

## El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico\*

Julio Sánchez Meca\*\*<sup>1</sup>, Ana Isabel Rosa Alcázar<sup>2</sup> y José Olivares Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dpto. Psicología Básica y Metodología, <sup>2</sup>Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Universidad de Murcia (España)

**Resumen:** En este trabajo se presentan los resultados de un meta-análisis sobre la eficacia de las intervenciones conductuales en la fobia social específica y generalizada. Se incluyen un total de 15 artículos europeos que cumplieron con los criterios de selección, dando lugar a 35 estudios independientes, sobre los que se calculó la diferencia media tipificada entre el pretest-postest y pretest-seguimiento. El tamaño del efecto medio en la variable fobia social en el postest fue mayor para el subtipo generalizado ( $d_+ = 1.109$ ) que para el específico ( $d_+ = 0.634$ ). En el seguimiento, la magnitud de los efectos aumentó en ambos subtipos ( $d_+ = 1.604$  y  $d_+ = 0.966$ , respectivamente). Se analiza la eficacia diferencial de las intervenciones conductuales y se presenta un modelo predictivo de la eficacia en los dos subtipos de fobia social. Finalmente, se discuten las implicaciones prácticas y clínicas de los resultados, así como para la investigación futura.

**Palabras clave:** Fobia social; fobia social específica; fobia social generalizada; tratamientos psicológicos; terapia conductual; tratamiento farmacológico; meta-análisis.

**Title:** The treatment of specific and generalised social phobia in Europe: A meta-analytic review.

**Abstract:** In this paper the results of a meta-analysis about the effectiveness of behavioural treatment on specific and generalised social phobia are presented. Fifteen European papers were included that met the selection criteria, offering a total of 35 independent studies, on which it was calculated the standardised mean difference between the pretest-postest and pretest - follow-up. The mean effect size at the postest on social phobia measures was higher for the generalised social phobia ( $d_+ = 1.109$ ) than for the specific subtype ( $d_+ = 0.634$ ). At the follow-up, the mean effect size increased in both subtypes of social phobia ( $d_+ = 1.604$  and  $d_+ = 0.966$ , respectively). The differential efficacy of the different behavioural interventions are analysed and a tentative explanatory model of the effectiveness is presented for the two subtypes of social phobia. Finally, the practical and clinical implications of the results are discussed, as well as for future research.

**Key words:** Social phobia; specific social phobia; generalised social phobia; psychological treatments; behaviour therapy; pharmacological treatment; meta-analysis.

### 1. Introducción

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la fobia social consiste en un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que puede resultarle humillante o embarazosa. Aunque la ansiedad social está presente en todos los problemas de ansiedad, la fobia social se distingue de los otros trastornos por el miedo y la evitación de un mayor número de si-

tuaciones interpersonales que suponen el componente nuclear de este cuadro clínico, y por la mayor interferencia de los temores sociales en la vida cotidiana de los pacientes (Caballo y Mateos, 2000).

Ese constructo ha cambiado de forma significativa desde su primera inclusión como entidad diagnóstica en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) hasta el momento actual, fundamentalmente por la aparición de dos subtipos de fobia social: específica y generalizada. Según el DSM-IV, la fobia social puede estar referida a estímulos muy específicos (comer, beber, hablar en público, escribir delante de otros, etc.) o presentarse de forma generalizada ante la gran mayoría de situaciones sociales. Ello ha conllevado un nuevo análisis de los resultados de las investigaciones sobre la fobia social, en tanto que se ha puesto en tela de juicio si los subtipos generalizado y específi-

\* Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia y Tecnología y por los Fondos FEDER (Ref. BSO2001-0491).

\*\* **Dirección para correspondencia [Correspondence address]:** Julio Sánchez Meca, Dpto Psicología Básica y Metodología, Facultad de Psicología, Campus de Espinardo, Apdo 4021, 30100 Murcia (España).  
E-mail: jsmea@um.es

co son entidades nosológicamente diferentes, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Como consecuencia, existen actualmente dos corrientes o formas de delimitar el subtipo generalizado. Por una parte, Turner, Beidel y Townsley (1992) delimitan la fobia social generalizada como “ansiedad ante situaciones de interacción social” frente a la fobia social específica, que se caracteriza como “miedo a situaciones de actuación social”. Por el contrario, Heimberg, Holt, Schneier *et al.* (1993) asumieron un criterio cuantitativo para entender el subtipo generalizado, en el que lo relevante sería el número de situaciones temidas e incluyen dos subtipos adicionales: el subtipo circunscrito, aplicable a aquellas personas que temen tan sólo una o dos situaciones discretas, y el subtipo no generalizado, aplicable a aquellas personas que, demostrando un funcionamiento adaptativo en algunas áreas sociales, experimentan ansiedad en un número mínimo de situaciones interactivas, aunque superior a las del subtipo circunscrito. Stein (1997) considera que los sujetos con fobia social se pueden dividir en tres categorías: los que presentan únicamente miedo a hablar en público, los que muestran miedo a hablar en público acompañado de otro miedo social y los que sufren miedo a una gran variedad de situaciones sociales. Los dos primeros conformarían lo que otros autores denominan fobia social específica, mientras que el último constituiría el subtipo generalizado.

Otros autores abogan por la existencia de un continuo entre la fobia social específica, fobia social generalizada y trastorno de personalidad por evitación, sosteniendo que tan sólo existen diferencias desde un punto de vista cuantitativo. Por el contrario, otros creen que son trastornos diferentes en su génesis, en su pronóstico y requieren tratamientos diferentes.

Ante esta variedad de opiniones, nosotros basaremos en los criterios del DSM-IV, considerando fobia específica cuando se refiera a miedo a uno o dos estímulos muy específicos (comer, beber en público, escribir delante de otros, etc.) en los que no hay interacción, y fobia generalizada cuando se presente ante la

gran mayoría de situaciones sociales, tanto de interacción como de actuación.

Los estudios de prevalencia han constatado que en la clínica el 60%-70% del total de los pacientes tratados pertenecen al subtipo generalizado (Turner, Beidel, Cooley *et al.*, 1994). Respecto de las variables sociodemográficas relacionadas con ambos subtipos de fobia social, se ha encontrado que los fóbicos con ansiedad social generalizada muestran una edad de inicio más temprana, menor nivel educativo, mayor proporción de desempleados, mayor porcentaje de solteros, mayor correlación con familiares de primer grado que también reciben un diagnóstico de fobia social y una mayor tasa de sujetos que hacen uso de psicofármacos (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995). También informan de una mayor comorbilidad con otros trastornos de los ejes I y II. Igualmente, muestran mayor grado de neuroticismo, introversión e historia de timidez en la infancia (Mannuzza, Seier, Chapman *et al.*, 1995; Stemberger *et al.*, 1995).

En lo que respecta a la elección de los tratamientos, a pesar de que no existen resultados concluyentes, algunos autores indican que en la fobia social específica la exposición (Exp) parece ser una técnica altamente eficaz y recomendable y, por tanto, debería ser incluida en el tratamiento de pacientes que sufren este subtipo de trastorno (Echeburúa, 1995; Turner, Beidel y Jacob, 1994). En el caso de la fobia social generalizada, la evidencia disponible parece indicar que es conveniente añadir a la Exp elementos de reestructuración cognitiva (RC) y entrenamiento en habilidades sociales (HHSS). No obstante, se han encontrado resultados contradictorios, ya que en algunos estudios la adición de técnicas cognitivas mejora los resultados de la Exp sola (Butler, Cullington, Munby *et al.*, 1984; Feske y Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack *et al.*, 1997; Heimberg, Liebowitz, Hope *et al.*, 1998; Marks, 1995; Mattick, Peters y Clarke, 1989; Otto, 1999), mientras que en otros las técnicas cognitivas no potencian de forma significativa su eficacia (Biran, Augusto y Wilson, 1981; Méndez, Sánchez y

Moreno, 2001; Mersch, 1995; Scholing y Emmelkamp, 1993b).

En lo que respecta a la evidencia empírica obtenida sobre el tratamiento de la fobia social con psicofármacos, parece ser que los antidepresivos son más eficaces en el subtipo generalizado, mientras que los betabloqueantes lo son en el subtipo específico (Echeburúa, 1995).

El objetivo del presente estudio fue realizar un estudio meta-analítico acerca de la eficacia diferencial de los tratamientos conductuales<sup>1</sup> y farmacológicos en los distintos subtipos de fobia social (generalizada y específica). Nuestro meta-análisis no es una mera réplica de los anteriores ya que, en primer lugar limitamos nuestro período de búsqueda desde el año 1980 para hacerlo coincidir con la aparición de los criterios diagnósticos del DSM. En segundo lugar, nos centramos principalmente en los distintos subtipos de fobia social y en las variables que pueden resultar relevantes atendiendo a esta tipología y desechando, por tanto, aquellos estudios en los que, a pesar de trabajar con pacientes fóbicos sociales, no especificaban los subtipos de fobia o no pudimos deducirlos debido a que no indicaban el temor o temores que sufrían los sujetos. En tercer lugar, limitamos los estudios al contexto europeo con objeto de lograr una mayor homogeneidad en las características de los tratamientos y de los sujetos. En cuarto lugar, aplicamos técnicas de meta-análisis más potentes que ponderan por la inversa de la varianza de cada estudio. Finalmente, incluimos estudios realizados en habla castellana, que no suelen estar representados en los meta-análisis ya realizados sobre este tema.

---

<sup>1</sup> Aunque el propósito inicial del meta-análisis fue incluir todo tipo de tratamientos psicológicos, la ausencia de estudios empíricos que evaluaran otros modelos de intervención diferentes a los enfoques conductual y cognitivo-conductual nos obligó a limitar el alcance de nuestros análisis a estos enfoques.

## 2. Método

### 2.1. Selección de los estudios

Con objeto de homogeneizar la muestra empírica y aplicar adecuadamente la tecnología meta-analítica establecimos los siguientes criterios conceptuales y metodológicos que nos permitiesen seleccionar los estudios: (a) estar publicado entre 1980-2001; (b) haber sido realizado en algún país europeo; (c) haber aplicado procedimientos diagnósticos reconocidos internacionalmente (DSM y/o CIE, en cualquiera de sus versiones), con objeto de asegurar el carácter clínico de la población estudiada; (d) indicar el subtipo de fobia social tratado (específica o generalizada); (e) aplicar algún tratamiento psicológico o farmacológico; (f) incluir medidas pretest y posttest, y algún seguimiento opcionalmente; (g) ser un diseño de grupo/s, excluyéndose los diseños de caso único; (h) aportar datos estadísticos suficientes para el cálculo del tamaño del efecto (TE), e (i) estar escrito en inglés, castellano o francés.

Como procedimientos de búsqueda de los estudios se utilizaron fuentes formales e informales. En primer lugar, se realizaron búsquedas computerizadas en las bases PsycLIT, CSIC - ISOC- y MEDLINE, comprendiendo los años 1980-2001, con la palabra-clave "social phobia" buscada en el título y en el abstract, y excluyendo las direcciones de contacto de los principales países no europeos (USA, Canadá, Australia, Japón, etc.). En segundo lugar, se escribieron cartas a investigadores de reconocido prestigio en el ámbito europeo solicitándoles el envío de trabajos, publicados o no. En tercer lugar, se revisaron las referencias de los meta-análisis ya publicados sobre el tema (Allen, Hunter y Donohue, 1989; Chambless y Gillis, 1993; Feske, 1995; Gould *et al.*, 1997; Méndez *et al.*, 2001; Moreno, Méndez y Sánchez, 2000; Taylor, 1996). Finalmente, se revisaron las referencias de los estudios recuperados.

El proceso de búsqueda supuso la consulta de más de 500 referencias, que nos permitió identificar y recuperar un total de 15 artículos que cumplieron con los criterios de selección,

lo que supuso un total de 35 estudios independientes, de los cuales 28 fueron grupos de tratamiento y los 7 restantes grupos de control. Los artículos seleccionados estaban escritos en inglés y castellano, y procedían de cuatro países europeos: Holanda (51.4%), España (37.1%), Gran Bretaña (2.7%) y Suecia (2.7%). En total, el meta-análisis recogió datos de 657 sujetos en el pretest (tratados y de control) que, con una mortalidad media en torno al 4.74%, se redujeron a 574 en el posttest y a 360 en los diferentes seguimientos.

## 2.2. Codificación de los estudios

Con objeto de examinar las características de los estudios que pudieran dar cuenta de la heterogeneidad de los resultados, se aplicó sobre cada estudio un protocolo de codificación que incluyó variables moderadoras de distinta naturaleza, distinguiendo entre variables sustantivas (de tratamiento, de sujeto y de contexto), variables metodológicas y variables extrínsecas (Lipsey, 1994).

Dentro de las *variables de tratamiento* se codificaron: (a) el tipo de tratamiento (psicológico vs. farmacológico). Para caracterizar las intervenciones psicológicas se codificaron: (b) la técnica de intervención (Exp, RC, HHSS y otras técnicas psicológicas), solas o en combinación; (c) la homogeneidad del tratamiento; (d) la inclusión de tareas para casa; (e) la inclusión de programa de seguimiento; (f) el uso de agentes externos; (g) el modo de intervención (indirecto o directo); (h) la provisión de consentimiento informado a los pacientes; (i) el tipo de entrenamiento (grupal, individual o mixto); (j) el soporte de entrenamiento (oral, escrito o mixto); (k) el tipo de soporte oral (directo, diferido o mixto); (l) la duración de la intervención (nº de semanas); (m) la intensidad de la intervención (nº de horas por semana que recibió cada sujeto) y (n) la magnitud de la intervención (nº total de horas recibidas por cada sujeto). Con respecto a las características de los terapeutas se codificaron las siguientes variables: (ñ) el número de terapeutas; (o) el hecho de que coincidieran con los operadores; (p) su

formación (psicólogo, psiquiatra, enfermero o mixto); (q) la experiencia de los terapeutas (alta, media, baja, mixta) y (r) el género de los terapeutas (hombres, mujeres, mixto). Respecto de los tratamientos farmacológicos se codificaron: (s) el principio activo (antidepresivo vs. ansiolítico); (t) el tipo de antidepresivo (IMAO, ISRA, ISRSA); (u) el tipo de ansiolítico (benzodiazepínico vs. no benzodiazepínico); (v) la duración del tratamiento (nº de semanas) y (w) la dosis media (en mlgr/día).

En cuanto a las características de las muestras de sujetos se codificaron: (a) el subtipo de fobia social (generalizada o específica); (b) la edad media de la muestra (en años); (c) el género de la muestra (% de hombres); (d) el estado civil (divorciado, casado, soltero y mixto); (e) la historia de la fobia social (nº medio de años de padecimiento del problema en la muestra); (f) el hecho de haber estado anteriormente bajo tratamiento y (g) la presencia de comorbilidad en la muestra (otros trastornos de ansiedad, depresión, otros problemas). En lo que respecta a las características contextuales se codificaron: (a) el país y (b) el lugar de la intervención (universidad, centro escolar, hospital, centro de salud).

Dentro de las *características metodológicas* se incluyeron: (a) el tipo de diseño (pretest-posttest de un solo grupo, pretest-posttest con grupos no equivalentes y pretest-posttest con grupos equivalentes); (b) la asignación de los sujetos a los grupos de intervención (aleatoria vs. no aleatoria); (c) el tipo de grupo de control, cuando lo hubo (activo vs. inactivo); (d) el modo de reclutamiento de los sujetos (a instancias del experimentador, a petición propia o mixto); (e) el seguimiento más largo (en meses); (f) la mortalidad experimental en el posttest; (g) la mortalidad experimental en el seguimiento y (h) la calidad metodológica del diseño, medida en una escala de 0 a 9 puntos, consistente en la suma de las puntuaciones obtenidas en nueve ítems de calidad (asignación aleatoria, tipo de diseño, tamaño muestral, mortalidad experimental, inclusión de algún seguimiento, ceguera experimental, reporte de todas las medidas pretest-posttest, uso de escalas normalizadas y homo-

geneidad de la intervención). Por último, se registraron las siguientes *variables extrínsecas*: (a) la formación del primer autor (psicólogo, psiquiatra o ambos); (b) la fecha de publicación y (c) la fuente de publicación (publicado vs. no publicado).<sup>2</sup>

### 2.3. Cálculo del tamaño del efecto

Se utilizó como índice del TE la diferencia media tipificada (Hedges y Olkin, 1985). Dada la práctica ausencia de grupos de control en los estudios recuperados, no fue posible definirla como la diferencia entre las medias de los grupos de tratamiento y control. En su lugar, se optó por definir como unidad de análisis el grupo y se calculó para cada uno de ellos la diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del posttest, dividida por la desviación típica del pretest (Morris y DeSohn, 2002).<sup>3</sup> Valores positivos indicaron una mejora del grupo, mientras que valores negativos supusieron un empeoramiento de los sujetos. El índice *d* se obtuvo a partir de las medias y desviaciones típicas reportados en los estudios, o bien a partir de los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas (Glass, McGaw y Smith, 1981; Sánchez y Ato, 1989). Cuando el estudio aportó alguna medida de seguimiento también se calculó el índice *d* comparando la media del pretest y la media del seguimiento más largo.

Los estudios presentaron de forma rutinaria múltiples variables de resultado. Para cada una de ellas se calculó el índice *d* y, a continuación, se promediaron en función de los siguientes criterios de clasificación: (a) por el subtipo de fobia social (específico y generalizado) y (b) por el modo de registro (autoinformes y auto-

registros). Debido a la ausencia de datos, no fue posible hallar los tamaños del efecto para los registros de observación por un asesor independiente ni para registros psicofisiológicos. En consecuencia, de cada estudio pudieron obtenerse hasta un total de 5 índices *d* en el postest y otros 5 índices en el seguimiento que, al ser dependientes entre sí, se meta-analizaron por separado.

### 2.4. Análisis estadístico

Se aplicaron los análisis estadísticos propuestos por Hedges y Olkin (1985; véase también Cooper y Hedges, 1994; Sánchez y Ato, 1989), según los cuales el peso específico que debe ejercer cada estudio en los análisis tiene que ser proporcional a su precisión. El factor de ponderación de cada estudio se define, pues, como la inversa de la varianza del índice *d*:  $w = 1/Var(d)$ .<sup>4</sup> Partiendo de este esquema de ponderación, se calculó el TE medio global para todos los estudios en función del subtipo de fobia social y del tipo de registro, así como intervalos de confianza y pruebas de homogeneidad. Estos promedios se obtuvieron también para las diferentes técnicas de intervención y sus combinaciones. Así mismo, se analizó el efecto de las diferentes variables moderadoras mediante análisis de varianza y análisis de regresión por mínimos cuadrados ponderados. Todos los análisis se realizaron con los programas SPSS 11.0 (2001) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

## 3. Resultados

### 3.1. Características descriptivas de los estudios

De los 35 estudios meta-analizados, 23 de ellos (65.7%) aportaban datos de sujetos con fobia

<sup>2</sup> Puede solicitarse a los autores el manual de codificación de las variables moderadoras, así como toda la base de datos meta-analítica.

<sup>3</sup> La diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del posttest se obtuvo mediante:

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

siendo  $c(m) = 1 - 3/(4n - 5)$  y  $S_{Pre}$  la desviación típica de las puntuaciones en el pretest.

<sup>4</sup> La varianza del índice *d* se obtiene mediante (Morris y DeSohn, 2000):

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

siendo *n* el tamaño muestral.

social generalizada, frente a sólo 8 estudios (22.9%) que eran fóbicos sociales a alguna situación muy específica (por ejemplo, miedo a que le vean temblar o sudar), y el resto (11.4%) se trataba de estudios cuyos sujetos podían padecer cualquiera de los dos subtipos de fobia. Siete de los estudios eran grupos de control (activos e inactivos), tres incluyeron sólo tratamiento farmacológico, mientras que los 25 estudios restantes aplicaron algún tipo de intervención psicológica, siendo la RC y la Exp las técnicas más aplicadas.<sup>5</sup>

Las intervenciones con tratamiento psicológico se caracterizaron por ser, en general, homogéneas (96%), directas (97%), con entrenamiento grupal (65.4%), soporte mixto (88%) y directo (83%), con una duración mediana de 8.6 semanas (rango: 1-17 semanas), a razón de 2.5 horas de intervención por semana (rango: 1.3-16 horas) y con una intensidad total de unas 16 horas por sujeto (rango: 8-25.5 horas). El 92% de los terapeutas fueron psicólogos con gran experiencia en este tipo de problemas (52%).

Los 3 estudios que incluyeron tratamiento farmacológico lo hicieron con antidepresivos (2 estudios) y ansiolíticos (1 estudio), con una duración media del tratamiento de unas 12 semanas y una dosis mediana de 150 mlgr/día. La mayor parte de las intervenciones se aplicaron en centros escolares (35.7%) y en los hospitales (28.6%).

Las muestras de sujetos analizadas se caracterizaron por pertenecer a población clínica adulta, siendo el DSM en sus distintas versiones el criterio diagnóstico utilizado. Las muestras presentaron una edad media de 30 años (rango: 15-40 años) y 14.5 años de padecimiento del trastorno (rango: 6-22 años), siendo el 94% muestras mixtas (varones y mujeres), y el 28.9% sujetos casados, en promedio. La mitad

de los estudios indican la presencia de comorbilidad con otros trastornos, básicamente depresión, otras fobias y ansiedad generalizada. Por otra parte, la mayor parte de los estudios (52%) mezclan sujetos dentro de un mismo grupo que han recibido tratamiento previo junto a los que no han recibido ningún tratamiento anterior.

El tipo de diseño más utilizado fue el experimental (77.1%), implicando asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de intervención. La mayoría de los estudios reclutaron a los sujetos a petición propia (19%) o bien combinando esta estrategia con la de "a instancias del experimentador" (47%). Los tamaños muestrales de los grupos fueron, en promedio, de 19 sujetos en el pretest, 18 en el postest y 17 en el seguimiento. La mortalidad experimental estuvo en torno al 4.7% y 7.1% para el postest y el seguimiento, respectivamente. Finalmente, la puntuación global de calidad del estudio se situó en el valor 7 sobre una escala de 0 a 9.

Con respecto a las variables extrínsecas, cabe mencionar que la mayor parte de los estudios incluidos en el meta-análisis se obtuvieron de artículos publicados en revistas cuyo primer firmante del trabajo fue psicólogo (92.3%), seguido de psiquiatra (7.7%). Por último, todos los estudios meta-analizados son posteriores a 1990. En cuanto a la duración del seguimiento, la media para el subtipo generalizado fue de 7 meses (rango: 6-18 meses) y para el subtipo específico de 12 meses (rango: 6-24 meses).

Atendiendo al subtipo de fobia, tan sólo mencionaremos aquellas variables en las que existen diferencias entre ambos subtipos. Así, la duración y la intensidad total del tratamiento son superiores en el tipo generalizado, mientras que la intensidad semanal es mayor en el subtipo específico.

Aunque logramos incluir algunos estudios no publicados (6 estudios), calculamos el índice de tolerancia a los resultados nulos para comprobar si el sesgo de publicación podría atentar contra la validez de nuestras conclusiones (Orwin, 1983). Tomando la medida de la fobia social como la variable de resultado principal, encontramos que para anular los resultados de

<sup>5</sup> A pesar de nuestros intentos, sólo fue posible seleccionar tres estudios farmacológicos que cumplieran con los criterios de inclusión, debido a que la mayoría de ellos no suelen prestar atención a los subtipos de fobia social que padecen los sujetos de la muestra. En consecuencia, los resultados de nuestro meta-análisis quedan limitados al ámbito de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales.

eficacia obtenidos con los 15 artículos incluidos en nuestro meta-análisis deberían existir unos 191 estudios europeos sobre el tema no recuperados por nuestro equipo. Dada la exhaustiva búsqueda bibliográfica que realizamos, y sobre una base racional, no cabe pensar que pueda existir tal volumen de trabajos no recuperados por nosotros, por lo que podemos concluir que el sesgo de publicación no es una amenaza contra la validez de nuestros resultados.

### 3.2. La efectividad global

Los resultados de eficacia fundamentales se obtuvieron a partir de las escalas o medidas di-

rectas e indirectas que evaluaban la fobia social. Las escalas más comunes aparecidas han sido las siguientes: *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz* (Liebowitz, 1987), *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, FNE* (Watson y Friend, 1969), *Fear Questionnaire, FQ* (Marks y Mathews, 1977), *Inventario de Ansiedad y Fobia Social, SPAI* (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) y el *Symptom Checklist, SCL-90* (Derogatis, 1977). La tabla 1 presenta los resultados globales obtenidos por los grupos de tratamiento y de control atendiendo al subtipo de fobia social y presentando los diferentes TEs globales, en el constructo fobia social y según el tipo de medida de autoinforme y de autorregistro.

**Tabla 1:** Resultados de efectividad global según el subtipo de fobia social (específica o generalizada), el modo de registro (autoinformes o autorregistros) y el momento temporal (postest y seguimiento).

Fobia social generalizada	Grupos de tratamiento						Grupos de control			
	k	d+	I. de C. al 95%		Q	p	k	d+	I. de C. al 95%	
			Li	Ls					Li	Ls
Global (postest)	19	0.911	0.767	1.054	49.953	.0001	2	0.294	-1.397	1.986
Global (seguimiento)	13	1.350	1.138	1.563	29.208	.0036	2	0.285	-0.358	0.930
Fobia social (postest)	19	1.109	0.952	1.266	68.077	<.0001	2	0.273	-1.589	2.135
Fobia social (seguimiento)	13	1.604	1.359	1.850	62.626	<.0001	2	0.436	-0.242	1.115
Autoinformes (postest)	18	0.865	0.722	1.008	40.674	<.0001	2	0.294	-1.397	1.986
Autoinformes (seguimiento)	12	1.339	1.118	1.561	28.853	.0023	2	0.282	-0.358	0.930
Autorregistros (postest)	2	1.585	-1.357	4.528	2.419	.1199	-	-	-	-
<b>Fobia social específica</b>										
Global (postest)	7	0.542	0.132	0.953	8.343	.2140	1	-0.036	-0.790	0.718
Global (seguimiento)	4	0.762	-0.077	1.602	7.644	.0585	-	-	-	-
Fobia social (postest)	7	0.634	0.211	1.057	8.286	.2178	1	-0.036	-0.790	0.718
Fobia social (seguimiento)	4	0.966	0.057	1.877	7.251	.0643	-	-	-	-
Autoinformes (postest)	7	0.561	0.157	0.964	5.629	.4660	1	-0.036	-0.790	0.718
Autoinformes (seguimiento)	4	0.766	-0.073	1.605	7.325	.0622	-	-	-	-
Autorregistros (postest)	1	8.041	-2.816	13.266	-	-	-	-	-	-
Autorregistros (seguimiento)	1	6.290	-2.158	10.403	-	-	-	-	-	-
<b>Combinación de fobia social específica y generalizada</b>										
Global (postest)	2	1.319	-0.295	5.587	11.901	.0005	2	1.447	-2.978	5.873
Global (seguimiento)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fobia social (postest)	2	1.048	-2.773	4.869	11.642	.0006	2	1.130	-2.896	5.157
Fobia social (seguimiento)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autoinformes (postest)	2	1.319	-2.948	5.587	11.901	.0005	2	1.447	-2.978	5.873
Autoinformes (seguimiento)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

k: n° de estudios. d+: TE medio. I. de C. al 95%: intervalo de confianza al 95%. Q: prueba de homogeneidad de los TEs asumiendo una distribución chi-cuadrado con k - 1 grados de libertad. p: nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q.

La medida de resultado de mayor interés para nuestros propósitos es la referente a fobia social. Según se observa en la tabla, y dejando al margen el subtipo mixto (combinación de su-

jetos que presentaban bien fobia social específica, bien generalizada) debido a su baja representatividad (tan sólo cuatro estudios, dos de tratamiento y dos de control), el subtipo gene-

ralizado alcanzó tanto en el postest como en el seguimiento un TE de magnitud alta ( $d_+ = 1.109$  y  $d_+ = 1.604$ , respectivamente).<sup>6</sup> El subtipo específico obtuvo menores TEs que el generalizado, aumentando la magnitud del efecto del postest al seguimiento ( $d_+ = 0.634$  y  $d_+ = 0.966$ , respectivamente), al igual que ocurría con el subtipo generalizado. Atendiendo a los tipos de instrumentos de evaluación, los autoinformes son los que con mayor frecuencia se utilizaron, en detrimento de la escasa atención prestada a los autorregistros. Así, en los distintos subtipos de fobia el TE se incrementó del postest al seguimiento con los autoinformes.

Con respecto a los escasos grupos de control encontrados, observamos que de los estudios que presentaban el subtipo de fobia específica sólo uno de ellos incluía grupo de control, siendo su TE ( $d_+ = -0.036$ ). En esta misma línea, se observa que los TEs en el subtipo específico no llegaron a ser negativos, pero eran de magnitud baja ( $d_+ = 0.273$  en el postest y  $d_+ = 0.436$  en el seguimiento). Resultados similares se obtuvieron con las medidas de autoinforme. En cuanto a los grupos de control en los que los sujetos tratados podían padecer fobia social específica o generalizada, los TEs fueron muy elevados (mayores que 1); esto se explica por tratarse de controles con placebo farmacológico.

Como puede observarse en la Tabla 1, las pruebas de homogeneidad resultaron estadísticamente significativas, tanto en el postest como en el seguimiento, y tanto para las medidas globales como para las medidas de fobia social y los autoinformes. Por tanto, se hace necesario explorar el influjo de variables moderadoras de tal variabilidad entre los TEs obtenidos en los estudios.

### 3.3. Eficacia diferencial de los tratamientos

Una vez comprobada la existencia de una clara efectividad global de las intervenciones sobre los subtipos de fobia social, el paso siguiente consistió en analizar la eficacia diferencial de las diferentes técnicas de intervención. A partir de este punto centramos nuestra atención en la medida global de la fobia social como variable fundamental. La tabla 2 presenta los TEs medios obtenidos para cada técnica y combinación de técnicas psicológicas y para los grupos de control en los subtipos específico y generalizado.

Un primer examen de estos resultados revela que todas las categorías de tratamiento, excepto las técnicas de RC, en el subtipo fobia generalizada alcanzaron TEs claramente efectivos, como lo demuestra el hecho de que los límites confidenciales de los correspondientes intervalos de confianza fueran positivos. Los dos estudios incluidos como grupos de control también alcanzaron un TE positivo, lo cual indica la existencia de factores inespecíficos en el tratamiento de la fobia social generalizada. En cuanto al subtipo específico, la representación por categorías de tratamiento fue muy escasa (con un solo estudio en la mayoría de ellas), lo cual nos lleva a interpretar con mucha cautela los resultados.

Para comprobar si existía eficacia diferencial entre las categorías de intervención, se aplicó un análisis de varianza sobre las principales categorías de tratamiento (Exp, RC, HHSS y relajación), así como los grupos de control, diferenciando ambos subtipos de fobia social. De este modo, pudimos comprobar la existencia de diferencias significativas entre los diferentes TEs medios tanto para el subtipo generalizado [ $Q_B(4) = 49.5903, p < .0001$ ] como para el específico [ $Q_B(4) = 10.183, p < .05$ ]. Para el subtipo generalizado, los resultados indicaban un mayor TE cuando se aplicaba RC junto a HHSS ( $d_+ = 1.621$ ), seguido de Exp ( $d_+ = 1.492$ ). En el subtipo específico, la magnitud del efecto es mayor al aplicar Exp junto a relajación ( $d_+ = 4.024$ ) y Exp junto con RC ( $d_+ =$

<sup>6</sup> Orientativamente, seguiremos aquí el criterio establecido por Cohen (1988) para considerar TEs de magnitud baja, media y alta a aquellos índices  $d$  que alcancen los valores 0.2, 0.5 y 0.8, respectivamente.



0.755). No obstante, y como hemos mencionado con anterioridad, los resultados obtenidos hay que tomarlos con extrema cautela, dado el escaso número de estudios disponibles, lo cual limita la generalizabilidad de nuestros resultados.

**Tabla 2:** Resultados de eficacia para los dos subtipos de fobia social (específica y generalizada) en función de las técnicas de intervención.

Técnica de intervención	Fobia social generalizada						Fobia social específica					
	k	d+	I. de C. al 95%		Q	p	k	d+	I. de C. al 95%		Q	p
			Li	Ls					Li	Ls		
Exposición	5	1.492	0.961	2.024	9.860	.0028	1	0.457	-0.294	1.208	-	-
Reestructuración cognitiva	2	0.461	-1.696	2.617	1.463	.2265	1	0.251	-0.466	0.968	-	-
Exp + RC	5	1.139	0.716	1.564	16.105	.0028	4	0.755	0.302	1.208	18.740	.629
RC + HHSS	3	1.621	0.746	2.495	4.501	.1053	-	-	-	-	-	-
Exp + Relajación	-	-	-	-	-	-	1	4.024	1.329	6.718	-	-
Tratamiento farmacológico	1	0.810	-0.459	1.161	-	-	-	-	-	-	-	-
Grupos de control	2	0.273	-1.589	17.031	17.031	<.0001	1	-0.036	-0.718	0.718	-	-

k: nº de estudios. d+: TE medio. I. de C. al 95%: intervalo de confianza al 95%. Q: prueba de homogeneidad de los TEs asumiendo una distribución chi-cuadrado con k - 1 grados de libertad. p: nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q.

### 3.4. Análisis de otras variables moderadoras

Siguiendo con las variables relacionadas con la implementación de los tratamientos, cabe destacar que la intensidad de la intervención presentó una relación positiva con los TEs, tanto en el subtipo generalizado [ $Q_R(1) = 2.578, p = .050$ ] como en el específico [ $Q_R(1) = 4.892, p = .026$ ]; por tanto, a más sesiones de tratamiento semanales, mejores resultados. En cuanto al modo de entrenamiento, en el subtipo específico no existen diferencias significativas, aunque el TE es mayor en la categoría grupal ( $d_+ = 0.853$ ) frente al individual ( $d_+ = 0.349$ ). En el subtipo generalizado, las diferencias entre los distintos modos, individual ( $d_+ = 1.511$ ) y grupal ( $d_+ = 1.320$ ) son significativas respecto de la mixta ( $d_+ = 0.838$ ), aunque hemos de tener en cuenta que la primera categoría tan sólo incluye dos estudios, por lo que ese aparente mayor TE frente al grupal debe interpretarse con cautela. En cuanto al soporte de entrenamiento, y ya centrados en el subtipo generalizado, el soporte oral ( $d_+ = 1.058$ ) destacó frente al soporte mixto ( $d_+ = 0.672$ ). Respecto del lugar de entrenamiento, destacó el entrenamiento en centros escolares ( $d_+ = 1.839$ ) y hospitales ( $d_+ = 1.279$ ) frente a centros de salud y universidad.

Respecto de las características de los sujetos, nuestros resultados apuntan a una mayor efectividad de las intervenciones en mujeres frente a varones [ $Q_R(1) = 10.472, p < .0001$ , en el subtipo generalizado;  $Q_R(1) = 6.491, p = .0108$ , en el subtipo específico], de menor edad [ $Q_R(1) = 23.830, p < .0001$ , en el subtipo generalizado;  $Q_R(1) = 5.142, p = .023$ , en el subtipo específico], solteros [ $Q_R(1) = 17.837, p < .0001$ , en el subtipo generalizado;  $Q_R(1) = 6.760, p = .009$ , en el subtipo específico], que no han recibido tratamiento previo [ $Q_B(1) = 11.210, p = .001$  en el subtipo generalizado], y cuya historia del problema es reciente [ $Q_R(1) = 13.434, p = .0002$ , en el subtipo generalizado;  $Q_R(1) = 6.760, p = .009$ , en el subtipo específico].

En cuanto a las características metodológicas de los estudios, en el subtipo generalizado el tipo de diseño, clasificado en pretest-postest de un solo grupo vs. diseños de dos grupos, presentó diferencias en los TEs medios [ $Q_B(2) = 25.714, p < .0001$ ] a favor de los diseños pre-experimentales ( $d_+ = 1.700$ ). El seguimiento afectó positivamente a los resultados en ambos subtipos de fobia [ $Q_R(1) = 13.882, p = .0002$ , en el subtipo generalizado;  $Q_R(1) = 3.538, p = .0599$ , en el subtipo específico], de modo que con el paso del tiempo los sujetos alcanzan mejoras en este problema.

Si atendemos a los porcentajes de mejora presentados por los distintos estudios, podemos descubrir que, en el subtipo generalizado, un 47% de los pacientes mejoran del pretest al postest, un 52% del pretest al seguimiento, un 5% empeoran del postest al seguimiento, un 53% permanecen estables del pretest al postest y un 43% permanecen estables del pretest al seguimiento. Respecto de los sujetos que padecen fobia social específica, un 22% mejoran del pretest al postest, un 23% del pretest al seguimiento, un 34% empeoran del postest al seguimiento, un 44% permanecen estables del pretest al postest y del pretest al seguimiento.

Por último, la mortalidad experimental afectó a los resultados en sentido positivo, de modo que a mayor mortalidad, mayores TEs [ $Q_R(1) = 16.516, p = .011$ , en el subtipo generalizado;  $Q_R(1) = 6.177, p = .013$ , en el subtipo específico].

El resto de variables moderadoras no alcanzaron el criterio de significación estadística o no aportaban datos suficientes para llevar a cabo los análisis de varianza o regresión. Por otro lado, algunos de los resultados, por sólo basarse en dos estudios por categoría, no hemos considerado adecuado presentar los resultados de modo concluyente.

### 3.5. Un modelo predictivo

Finalmente, proponemos un modelo predictivo que, con un reducido número de variables moderadoras, sea capaz de explicar buena parte de la heterogeneidad de los TEs encontrada en los estudios. Para la selección de los predictores nos basamos en criterios conceptuales y estadísticos, sobre los cuales aplicamos un análisis de regresión múltiple jerárquico en el que, en el primer paso, se introdujo la variable edad de los sujetos para parcializar su influjo sobre el resto de predictores; en el segundo paso se introdujo la variable subtipo de fobia (generalizado o específico), y en el tercer paso del análisis introdujimos los tres predictores dicotómicos (del tipo 0-1) que identificaban en cada estudio si incluían técnicas de Exp, RC o HHSS. Eliminamos de este análisis los estudios

farmacológicos, así como aquellos estudios que mezclaban sujetos con los dos subtipos de fobia social (cuatro estudios) y un estudio que combinó Exp con relajación, a fin de eliminar posibles errores en la interpretación debido a la escasa representación de la técnica de relajación y de los psicofármacos.

El modelo de regresión completo logró explicar el 57% de la variabilidad de los TEs [ $Q_{R-cum}(5) = 69.688, p < .0001$ ]. La variable “subtipo de fobia” explicó el 14.8% de la varianza una vez parcializado el influjo de la edad, lo que demuestra la existencia de una significativa eficacia diferencial de los tratamientos sobre los subtipos específico y generalizado [ $Q_{R-parcial}(1) = 18.163, p < .0001$ ]. Igual sucedió con el bloque de variables formado por la identificación de los diferentes tratamientos (Exp, RC y HHSS), que exhibió un incremento del 14.3% de la varianza explicada, una vez parcializado el influjo de la edad y de los subtipos de fobia [ $Q_{R-parcial}(3) = 17.483, p = .0006$ ]. De los cinco predictores incluidos en el modelo de regresión múltiple, las técnicas de Exp son las que mayor peso específico ejercen en el mismo ( $\alpha = 4.156, p < .0001$ ), en oposición a la escasa influencia exhibida por las técnicas de RC ( $\alpha = -0.853, p = .394$ ), y siendo marginalmente significativo el influjo de las técnicas de HHSS ( $\alpha = 1.847, p = .065$ ). Así mismo, los subtipos de fobia social también presentan una clara significación estadística ( $\alpha = 3.670, p = .0002$ ).

Finalmente, este modelo predictivo nos permite hacer pronósticos tentativos sobre qué técnicas son las más efectivas, para un determinado subtipo de fobia social y edad, utilizando los coeficientes de regresión obtenidos para cada predictor.<sup>7</sup> Así, para sujetos con una edad de 30 años y diagnosticados de fobia social generalizada, los mejores resultados de eficacia se pronostican con las técnicas de Exp ( $d' = 1.451$ ), seguidas de HHSS ( $d' = 1.322$ ) y de RC ( $d' = 0.724$ ). Con el subtipo específico los resul-

<sup>7</sup> El modelo de regresión obtenido fue el siguiente:  $d' = 1.377 - (0.042) \times \text{Edad} + (0.723) \times \text{Subtipo} + (0.611) \times \text{Exp} - (0.116) \times \text{RC} + (0.482) \times \text{HHSS}$ .

tados no son tan buenos, siendo las técnicas de Exp las mejores ( $d' = 0.728$ ), seguidas de HHSS ( $d' = 0.599$ ) y no resultando efectivas las técnicas de RC ( $d' = 0.001$ ).

#### 4. Conclusiones

El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la eficacia diferencial en el tratamiento de la fobia social atendiendo a los subtipos generalizado y específico, así como analizar las variables moderadoras de la eficacia terapéutica en este problema según la evidencia empírica obtenida en el contexto europeo.

El meta-análisis llevado a cabo nos permite alcanzar varias conclusiones. En primer lugar, hemos observado claros resultados de eficacia del tratamiento conductual en ambos subtipos de fobia, aunque alcanzando una mayor eficacia el subtipo generalizado e incrementándose la misma, tanto en un subtipo como en otro, con el paso del tiempo (en las medidas de seguimiento). Esta mejora no sólo es observada a través de los TEs, sino también mediante los porcentajes de sujetos que mejoran de un momento temporal a otro. Estos datos coinciden con otros meta-análisis (Méndez *et al.*, 2001; Taylor, 1996) pudiendo ser explicados por la aplicación de las estrategias de enfrentamiento que el sujeto, durante la fase de tratamiento, haya podido aprender, generalizando éstas a su propio medio social.

En segundo lugar, hemos observado cómo la mayor parte de estos estudios no utilizaban medidas de autorregistro, siendo desde el punto de vista cognitivo-conductual sumamente importante. Ello nos ha impedido poder llevar a cabo análisis exhaustivos acerca de los resultados de eficacia obtenidos con diferentes instrumentos de registro. Investigaciones futuras deberían acentuar el uso de medidas directas de la fobia social, ya que de este modo los resultados serían más fiables y representativos de la situación del sujeto.

En cuanto a la comparación entre los dos subtipos de fobia, hemos podido comprobar, en contra de lo supuesto, que el subtipo generalizado alcanza mayores TEs que el específico.

Esto, quizás, pueda deberse a que fue muy escasa la representación del subtipo específico en nuestro estudio (tan sólo ocho estudios), o bien a que los resultados aportados en los trabajos previos no están basados en comparaciones de tratamientos y subtipos de fobias dentro de un mismo estudio.

Por otra parte, la heterogeneidad exhibida por los resultados de los estudios se explica en gran parte por la eficacia diferencial de las técnicas de intervención. Las técnicas de Exp, solas o en combinación con RC y/o relajación, así como las de HHSS en combinación con RC, ofrecen los mejores resultados y deben ser considerados como los tratamientos de elección, corroborando lo ya apuntado por Echeburúa (1995) y Turner, Beidel y Jacob (1994). En cuanto a las técnicas cognitivas, los resultados sobre la eficacia diferencial de las mismas están todavía sin aclarar de forma definitiva, aunque nuestros resultados indican que la RC por sí sola no es la intervención más recomendable a utilizar para ambos subtipos de fobia social.

Por otra parte, sería conveniente comprobar si variables de personalidad tales como neuroticismo o extraversión pueden estar afectando a los resultados. Aunque intentamos contemplar algunas variables de sujeto que explicarían los resultados, la ausencia de información en los estudios no nos ha permitido realizar los análisis oportunos. Por otro lado, hubiera resultado interesante haber podido localizar estudios que especificaran el tipo de fobia y utilizaran tanto psicofármacos solos como combinaciones de éstos con tratamientos psicológicos. Desafortunadamente, sólo un estudio de fobia social generalizada utilizó psicofármacos, mientras que los dos estudios restantes mezclaron sujetos con fobia social específica y generalizada. Hace falta, pues, más investigación al respecto con objeto de validar estos resultados.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en meta-análisis recientes (Barret, 1998; Méndez *et al.*, 2001; Otto, 1999) en cuanto a que son más eficaces las intervenciones intensas, con mayor número de sesiones frente a las intervenciones más cortas, llevadas a cabo en grupo. Estos beneficios podrían ser explicados

debido a que las intervenciones grupales e intensivas implican exponerse a estímulos fóbicos, con lo cual es un añadido a la propia intervención que provocaría una habituación y mejora de la fobia social del sujeto.

Así mismo, hemos observado una mayor eficacia de las intervenciones en mujeres que en varones, de menor edad, solteros, cuya historia del problema es reciente, que no padecen otros trastornos ni han recibido tratamientos previos. Esto nos lleva a concluir que una intervención temprana, próxima al inicio de la fobia social, permitiría eliminar no sólo las respuestas de ansiedad social, sino también a prevenir el desarrollo de otros trastornos.

El influjo de variables moderadoras tales como la edad, el género, la historia del problema y el estado civil sobre los resultados de eficacia de las intervenciones ha sido similar para los dos subtipos de fobia social. Esta evidencia no coincide con algunos de los resultados aportados por Brown *et al.* (1995) y por Stemberger *et al.* (1995). No obstante, estos datos deben ser analizados con cautela debido a los escasos estudios sobre el subtipo específico identificados en nuestro meta-análisis.

En lo que respecta a los aspectos metodológicos de los estudios, cabe destacar que los diseños pretest-postest alcanzan mayores TEs, lo cual se explica porque éstos no sustraen de la estimación del TE los posibles efectos de maduración y remisión espontánea. La mortalidad experimental del estudio afectó, como era de esperar, de forma positiva en los resultados debido, quizás, a que los sujetos más desmotivados en recibir el tratamiento, abandonan, por lo que la variable motivación puede estar influyendo en la magnitud de los efectos. Ambos resultados son coincidentes con los obtenidos en meta-análisis anteriores (e.g., Olivares, Rosa y Sánchez, 2000).

## Referencias

(Los estudios precedidos con un asterisco fueron incluidos en el meta-análisis.)

Allen, M., Hunter, J. y Donohue, W. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public

speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 53-76.

El escaso número de estudios que incluyeron grupos de control, nos obligó a utilizar como índice del TE la diferencia entre las medias del pretest y el postest, por lo que las ganancias observadas pueden ser debidas tanto a factores específicos como inespecíficos del tratamiento. Este mismo problema lo presentan otros meta-análisis, tales como los de Abramowitz (1996) y Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987) sobre el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Esto suele ocurrir en ámbitos de investigación donde ya está demostrado que ciertas intervenciones son efectivas y el objetivo de los estudios no es ya probar su eficacia, sino la eficacia diferencial entre tratamientos alternativos para encontrar los más eficaces. No obstante, los TEs medios obtenidos en nuestro estudio con los grupos de control, apuntan a magnitudes positivas pero bajas en el caso del subtipo generalizado, y a magnitudes incluso negativas en el subtipo específico. Por tanto, nuestras estimaciones de eficacia para las diferentes intervenciones conductuales (y farmacológicas) son válidas. En los dos únicos estudios con muestras de sujetos que mezclaban ambos subtipos de fobia social, el TE medio de los grupos de control fue muy alto. Teniendo en cuenta que estos grupos de control aplicaron un placebo farmacológico, tenemos que concluir que este tipo de control produce mejoras en los sujetos. No obstante, el escaso número de estudios analizados aconseja precaución en la interpretación de este resultado.

Finalmente, estudios futuros deberían diseñarse para ayudar a dilucidar cuáles son los mecanismos psicológicos implicados en el cambio terapéutico, ya que se observan resultados positivos aplicando estrategias terapéuticas diferentes.

speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 53-76.

Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-

- compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- \*Allgulander, C. (1999). Paroxetine in social anxiety disorder: A randomized placebo-controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 193-198.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-III)* (3ª ed.). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)* (4ª ed.). Washington, D.C.: Autor.
- Barret, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Biran, M., Augusto, F. y Wilson, G.T. (1981). In vivo exposure vs. cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. *Behaviour Research & Therapy*, 19, 525-532.
- 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.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. y Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 53, 642-650.
- Caballo, V. y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8, 173-215.
- Chambless, D.L. y Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., Andrews, G. y Mattick, R. (1987). Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 701-711.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, H. y Hedges, L.V. (Eds.) (1994). *The handbook of research synthesis*. Nueva York: Sage.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scales*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University School of Medicine.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Feske, U. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Feske, U. y Chambless, D.L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- \*García-López, L.J. (2000). *Un estudio entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis Doctoral no publicada: Universidad de Murcia.
- Glass, G.V., McGaw, B. y Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis for social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 4, 291-306.
- Hedges, L.V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heimberg, R.G., Holt, C.S., Schneier, F.R., Spitzer, R.L. y Liebowitz, M.R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneider, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D.F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy vs. Phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lipsey, M.W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. En H. Cooper y L.V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). Nueva York: Sage.
- Mannuzza, S., Seier, F.R., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R., Klein, D.F. y Fier, A.J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Marks, I.M. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 25-31.
- Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1977). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research & Therapy*, 23, 365-369.
- 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. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Mersch, P.P. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 259-269.
- \*Montorio, I., Fernández, M., Lázaro, S. y López, A. (1996). Dificultad para hablar en público en el universitario: Eficacia de un programa para hablar en público. *Ansiedad y Estrés*, 2, 227-244.
- Moreno, P., Méndez, F.X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: Una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12, 346-352.
- Morris, S.B. y DeSohn, R.P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, 7, 105-125.
- \*Olivares, J. y García-López, L.J. (1999). *Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo de estudiantes universitarias con miedo a hablar en público*. Manuscrito no publicado: Universidad de Murcia.

- \*Olivares, J. y García-López, L.J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Sánchez, J. (2000). Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de salud en España. *Anuario de Psicología*, 31, 43-61.
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe N for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8, 157-159.
- Otto, M.W. (1999). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Model, methods, and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 14-19.
- Rosenberg, M.S., Adams, D.C. y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- \*Salaberria, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- \*Salaberria, 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.
- Sánchez, J. y Ato, M. (1989). Meta-análisis: Una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J. Arnau y H. Carpintero (Coords.), *Tratado de psicología general. 1: Historia, teoría y método* (pp. 617-669). Madrid: Alhambra.
- \*Scholing, A. y Emmelkamp, P. (1993a). Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research & Therapy*, 31, 155-170.
- \*Scholing, A. y Emmelkamp, P. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 31, 667-681.
- \*Scholing, A. y Emmelkamp, P. (1996a). Treatment of generalized social phobia: Results at long-term follow-up. *Behaviour Research & Therapy*, 34, 447-452.
- \*Scholing, A. y Emmelkamp, P. (1996b). Treatment of fear of blushing, sweating or trembling: Results at long-term follow-up. *Behavior Modification*, 20, 338-356.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Stein, M.B. (1997). Phenomenology and epidemiology of social phobia. *International Clinical of Psychopharmacology*, 12, S23-S26.
- Stemberger, R.T., Turner, S.M., Beidel, D.C. y Calhoun, K.S. (1995). Social phobia: An analysis of possible development factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Coley, M.R., Woody, S.R. y Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness Therapy. *Behaviour Research & Therapy*, 32, 381-390.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirical derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Turner, S.M., Beidel, D. y Jacob, R.G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 350-358.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Townsley, R.M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 168-172.
- \*Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437-451.
- \*Van Vliet, I., Den Boer, J. y Westenberg, H. (1994). Psychopharmacological treatment of social phobia: A double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, 128-134.
- \*Van Vliet, I., Den Boer, J., Westenberg, H. y Pian, K.H. (1997). Clinical effects of buspirone in social phobia: A double-blind placebo-controlled study. *Journal Clinical Psychiatry*, 58, 164-168.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- \*Wells, A. y Papageorgiu, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.

(Artículo recibido: 28-11-2003; aceptado: 9-3-2004)