se redujo del 50% al 10%, un cambio sorprendente.

En el postratamiento, la TC fue significativamente superior a la TCC en el porcentaje de pacientes recuperados, aunque en los estudios que hacen comparaciones directas no se han hallado diferencias. Esta superioridad se debió en parte al tipo de criterio de recuperación empleado y a que no se exigiera además que un paciente hubiera mejorado significativamente para poder considerarlo recuperado. Sin embargo, aún controlando estas variables, la diferencia siguió siendo significativa, por lo que sería interesante realizar estudios comparativos con muestras suficientemente grandes para confirmar o no estos resultados. Por otra parte, al controlar estas variables, se reduce el porcentaje de pacientes recuperados con TC (de 59% a 50% entre los que acaban el tratamiento) y se hace patente una mayor diferencia entre los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados en la TC.

Para ilustrar de forma «gráfica» el perfil de resultados que ofrecen los escasos datos de significación clínica que tenemos hasta el momento, presentamos el pronóstico de recuperación para una muestra hipotética de 100 pacientes. Para ello, tomamos como referencia los datos medios de la TC, que parece la intervención más eficaz, tras corregir la posible influencia de las variables de confusión. De los 100 pacientes, 10 rechazan iniciar el tratamiento; de los 90 que acceden a recibir terapia, 19 abandonan por diferentes motivos durante la intervención; de los 71 pacientes que quedan, 36 se recuperan en algún grado, pero sólo 17 de estos pueden considerarse como muy recuperados. Estos datos nos invitan a reflexionar sobre la necesidad de intentar diseñar programas de intervención más potentes que incrementen la eficacia clínica de los resultados y, por tanto, el impacto real del tratamiento en la vida diaria de los pacientes.

Por otra parte, es importante señalar que cuando agrupamos los criterios de recuperación en tres categorías (no cumplir criterios diagnósticos o remisión total en un ítem, alcanzar el valor prefijado en un cuestionario y cumplimiento de algunos de varios criterios), el tercer tipo dio lugar a un mayor porcentaje de pacientes recuperados que los otros dos. Dos posibles explicaciones de esto son las siguientes: a) Los estudios que emplearon este tercer tipo de criterio no exigieron que un paciente tuviera que mejorar en una medida además de satisfacer el punto de corte de la misma, lo cual puede dar lugar a una sobrestimación del porcentaje de pacientes recuperados. b) Los pacientes que cumplen unos pocos criterios de todos los establecidos (p.ej., 2-3 de 5), y que son la mayoría, cuentan también como recuperados, cuando de hecho sólo se han recuperado moderadamente; además algunos de estos pacientes pueden lograr esta recuperación moderada cumpliendo los criterios menos exigentes. Estos dos problemas no aparecen en los otros dos tipos de criterios.

El estudio de Turner, Beidel y Jacob (1994) ejemplifica claramente la importancia de los criterios utilizados. Cuando tomaron como referencia su índice de mejora (en el cual había que satisfacer entre dos y cinco criterios), obtuvieron un 89%, 47% y 44% de pacientes mejorados en las condiciones de inundación, atenolol y placebo respectivamente (datos originales). Sin embargo, cuando utilizando la misma muestra, Beidel, Turner y Cooley (1993) emplearon sólo uno de los cinco criterios (la puntuación diferencial del Inventario de Ansiedad y Fobia Social) y exigieron un cambio estadísticamente fiable en lugar de una reducción del 20%, los porcentajes pasaron

a ser 50%, 24% y 10%. Cuando en lugar del cuestionario anterior, utilizaron la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1969), los tres porcentajes bajaron a 20%, 9,5% y 5%. Y al emplear la Escala de Ansiedad y Evitación Social (Watson y Friend, 1969), se convirtieron en 5%, 0% y 5%. Los cambios son realmente espectaculares. En los estudios de Stravynski *et al.* (2000) y Stangier *et al.* (2003) también puede apreciarse como el porcentaje de pacientes mejorados varía notablemente según el cuestionario empleado como criterio.

Por lo que respecta al porcentaje de pacientes recuperados, pasa algo similar. Cuando Turner, Beidel y Jacob (1994) emplearon su índice de recuperación (en el cual había que satisfacer entre dos y cinco criterios), obtuvieron un 60,5% y 59% de pacientes recuperados en las condiciones de tratamiento (inundación o atenolol) y placebo respectivamente (datos originales). Utilizando la misma muestra y sólo uno de los cinco criterios (la puntuación diferencial del Inventario de Ansiedad y Fobia Social) en el que se exigía obtener una puntuación inferior a la media menos dos desviaciones típicas de la muestra pretratamiento (en vez de una puntuación inferior a la media más una desviación típica de un grupo sin trastornos psiquiátricos), los porcentajes pasaron a ser 57% y 11% (Beidel, Turner y Cooley, 1993).

La gran proliferación de criterios y la enorme variabilidad que pueden tener los datos obligan a reflexionar y a intentar hacer un verdadero esfuerzo para consensuar criterios de mejora y de recuperación. En este sentido, pensamos que podrían establecerse índices de mejora y recuperación compuestos de varias medidas y que tuvieran las siguientes características: a) utilizar medidas de autoinforme que tengan buenas propiedades psicométricas y, a ser posible, datos normativos; b) utilizar varias medidas que cubran los aspectos problemáticos esenciales de la fobia social (ansiedad, evitación, cogniciones negativas); c) utilizar medidas que, además de la reducción de síntomas, valoren el deterioro o la interferencia que produce el trastorno en diferentes áreas, o, utilizando un concepto más amplio, la calidad de vida percibida o la satisfacción con diversas áreas del funcionamiento cotidiano del cliente; d) utilizar otras fuentes de información además del paciente (p.ej., alguna persona significativa); e) emplear alguna medida individualizada, tal como una jerarquía de 5-10 actividades temidas, que permita obtener datos de aquellas situaciones más idiosincrásicas e importantes para cada paciente. También podría pedirse al paciente que llevara o intentara llevar a cabo estas actividades y que valorara el grado de ansiedad experimentada (test conductual), aunque esto supondría un coste adicional.

Las medidas seleccionadas sirven para construir tanto un índice compuesto de mejora como de recuperación. En el primero, un paciente debería conseguir un cambio estadísticamente fiable [p.ej., mediante el índice propuesto por Jacobson y Truax (1991) y Jacobson, Roberts, Berns y McGlinchey (1999)] en una medida para considerar que ha mejorado en la misma. A partir del número de medidas en que se ha mejorado significativamente, pueden establecerse diversos grados de mejora.

Con relación al índice de recuperación, para considerar que un paciente se ha recuperado en una medida debería exigirse que: a) Sobrepase el punto de corte establecido, el cual puede calcularse siguiendo los criterios propuestos por Jacobson y Truax (1991) y Jacobson *et al.* (1999). b) Haya mejorado significativamente en la

medida de interés. Esto es importante porque un paciente con una puntuación próxima al punto de corte puede sobrepasarlo sin haber mejorado significativamente, simplemente debido a cambios aleatorios y mínimos. A partir del número de medidas en que se cumplen estas dos condiciones, pueden establecerse diversos grados de recuperación. Además, para considerar a un paciente totalmente recuperado debería ser necesario que no tome medicación para su problema, que este no interfiera en su vida cotidiana y que en el seguimiento no haya recibido tratamiento adicional para su problema.

En definitiva, tenemos la sensación de que sólo hemos podido responder de forma parcial a algunas de las preguntas importantes que habíamos planteado en la introducción y de que las respuestas que hemos encontrado son poco alentadoras. Pensamos que los investigadores han dedicado y dedican muchas energías en estudiar la eficacia de los tratamientos de la fobia social. Sin embargo, la gran cantidad de tiempo, recursos y esfuerzos empleados han aportado pocos datos sólidos que puedan orientar a los clínicos que trabajan en la práctica asistencial. En este sentido, consideramos que si la investigación no ayuda a resolver los problemas del mundo real, pierde totalmente su razón de ser. En este contexto, creemos que es necesario consensuar criterios de mejora y de recuperación y validarlos, es decir demostrar que cumplir los criterios de significación clínica implica cambios en el medio natural de los pacientes. Además, en nuestra opinión, los revisores de las revistas científicas deberían velar para que todos los estudios de eficacia que se publiquen aporten datos correctos de significación clínica.

Referencias

- Al-Kubaisy, T., Marks, I. M., Logsdail, S., Marks, M. P., Lovell, K., Sungur, M. y Araya, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23, 599-621.
- Andrews, G., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., y Page A. (1994). *The treatment of anxiety disorders*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Barlow, D.H., Raffa, S.D. y Cohen, E.M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (dirs.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 301-335). Nueva York: Oxford University Press.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., y Cooley, M. R. (1993). Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 331-337.
- *Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P. y Wold, J. E. (2001). Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 179, 23-30.
- Bögels, S. M. y Reith, W. (1999). Validity of two questionnaires to assess social fears: the Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Fear of Blushing, Trembling and Sweating-Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 21, 51-66.

- *Brown, E. J., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (dirs.) (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- *Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Jalenques, I., Guérin, J. y Coudert, A. J. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69, 137-146.
- Dingeman, A. E., Van Vliet, I. M., Couvee, J., Westenberg, H. G. (2001). Characteristics of patients with social phobia and their treatment in specialized clinics for anxiety disorders in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 65, 123-129.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Adaptación*. Manuscrito no publicado.
- *Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Ruini, C., Conti, S. y Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of social phobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 899-905.
- Fedoroff, I. C. y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- *Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimbalic, 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, 939-945.
- Guy, W. (1976). *Assessment manual for psychopharmacology*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Halperin, S., Nathan, P., Drummond, P. y Castle, D. (2000). A cognitive-behavioural group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 809-813.
- *Haug, T. T. Blomhoff, S., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P. y Wold, J. E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 182, 312-318.
- *Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J. y Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G. 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., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. R. (dirs.) (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- *Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, 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.
- *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.
- *Hope, D. A., Heimberg, R. G., y Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 637-650.
- *Hope, D. A., Herbert, J. D., White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417.

- *Hunt, C. y Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 395-406.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. y McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kingsep, P., Nathan, P. y Castle, D. (2003). Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 121-129.
- *Leveni, D., Piacentini, D. y Campana, A. (2002). Efficacia nella pratica clinica di un servizio pubblico del trattamento cognitivo comportamentale della fobia sociale: Descrizione dei risultati ottenuti. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11, 127-133.
- *Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S. H., Bruch, M. A., Marshall, R. D. y Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. *Depression and anxiety*, 10, 89-98.
- Liebowitz M. R., Schneier F., Campeas, R., Hollander E., Hatterer J., Fyer, A., Gorman J., Papp L., Davies S., Gully R. y Klein D. F. (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia: a placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300.
- Lundh, L. G., y Ost, L. G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 4-16.
- Marks, I. M. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Mattick, R. P. y Clarke, C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- *Mattick, R. P. 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.
- Méndez, F. X., Sánchez, J. y Moreno, P. J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un tratamiento meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- 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. A., Emmelkamp, P. M. G. 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.
- *Mulkens, S., Bögels, S. M., de Jong, P. J. y Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- National Institute of Mental Health (1985). Clinical Global Impressions Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 839-843.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M. y Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.

- Oosterbaan, D. B., van Balkom. A. J. L. M., Spinhoven, P., van Oppen, P. y van Dyck, R. (2001). Cognitive therapy versus moclobemide in social phobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 263-273.
- *Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McARDLE, E. T., Rosenbaum, J. F. y Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.
- *Rapee, R. M. (1993). Recent advances in the treatment of social phobia. *Australian Psychologist*, 28, 168-171.
- *Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J. y Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- *Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- *Salaberría, K., y Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262-284.
- Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. (1993a). Cognitive-behavioural treatment of fear of blushing, trembling or sweating. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 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., Emmelkamp, P. M. G. (1996a). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: results at long term follow-up. *Behaviour Modification*, 20, 338-356.
- *Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1996b). Treatment of generalized social phobia: Results at long-term follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 447-452.
- Simes, R. J. (1986). An improved Bonferroni procedure for multiple test of significance. *Biometrika*, 73, 751-754.
- *Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. y Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- *Stravynski, A., Arbel, N., Bounader, J., Gaudette, G., Lachance, L., Borgeat, F., Fabian, J., Lamontagne, Y., Sidoun, P. y Todorov, C. (2000). Social phobia treated as a problem in social functioning: a controlled comparison of two behavioural group approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 188-198.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder. En D.H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 114-153). Nueva York: Guilford.
- *Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R. y Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- *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., Wolff, P. L., Spaulding, S. y Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 795-804.

- *Van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G. y Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 889-900.
- Watson, D., y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Watson, J. P., y Marks, I. M. (1971). Relevant and irrelevant fear in flooding. A crossover study of phobic patients. *Behavior Therapy*, 2, 275-293.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.

Tabla A1
Datos sobre pacientes mejorados en distintos estudios sobre tratamiento de la fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de mejora	Tratamientos *	Nº y % mejorados en post y seguimiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Blomhoff et al. (2001), Haug et al. (2003) - Los terapeutas fueron médicos. - Evaluador no independiente.	Respuesta: Reducción \geq 50% en la Escala de Fobia Social (SPS, Mattick y Clarke, 1998), Impresión Clínica Global (ICG, Guy, 1976): gravedad \leq 3 (de ausencia de trastorno a trastorno poco grave) y mejora \leq 2 (mucho o muchísima mejora). La ICG va de 1 a 7 en ambos casos y las calificaciones fueron hechas por el médico terapeuta. Respuesta parcial: Entre criterios de respuesta y no respuesta. No respuesta: Reducción $<$ 25% en la SPS o ICG-mejora \geq 4 (sin cambio o empeoramiento).	A. Sertralina + autoexposición B. Placebo + autoexposición C. Sertralina + cuidado médico general (apoyo, tranquilización, aliento) D. Placebo + cuidado médico general 6 horas en A y B y 3 horas en C y D	Sobre nº que iniciaron tratamiento Respuesta parcial A. 21/98 21,4% B. 22/98 22,4% C. 25/96 26,0% D. 18/95 18,9% Respuesta A. 40/98 40,8% B. 30/98 30,6% C. 35/96 36,5% D. 21/95 22,1%	Sobre nº que acaban tratamiento Respuesta parcial A. 21/88 23,9% B. 22/91 24,2% C. 25/87 28,7% D. 18/88 20,5% Respuesta A. 40/88 45,5% B. 30/91 33,0% C. 35/87 40,2% D. 21/88 23,9%
Brown, Heimberg y Juster (1995)	Puntuación de un evaluador independiente igual a 1 o 2 (notable o moderadamente mejorado) en una escala de 1 = notablemente mejorado a 7 = notablemente empeorado.	Terapia cognitivo-conductual de Heimberg: exposición simulada y en vivo integrada con reestructuración cognitiva. A. Fobia social generalizada + trastorno personalidad evitativa B. Fobia social generalizada C. Fobia social no generalizada 30 horas	Sobre nº que iniciaron tratamiento A. 7/20 35,0% B. 9/20 45,0% C. 15/23 65,2%	Sobre nº que hay en seguimiento A. 7/17 41,2% B. 9/19 47,3% C. 15/19 78,9%

(continúa)

Tabla A1
 Datos sobre pacientes mejorados en distintos estudios sobre tratamiento de la fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de mejora	Tratamientos *	Nº y % mejorados en post y seguimiento		
			Sobre nº que inician tratamiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Cottraux et al. (2000) - Evaluador no independiente. - A partir de semana 12, grupo B recibe tratamiento A.	Reducción ≥ 10 puntos (1,5 DT) en la subescala de Fobia Social del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) que va de 0 a 40.	A. Reestructuración cognitiva + entrenamiento en habilidades sociales (asertividad) B. Terapia de apoyo (escucha empática, reformulación, clarificación, reciprocidad). Tras 12 semanas, se añade tratamiento A. 20 horas en A y 3 horas en B	Posttratamiento A. 12/31 38,7% B. 2/32 6,2% Segum. 6 meses A. 11/31 35,4% B. 14/32 43,7% Segum. 11 meses A. 13/31 41,9% B. 15/32 46,8%	Posttratamiento A. 12/27 44,4% B. 2/28 7,1% Segum. 6 meses A. 11/27 40,7% B. 14/28 50,0% Segum. 11 meses A. 13/27 48,1% B. 15/28 53,5%	Segum. 6 meses A. 11/24 45,8% B. 14/23 60,8% Segum. 11 meses A. 13/24 54,1% B. 15/23 65,2%
Heimberg et al. (1990); Heimberg et al. (1993) - Los pacientes que hacen el seguimiento largo tenían menores puntuaciones en ansiedad social y depresión en pretreatmento y seguimiento a los 6 meses. - El 20-40% del grupo A y el 33-56% del B recibieron tratamiento adicional durante el último seguimiento.	Reducción ≥ 2 puntos y puntuación final < 4 (empeoramiento del funcionamiento diario inferior a moderado) en la Escala de Calificación de la Gravedad Fóbica (Watson y Marks, 1971) que va de 0 a 8.	A. Terapia cognitivo-conductual de Heimberg B. Placebo psicológico: explicaciones/ demostraciones/discusiones sobre temas pertinentes a la fobia social, discusión en grupo de las actividades de la semana anterior y de preocupaciones sobre acontecimientos ansiógenos verdaderos 24 horas	Posttratamiento A. 15/25 60,0% B. 8/24 33,3% Segum. 6 meses A. 13/25 52,0% B. 8/24 33,3% Segum. 4,5-6,25 años A. 8/25 32,0% B. 4/24 16,7%	Posttratamiento A. 15/20 75,0% B. 8/20 40,0% Segum. 6 meses A. 13/20 65,0% B. 8/20 40,0% Segum. 4,5-6,25 años A. 8/20 40,0% B. 4/20 20,0%	Segum. 6 meses A. 13/17 76,5% B. 8/17 47,1% Segum. 4,5-6,25 años A. 8/10 80,0% B. 4/9 44,4%
Heimberg et al. (1998); Liebowitz et al. (1999).	Puntuación de 1 ó 2 (notable o moderadamente mejorados) en la Escala de Cambio en los Trastornos Fóbicos Sociales (Liebowitz et al., 1992) que va de 1 a 7.	A. Terapia cognitivo-conductual de Heimberg B. Placebo psicológico C. Fenelcina D. Placebo 30 horas en A y B, 6 horas en C y D	A. 21/36 58,3% B. 9/33 27,3% C. 20/31 64,5% D. 11/33 33,3%	A. 21/28 75,0% B. 9/26 34,6% C. 20/26 76,9% D. 11/27 40,7%	

(continúa)

Tabla A1
 Datos sobre pacientes mejorados en distintos estudios sobre tratamiento de la fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de mejora	Tratamientos *	Nº y % mejorados en post y seguimiento		
			Sobre nº que inician tratamiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Hope, Heimberg y Bruch (1995) - Más abandonos en grupo A, lo que condujo a una sustitución de pacientes y a una peor cohesión grupal que pudo afectar a los resultados.	Reducción ≥ 2 puntos y puntuación final ≤ 3 (trastorno clínicamente no grave) en la calificación global de ansiedad/interferencia (0 a 8) de la ADIS-R.	A. Terapia cognitivo-conductual de Heimberg B. Exposición simulada y en vivo C. Lista de espera 24-30 horas	Posttratamiento A. 4/18 22,2% B. 7/11 63,6% C. 0/11 0,0% Seguir. 6 meses A. 3/18 16,7% B. 5/11 45,4%	Posttratamiento A. 4/13 30,8% B. 7/10 70,0% C. 0/10 0,0% Seguir. 6 meses A. 3/13 23,1% B. 5/10 50,0%	Seguir. 6 meses A. 3/9 33,3% B. 5/8 62,5%
Hope, Herbert y White (1995) - 100% pacientes vienen ante anuncio y tratamiento es gratuito.	Calificación en la Escala de Impresión Clínica Global (NIMH, 1985). 0 = no mejorado o empeorado; 1 = ligeramente mejorado, necesita claramente un nuevo tratamiento; 2 = significativamente mejorado pero persisten algunas dificultades, puede no necesitar nuevo tratamiento; 3 = fuertemente mejorado, improbable que necesite nuevo tratamiento. Nosotro consideramos los criterios 2 y 3 como mejorados.	Terapia cognitivo-conductual de Heimberg, 23 pacientes divididos en: A. Fobia social generalizada B. Fobia social no generalizada C. O bien en: D. Sin trastorno personalidad evitativa 24-30 horas	A. 9/14 64,3% B. 8/9 88,9% C. 10/14 71,4% D. 7/9 77,8%	A. 9/11 81,8% B. 8/9 88,9% C. 10/12 83,3% D. 7/8 87,5%	
Leveni, Piacentini y Campana (2002) - Estudio realizado en contexto natural.	Impresión Clínica Global (Guy, 1976) aplicada por el médico que derivó a los sujetos. M1: muy mejorado; M2: moderadamente mejorado; M3: levemente mejorado; M4: no mejorado.	Control de la hiperventilación, relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva, exposición simulada y en vivo, entrenamiento en habilidades sociales. 18 horas mínimo	Posttratamiento Bastante mejorados 5/11 45,4% Muy mejorados 2/11 18,2% Seguir. 6 meses Bastante mejorados 6/11 54,5% Muy mejorados 5/11 45,4%	Posttratamiento Bastante mejorados 5/11 45,4% Muy mejorados 2/11 18,2% Seguir. 6 meses Bastante mejorados 6/11 54,5% Muy mejorados 5/11 45,4%	Seguir. 6 meses Bastante mejorados 6/11 54,5% Muy mejorados 5/11 45,4%

(continúa)

Tabla A1
 Datos sobre pacientes mejorados en distintos estudios sobre tratamiento de la fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de mejora	Tratamientos ^a	Nº y % mejorados en post y seguimiento		
			Sobre nº que inician tratamiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Mattick y Peters (1988) - Mayoría pacientes vienen ante anuncio - Consideramos M2 como bastante mejorados y M3 como muy mejorados.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción ≥ 3 en el ítem Calificación de la Evitación de la Fobia Principal del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) que va de 0 (no evita) a 8 (evitación completa). - Reducción ≥ 3 en el ítem Autocalificación de la Gravedad Fóbica del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) que va de 0 (no existe fobia) a 8 (muy perturbadora e incapacitante). - Incremento $\geq 50\%$ en ejecución test conductual de 9-11 situaciones. M1: Mejoría moderada; 1 punto de los tres posibles. M2: Mejoría alta; 2 puntos. M3: Mejoría muy alta; 3 puntos.	A. Exposición simulada y en vivo B. A + reestructuración cognitiva que combinaba reestructuración racional sistemática de Goldfried con terapia racional emotiva de Ellis. 12 horas	Seguíam. 3 meses Bastante mejorados A. 6/26 23,1% B. 8/25 32,0% Muy mejorados A. 7/26 26,9% B. 12/25 48,0%	Seguíam. 3 meses Bastante mejorados A. 6/23 26,1% B. 8/21 38,1% Muy mejorados A. 7/23 30,4% B. 12/21 57,1%	Seguíam. 3 meses Bastante mejorados A. 6/23 26,1% B. 8/21 38,1% Muy mejorados A. 7/23 30,4% B. 12/21 57,1%
Mattick, Peters y Clarke (1989) - Mayoría pacientes vienen ante anuncio - 33% presentan fobia social circunscrita - Consideramos M2 como bastante mejorados y M3 como muy mejorados.	Igual que Mattick y Peters (1988)	A. Reestructuración cognitiva sola que combinaba reestructuración racional sistemática de Goldfried con terapia racional emotiva de Ellis; sin exposición en vivo B. Exposición simulada y en vivo C. B + reestructuración cognitiva 12 horas	Seguíam. 3 meses Bastante mejorados A. 1/11 9,1% B. 4/11 36,4% C. 3/11 27,3% Muy mejorados A. 2/11 18,2% B. 1/11 9,1% C. 5/11 45,4%	Seguíam. 3 meses Bastante mejorados A. 1/9 11,1% B. 4/10 40,0% C. 3/10 30,0% Muy mejorados A. 2/9 22,2% B. 1/10 10,0% C. 5/10 50,0%	Seguíam. 3 meses Bastante mejorados A. 1/9 11,1% B. 4/10 40,0% C. 3/10 30,0% Muy mejorados A. 2/9 22,2% B. 1/10 10,0% C. 5/10 50,0%

(continúa)

Tabla A1
 Datos sobre pacientes mejorados en distintos estudios sobre tratamiento de la fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de mejora	Tratamientos ^a	Sobre nº que inician tratamiento	Nº y % mejorados en post y seguimiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Rapee (1993) <ul style="list-style-type: none"> - 100% pacientes vienen ante anuncio. - 22 de 52 pacientes abandonan o no retoman los datos. - Los terapeutas poco experimentados obtienen peores resultados que el experimentado. 	Reducción > 20% en 3 de 4 cuestionarios: Escala de Fobia Social y Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (Mattick y Clarke, 1998), subescala de Fobia Social del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) y Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1969).	Terapia cognitivo-conductual de Heimberg, abreviada 9 horas	Posttratamiento 10/52 19,2% Seguin. 3 meses 9/52 17,3% Seguin. 6 meses 7/52 13,5%	Posttratamiento 10/30 33,3% Seguin. 3 meses 9/30 30,0% Seguin. 6 meses 7/30 23,3%	Seguin. 3 meses 9/27 33,3% Seguin. 6 meses 7/22 31,8%	
Safren et al. (1997) <ul style="list-style-type: none"> - Muestra grave. 	Obtener 1 ó 2 (notable o moderadamente mejorado) en una escala de 1 a 7	Terapia cognitivo-conductual de Heimberg. 30 horas	14/44 31,8%	14/32 43,8%		
Scholing y Emmelkamp (1993b, 1996b)	Cambio en la subescala de Fobia Social del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979). a. Mejorados levemente: -21% a -50% b. Mejorados: cambio -51% a -80% c. Muy mejorados: cambio > -80% Consideramos a + b como bastante mejorados y "c" como muy mejorados.	A. Exposición en vivo B. Terapia racional-emoitiva seguida de exposición en vivo o ambas integradas desde principio 16 horas	Posttratamiento Bastante mejorados A. 7/25 28,0% B. 18/48 37,5% Muy mejorados A. 2/25 8,0% B. 2/48 4,2% Seguin. 18 meses Bastante mejorados A. 9/25 36,0% B. 17/48 35,4% Muy mejorados A. 2/25 8,0% B. 2/48 4,2%	Posttratamiento Bastante mejorados A. 7/19 36,8% B. 18/40 45,0% Muy mejorados A. 2/19 10,5% B. 2/40 5,0% Seguin. 18 meses Bastante mejorados A. 9/19 47,4% B. 17/40 42,5% Muy mejorados A. 2/19 10,5% B. 2/40 5,0%	Seguin. 18 meses Bastante mejorados A. 9/15 60,0% B. 17/35 48,6% Muy mejorados A. 2/15 13,3% B. 2/35 5,7%	

(continúa)

Tabla A1
 Datos sobre pacientes mejorados en distintos estudios sobre tratamiento de la fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de mejora	Tratamientos ^a	Sobre nº que inician tratamiento	Nº y % mejorados en post y seguimiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Stangier et al. (2003) <ul style="list-style-type: none"> - 75% de la muestra con trastornos comórbidos. 	Reducción estadísticamente significativa en la Escala de Fobia Social (Mattick y Clarke, 1998).	Terapia cognitiva de Wells y Clark (demostración papel atención y conductas defensivas, entrenamiento atencional, retroalimentación de vídeo y audio, experimentos conductuales dentro y fuera de la sesión, reestructuración cognitiva) A. Programa individual (15 horas) B. Programa grupal (30 horas)	Seguim. 6 meses A. 13/24 54,2% B. 8/26 30,8%	Seguim. 6 meses A. 13/22 59,1% B. 8/22 36,4%	Seguim. 6 meses A. 13/18 72,2% B. 8/21 38,1%	
Straynski et al. (2000) <ul style="list-style-type: none"> - Mayoría pacientes vienen ante anuncio - 41% presentan fobia social circunscrita - 2 sesiones durante seguim. a 6 meses. 	Reducción \geq 50% del pre al seguimiento de un año en Ansiedad de la Escala de Malestar y Evitación Social (Watson y Friend, 1969)	A. Exposición simulada y en vivo B. A + entrenamiento en habilidades sociales Los autores ofrecen los datos para A y B conjuntamente. 28 horas	Seguim. 12 meses 24/68 35,3%	Seguim. 12 meses 24/61 39,3%	Seguim. 12 meses 24/60 40,0%	
Turner, Beidel y Jacob (1994)	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción \geq 20% en puntuación diferencial del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Turner et al., 1989) - Reducción \geq 2 en el ítem Autocalificación de la Gravedad Fóbica del Cuestionario de Miedos (Marks y Matthews, 1979) que va de 0 a 8 - Reducción \geq 2 en la Impresión Clínica Global: gravedad (Guy, 1976). La escala va de 1 a 7. - Aumento \geq 50% en la duración de una charla improvisada - Reducción \geq 2 en malestar durante charla según escala de 1 a 9 Bastante mejorados: 2-3 puntos sobre los 5 posibles Muy mejorados: 4-5 puntos	A. Inundación imaginaria, inundación en vivo acompañada por terapia y autoinundación en vivo B. Atenolol C. Placebo farmacológico 30 horas en A	Bastante mejorados A. 6/26 23,1% B. 5/24 20,8% C. 6/21 28,6% Muy mejorados A. 10/26 38,5% B. 2/24 8,3% C. 1/21 4,8%	Bastante mejorados A. 6/21 28,6% B. 5/21 23,8% C. 6/20 30,0% Muy mejorados A. 10/21 47,6% B. 2/21 9,5% C. 1/20 5,0%		

Nota. Seguim = seguimiento.

^a La duración del tratamiento se refiere sólo a horas con el terapeuta.

Tabla A2
Datos sobre pacientes recuperados en distintos estudios sobre fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de recuperación	Tratamientos *	Nº y % recuperados en post y seguimiento	
			Sobre nº que inician tratamiento	Sobre nº que acaban tratamiento
Fava et al. (2001) - Los terapeutas son tres psiquiatras muy experimentados.	No cumplir criterios de fobia social del DSM-IV desde al menos 1 mes.	Auto-exposición individual. En sesión se trabaja el diario de exposiciones. 4 horas	Posttratamiento 45/70 64,3% Segum. 2 años 44/70 62,3%	Posttratamiento 45/54 83,3% Segum. 2 años 44/45 98,0%
Gelernter et al. (1991) - Mayoría pacientes vienen ante anuncio - El 74% presentaban fobia social circunscrita. - Descontamos del cálculo 2 pacientes del grupo B que ya cumplían el criterio de recuperación en el prettratamiento.	Puntuación en la subescala de Fobia Social del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) < 8,8 (media de la población general).	A. Terapia cognitivo-conductual de Heimberg B. Fenelcina + autoexposición C. Alprazolam + autoexposición D. Placebo + autoexposición 24 horas	A. 4/20 20,0% B. 5/11 45,5% C. 5/15 33,3% D. 3/15 20,0%	A. 4/17 23,5% B. 5/9 55,6% C. 5/13 38,5% D. 3/15 20,0%
Hope, Herbert y White (1995) - 100% pacientes vienen ante anuncio y tratamiento es gratuito.	Calificación de 3 fuertemente mejorado, improbable que necesite nuevo tratamiento, remisión total) en la Escala de Impresión Clínica Global (NIMH, 1985).	Terapia cognitivo-conductual de Heimberg. 23 pacientes divididos en: A. Fobia social generalizada B. Fobia social no generalizada O bien en: C. Con trastorno personalidad evitativa D. Sin trastorno personalidad evitativa 24-30 horas	A. 2/14 14,3% B. 6/9 66,7% C. 5/14 35,7% D. 3/9 33,3%	A. 2/11 18,2% B. 6/9 66,7% C. 5/12 41,7% D. 3/8 37,5%
Hunt y Andrews (1998) - Estudio realizado en contexto natural. - Al menos el 39% de los pacientes reciben tratamiento adicional durante el seguimiento. - El seguimiento se hace mediante entrevistas telefónicas y cuestionarios por correo.	Recuperación completa: no cumplir criterios de fobia social del DSM-III-R en ningún momento del seguimiento, no presentar ninguna incapacidad debida a la ansiedad ni haber buscado tratamiento para la ansiedad. Recuperación: no cumplir criterios de fobia social, pero poder haber presentado alguna incapacidad o haber buscado tratamiento para la ansiedad.	Educación sobre la naturaleza de la ansiedad, reeducación de la respiración, relajación muscular, terapia cognitiva de Beck, exposición in vivo. 2 bloques de 5 días	Posttratamiento Moderadamente recuperados 4/46 8,7% Muy recuperados 6/46 13,0% Segum. 12-32 meses Moderadamente recuperados 4/46 8,7% Muy recuperados 6/46 13,0%	Posttratamiento Moderadamente recuperados 4/40 10,0% Muy recuperados 6/40 15,0% Segum. 12-32 meses Moderadamente recuperados 4/40 10,0% Muy recuperados 6/40 15,0%

(continúa)

Tabla A2
 Datos sobre pacientes recuperados en distintos estudios sobre fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de recuperación	Tratamientos ^a	Nº y % recuperados en post y seguimiento	Sobre nº que inician tratamiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Mattick y Peters (1988) - Mayoría pacientes vienen ante anuncio - Consideramos R2 como moderadamente recuperados y M3 como muy recuperados.	<ul style="list-style-type: none"> - Puntuación ≤ 2 en Calificación de la Evitación de la Fobia Principal del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) que va de 0 (no evita) a 8 (evitación completa). - Autovaloración ≤ 2 en el ítem Autocalificación de la Gravedad Fóbica del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) que va de 0 (no existe fobia) a 8 (muy perturbadora e incapacitante). - Completar el 100% de test conductual con ansiedad ≤ 30 sobre 100. R1: Estado final de funcionamiento (EFF) moderado; 1 punto de los 3 posibles. R2: EFF alto; 2 puntos. R3: EFF muy alto; 3 puntos.	A. Exposición simulada y en vivo B. A + reestructuración cognitiva que combinaba reestructuración racional sistemática de Goldfried con terapia racional emotiva de Ellis. 12 horas	Seguíam. 3 meses Moderadamente recuperados A. 4/23 17,4% B. 4/21 19,0% Muy recuperados A. 3/23 13,0% B. 4/21 19,0%	Seguíam. 3 meses Moderadamente recuperados A. 4/23 17,4% B. 4/21 19,0% Muy recuperados A. 3/23 13,0% B. 4/21 19,0%	Seguíam. 3 meses Moderadamente recuperados A. 4/23 17,4% B. 4/21 19,0% Muy recuperados A. 3/23 13,0% B. 4/21 19,0%	
Mattick, Peters y Clarke (1989) - Mayoría pacientes vienen ante anuncio - 33% presentan fobia social circunscrita - Consideramos R2 como moderadamente recuperados y M3 como muy recuperados.	Igual que Mattick y Peters (1988)	A. Reestructuración cognitiva sola que combinaba reestructuración racional sistemática de Goldfried con terapia racional emotiva de Ellis; sin exposición en vivo B. Exposición simulada y en vivo C. B + reestructuración cognitiva 12 horas	Seguíam. 3 meses Moderadamente recuperados A. 4/11 36,4% B. 3/11 27,3% C. 2/11 18,2% Muy recuperados A. 0/11 0,0% B. 1/11 9,1% C. 1/11 9,1%	Seguíam. 3 meses Moderadamente recuperados A. 4/9 44,4% B. 3/10 30,0% C. 2/10 20,0% Muy recuperados A. 0/9 0,0% B. 1/10 10,0% C. 1/10 10,0%	Seguíam. 3 meses Moderadamente recuperados A. 4/9 44,4% B. 3/10 30,0% C. 2/10 20,0% Muy recuperados A. 0/9 0,0% B. 1/10 10,0% C. 1/10 10,0%	

(continúa)

Tabla A2
Datos sobre pacientes recuperados en distintos estudios sobre fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de recuperación	Tratamientos *	Nº y % recuperados en post y seguimiento		
			Sobre nº que inician tratamiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Mulkenis et al. (2001) - 100% pacientes vienen ante anuncio. - Miedo a sonrojarse como miedo principal.	Criterio "c" de Jacobson y Truax (1991) (pertinencia más probable a la población funcional que disfuncional) en la subescala Miedo a Sonrojarse del Cuestionario de Sonrojamiento, Temboloro y Sudoración (Bögels y Reith (1999).	A. Exposición simulada y en vivo B. Entrenamiento en redirección de la atención: concentración en la tarea durante las sesiones y tareas de aplicación en vivo en situaciones neutras y de ansiedad social 6 horas	Posttratamiento A. 5/14 35,7% B. 6/17 35,3% Seguim. 12 meses A. 8/14 57,1% B. 7/17 41,2%	Posttratamiento A. 5/12 41,7% B. 6/14 42,8% Seguim. 12 meses A. 8/12 66,7% B. 7/14 50,0%	Seguim. 12 meses A. 8/9 88,9% B. 7/12 58,3%
Otto et al. (2000) - Para calcular el % de pacientes recuperados consideraran la última medición disponible para cada paciente.	Impresión Clínica Global (ICG, Guy, 1976): gravedad ≤ 2 . La ICG va de 1 (no enfermo) a 7 (entre los más severamente enfermos).	A. Terapia cognitivo-conductual de Heimberg B. Clonacepam 30 horas en A	A. 5/20 25,0% B. 5/25 20,0%	A. 5/15 33,3% B. 5/15 33,3%	
Salaberría y Echeburúa (1995, 1998) - Probablemente, el 100% de los pacientes presentaron fobia social pura (sin trastornos comórbidos).	No cumplir criterios de fobia social del DSM-III-R (no está claro si el evaluador fue independiente); < 15 en Escala de Malestar y Evitación Social (Watson y Friend, 1969); < 21 en Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1969); ≤ 3 en el ítem de adaptación global de la Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987).	A. Exposición simulada y en vivo B. Exposición simulada y en vivo más reestructuración cognitiva 20 horas	Posttratamiento A. 8/24 33,3% B. 8/24 33,3% Seguim. 3 meses A. 9/24 37,5% B. 8/24 33,3%	Posttratamiento A. 8/21 38,1% B. 8/23 34,8% Seguim. 3 meses A. 9/21 42,9% B. 8/23 34,8%	Seguim. 3 meses A. 9/21 42,9% B. 8/23 34,8% Seguim. 6 meses A. 13/19 68,4% B. 10/21 47,6% Seguim. 12 meses A. 12/18 66,7% B. 11/18 61,1%
Scholing y Emmelkamp (1993b, 1996b) - Descontamos del cálculo 1 paciente del grupo A y 7 del B que ya cumplían el criterio de recuperación en el pretratamiento.	Puntuar por debajo de 18,5 (1,5 DT por encima de la media de la población general) en la subescala de Fobia Social del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979).	A. Exposición en vivo B. Terapia racional-emotiva seguida de exposición en vivo o ambas integradas desde principio 16 horas	Posttratamiento A. 8/24 33,3% B. 16/41 39,0% Seguim. 18 meses A. 7/24 29,2% B. 15/41 36,6%	Posttratamiento A. 8/18 44,4% B. 16/33 48,5% Seguim. 18 meses A. 7/18 38,9% B. 15/33 45,4%	Seguim. 18 meses A. 7/14 50,0% B. 15/28 53,6%

(continúa)

Tabla A2
 Datos sobre pacientes recuperados en distintos estudios sobre fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de recuperación	Tratamientos ^a	Sobre nº que inician tratamiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Stangier et al. (2003) <ul style="list-style-type: none"> - 75% de la muestra con trastornos comórbidos. 	No cumplir criterios de fobia social del DSM-IV según el terapeuta.	Terapia cognitiva de Wells y Clark (demostración papel atención y conductas defensivas, entrenamiento atencional, retroalimentación de vídeo y audio, experimentos conductuales dentro y fuera de la sesión, reestructuración cognitiva) A. Programa individual (15 horas) B. Programa grupal (30 horas)	Posttratamiento A. 11/24 45,8% B. 3/26 11,5%	Posttratamiento A. 11/22 50,0% B. 3/22 13,6%	
Strawinski et al. (2000) <ul style="list-style-type: none"> - Mayoría pacientes vienen ante anuncio - 41% presentan fobia social circunscrita - Pacientes reciben 2 sesiones durante seguimiento a 6 meses. - Evaluador no independiente 	No cumplir criterios de fobia social del DSM-IV según entrevista conducida por los propios terapeutas.	A. Exposición simulada y en vivo B. A + entrenamiento en habilidades sociales 28 horas	Posttratamiento A. 8/36 22,2% B. 9/32 28,1% Segum. 6 meses A. 13/36 36,1% B. 13/32 40,6% Segum. 12 meses A. 20/36 55,6% B. 17/32 53,1%	Posttratamiento A. 8/33 24,2% B. 9/28 32,1% Segum. 6 meses A. 13/33 39,4% B. 13/28 46,4% Segum. 12 meses A. 20/33 60,6% B. 17/28 60,7%	Segum. 6 meses A. 13/32 40,6% B. 13/28 46,4% Segum. 12 meses A. 20/32 62,5% B. 17/28 60,7%
Turner, Beidel, Cooley et al. (1994)	<ul style="list-style-type: none"> - < 59 en puntuación diferencial del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Turner et al., 1989) - < 2 en el ítem Autocalificación de la Gravedad Fóbica del Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) - < 2 en la Impresión Clínica Global: gravedad (Guy, 1976) según terapeuta - Duración de una charla improvisada > 5,7 minutos - Malestar durante charla < 5 Moderadamente recuperados: 2-3 puntos sobre los 5 posibles Muy recuperados: 4-5 puntos	Terapia para la efectividad social: educación, entrenamiento habilidades sociales, exposición en vivo o imaginaria y autoexposición en medio natural. 42 horas	Moderadamente recuperados 8/17 47,1% Muy recuperados 2/17 11,8%	Moderadamente recuperados 8/13 61,5% Muy recuperados 2/13 15,4%	

(continúa)

Tabla A2
 Datos sobre pacientes recuperados en distintos estudios sobre fobia social

Estudio y observaciones	Criterios de recuperación	Tratamientos ^a	Sobre nº que inician tratamiento	Nº y % recuperados en post y seguimiento	Sobre nº que acaban tratamiento	Sobre nº que hay en seguimiento
Turner, Beidel y Jacob (1994)	Igual que Turner, Beidel, Cooley et al. (1994) excepto que el evaluador de la Impresión Clínica Global (gravedad) fue independiente.	A. Inundación imaginaria, inundación en vivo acompañada por terapia y autoinundación en vivo B. Atenolol C. Placebo farmacológico 30 horas en A	Moderadamente recuperados A. 9/26 34,6% B. 4/24 16,7% C. 9/21 42,8%	Moderadamente recuperados A. 9/21 42,8% B. 4/21 19,1% C. 9/20 45,0%	Muy recuperados A. 6/21 23,1% B. 4/21 16,7% C. 1/21 4,8%	Muy recuperados A. 6/21 28,6% B. 4/21 19,1% C. 1/20 5,0%
van Velzen, Emmelkamp y Scholing (1997)	Puntuar < una DT de la media del grupo disfuncional en al menos dos de tres puntuaciones compuestas (evitación social, cogniciones negativas, ansiedad/evitación en 5 situaciones individualizadas)	Exposición simulada y en vivo A. Fóbicos sociales B. Fóbicos sociales con trastorno personalidad evitativa C. Fóbicos sociales con varios trastornos de personalidad (84,6% de ellos, evitativa)	Posttratamiento A. 25/43 58,1% B. 12/25 48,0% C. 9/25 36,0%	Posttratamiento A. 25/30 83,3% B. 12/18 66,7% C. 9/13 69,2%	Posttratamiento A. 6/21 28,6% B. 4/21 19,1% C. 1/20 5,0%	Posttratamiento A. 19/30 63,3% B. 10/18 55,6% C. 6/13 46,2%

Nota. Seguim. = seguimiento.

^a La duración del tratamiento se refiere sólo a horas con el terapeuta.