

EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL Y SU REPERCUSIÓN EN VARIABLES CLÍNICAS Y DE PERSONALIDAD: UNA REVISIÓN META-ANALÍTICA*

Ana Isabel Rosa Alcázar,¹
Julio Sánchez Meca,²
José Olivares Rodríguez¹
Cándido José Inglés Saura¹

¹ Dpto Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

² Dpto Psicología Básica y Metodología
UNIVERSIDAD DE MURCIA.

RESUMEN

En este trabajo se presentan los resultados de un meta-análisis sobre la eficacia de las intervenciones conductuales y farmacológicas de la fobia social y su repercusión en variables clínicas (depresión, ansiedad, inadaptación) y de personalidad (autoestima y asertividad). Se incluyeron 15 artículos europeos que cumplieron con los criterios de selección, dando lugar a 38 estudios independientes, sobre los que se calculó la diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del postest. Los tamaños del efecto medios en el postest fueron $d_+ = 0.569$ para depresión, $d_+ = 0.623$ para ansiedad, $d_+ = 0.874$ para adaptación, $d_+ = 0.576$ para síntomas clínicos psicopatológicos generales, $d_+ = 0.485$ para autoestima y $d_+ =$

Correspondencia: Julio Sánchez Meca, Dpto Psicología Básica y Metodología, Facultad de Psicología, Campus de Espinardo, Apdo 4021, 30100 Murcia. E-mail: jsmecca@um.es. Tfno.: 968364114. Fax: 968364115

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

0.630 para asertividad. En las medidas de la depresión, resultaron más efectivos los tratamientos farmacológicos ($d_+ = 0.729$) que los conductuales (exposición: $d_+ = 0.582$; reestructuración cognitiva: $d_+ = 0.026$; combinación de ambas: $d_+ = 0.432$). Finalmente, se discuten las implicaciones prácticas y clínicas de los resultados, así como para la investigación futura.

Palabras-clave: FOBIA SOCIAL; DEPRESIÓN; INTERVENCIONES CONDUCTUALES; TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO; META-ANÁLISIS; COMORBILIDAD.

SUMMARY

In the paper are presented the results of a meta-analysis about the effectiveness of behavioural and pharmacological treatments for social phobia and their influence on clinical (depression, anxiety, maladaptating) and personality variables (self-esteem and assertiveness). Fifteen European papers that met the selection criteria were included, offering a total of 38 independent studies on which it was calculated the standardised mean difference between the pretest and posttest means. The mean effect sizes at the posttest were $d_+ = 0.569$ for depression, $d_+ = 0.623$ for anxiety, $d_+ = 0.874$ for adapting behaviour, $d_+ = 0.576$ for general clinical psychopathologic symptoms, $d_+ = 0.485$ for self-esteem, and $d_+ = 0.630$ for assertiveness. On depression measures, pharmacological treatments were more effective ($d_+ = 0.729$) than behavioural interventions (exposition: $d_+ = 0.582$; cognitive restructuring: $d_+ = 0.026$; combination of them: $d_+ = 0.432$). Finally, the practical and clinical implications of the results are discussed, as well as for the future research.

Key-words: SOCIAL PHOBIA; DEPRESSION, BEHAVIOURAL INTERVENTIONS; PHARMACOLOGICAL TREATMENT; META-ANALYSIS; COMORBIDITY.

1. INTRODUCCIÓN

La fobia social se define como 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 resulte humillante o embarazosa (DSM-IV, *American Psychiatric Association*, 1994). Se distingue de otros trastornos por el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales, que suponen el componente nuclear de este cuadro clínico, y por la mayor interferencia de los temores en la vida cotidiana de los pacientes (Turner y Beidel, 1988).

A pesar de constituir un síndrome clínico que alcanza altas tasas de prevalencia, entre el 2% y el 13% (Kessler, McGonagle, Zhao *et al.*, 1994), ha permanecido ignorado hasta mediados de la década de los ochenta. Es a partir de su inclusión en el DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980) cuando el establecimiento de un diagnóstico diferencial de éste respecto de otros trastornos de ansiedad adquiere una mayor relevancia la alta comorbilidad que presenta la fobia social con otros trastornos de los ejes I y II. Tanto estudios con población comunitaria como los llevados a cabo con muestras clínicas han examinado las tasas de comorbilidad en los sujetos con fobia social. Algunas investigaciones han puesto de manifiesto que la existencia de trastornos psicopatológicos o síntomas clínicos pertenecientes a otras patologías (e.g., depresión, ansiedad general, abuso del alcohol, etc.) agravan la severidad de las respuestas de ansiedad, incrementan el deterioro académico y laboral e influyen de forma negativa en la respuesta del sujeto al tratamiento psicológico (Lepine y Pelissolo, 1998; Liebowitz, 1985; Roca y Baca, 1998).

Estudios recientes (Magee, Eaton, Wittchen *et al.*, 1996) indican que el 56.9% de los sujetos diagnosticados de fobia social, presentan al menos un trastorno de ansiedad, destacando las fobias específicas (7.7%), la agorafobia (7.1%), el trastorno de pánico (4.8%), otros trastornos de ansiedad (3.8%) y el trastorno por estrés postraumático (2.7%). Por otro lado, el 41.4% de los pacientes fóbicos han sufrido a lo largo de su vida al menos un trastorno afectivo, tales como depresión mayor (3.7%) o distimia (3.1%). A este respecto, las conclusiones acerca de cuál de los trastornos es más común son diversas; así, Angst (1993) y Wittchen, Stein y Kessler (1999) indican que la distimia es más frecuente que la depresión mayor, mientras que otros autores afirman lo contrario (Canino, Bird, Shrout *et al.*,

1987; Kessler, Stang, Wittchen *et al.*, 1999). Wittchen *et al.* (1999) aportan una diferenciación en cuanto a la frecuencia del trastorno afectivo, atendiendo a que se trate de sujetos fóbicos generalizados o no generalizados (específicos), de modo que los primeros muestran tasas de comorbilidad con la distimia superiores a las de depresión; mientras que en los segundos ocurre lo contrario. Respecto de la relación entre abuso de alcohol y fobia social, se ha constatado que la tasa de abuso es más elevada en sujetos con fobia social (entre un 25% y un 45%) que en sujetos con otros trastornos de ansiedad (Amies, Gelder y Shaw, 1983; Kushner, Sher y Beitman, 1990), quizás debido a que éstos, en muchos casos, utilizan la bebida o el consumo de drogas como un medio de resolver su problema, como forma de desinhibirse en situaciones sociales y así favorecer comportamientos prosociales. También se ha estudiado la relación entre fobia social y otras patologías, como el trastorno de personalidad dependiente, la personalidad obsesivo-compulsiva y la paranoica, situándose éstas entre un 15-30% de los fóbicos sociales (Jansen, Arntz, Merkelbach y Mersch, 1994)

Estudios recientes han examinado cuál es el orden cronológico de aparición de los trastornos psicopatológicos; es decir, si es la fobia social o bien son los trastornos de ansiedad, ánimo, abuso de sustancias y de personalidad los que tienen un comienzo anterior. Los resultados han indicado que la fobia social precede a la mayor parte de los trastornos comórbidos, a excepción de las fobias específicas y los trastornos de personalidad (Rappaport, Paniccia y Judd, 1995).

La evaluación de la fobia social se ha llevado a cabo con diferentes sistemas de medida: entrevistas, autoinformes, autorregistros, tests de observación conductual y registros psicofisiológicos. Mediante estos instrumentos se ha pretendido no sólo evaluar la fobia social sino también analizar algunas dimensiones de la personalidad (autoestima y asertividad) y variables psicopatológicas (inadaptación, ansiedad, depresión, abuso de sustancias), debido a la implicación directa de las mismas en dicho problema (Echeburúa, 1995). En unos casos, se ha llegado al descubrimiento de alguna patología añadida, en otros, se han evaluado los síntomas clínicos y comprobado su mejoría tras la intervención.

Los tratamientos psicológicos más utilizados para este problema han sido las técnicas de exposición (Exp), el entrenamiento en habilidades sociales (HHSS), el entrenamiento en relajación, las técnicas cognitivas o combinaciones entre éstas. Recientemente se han realizado varias revisiones sobre la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la fobia social. De algunas de ellas (Heimberg y Juster, 1995; Mattick, Page y Lampe, 1995) se desprende que la técnica más utilizada es la Exp, seguida de HHSS y la reestructuración cognitiva (RC), alcanzando todas ellas resultados positivos. Sin embargo, otras revisiones y estudios recientes (Feske y Chambles, 1995; Gould, Buckminster, Pollack *et al.*, 1997; Marks, 1995; Otto, 1999) coinciden en que los procedimientos más eficaces son la Exp y la combinación de ésta con RC. No todos los estudios concluyen de igual modo; así, otros autores indican que la terapia cognitiva no añade nada a la Exp (Mersch, 1995), o que las técnicas de Exp, RC y HHSS no son diferentes en eficacia (Méndez, Sánchez y Moreno, 2001). Por otro lado, también se ha podido destacar el formato grupal frente al individual (Barret, 1998; Otto, 1999) y el aumento de la mejora de los resultados del postest al seguimiento (Moreno, Méndez y Sánchez, 2000). En lo que a los tratamientos psicofarmacológicos se refiere, distintos estudios sugieren que la fobia social puede remitir ante modalidades de esta intervención (Potts y Davidson, 1995). Se han utilizado fármacos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) tanto reversibles como irreversibles, betabloqueantes, benzodiacepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), etc., destacando la mayor eficacia de los IMAO frente al resto (Lydiard, Brawman-Minstzer y Ballenguer, 1996), aunque deben tenerse en cuenta los efectos secundarios de los mismos. Los estudios que se han centrado en la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos son muy escasos. En el meta-análisis de Gould, Buckminster, Pollack *et al.* (1997) no se encontraron diferencias entre la terapia cognitivo-conductual y los tratamientos farmacológicos, destacando de entre los últimos, los ISRS y las benzodiacepinas. Un estudio posterior (Heimberg, Liebowitz, Hope *et al.*, 1998) concluyó que la fenilzina (IMAO) era tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual, e incluso podía ser superior a ésta. No obstante, los resultados no son claros

y es preciso realizar nuevos estudios que investiguen la interacción entre psicofármacos y terapia cognitivo-conductual.

El objetivo del presente estudio es analizar los beneficios que las intervenciones conductuales¹ y farmacológicas de la fobia social pueden ejercer sobre síntomas clínicos colaterales a los de la propia fobia social (depresión, ansiedad, inadaptación) y sobre variables de personalidad (autoestima y asertividad). Esta revisión meta-analítica resulta novedosa por las siguientes razones: (1) La revisión se centra exclusivamente en muestras europeas para lograr una mayor homogeneidad en los estudios, (2) se centra en el estudio de la eficacia del tratamiento de la fobia social en variables clínicas colaterales y en rasgos de personalidad; (3) se dedica una atención especial a la mejora de los síntomas depresivos, y (4) se aplican técnicas estadísticas meta-analíticas más potentes que las utilizadas en meta-análisis previos.

2. MÉTODO

2.1 Selección de los estudios

Para ser incluidos en el meta-análisis, los estudios tenían que cumplir con los siguientes criterios: (a) haberse realizado en el período 1980-2001; (b) 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 (fóbicos sociales); (d) presentar datos sobre variables clínicas y de personalidad; (e) aplicar algún tratamiento conductual y/o farmacológico; (f) incluir medidas pretest y postest, 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.

1 Aunque nuestro propósito inicial era incluir todo tipo de tratamientos psicológicos, el proceso de búsqueda de los estudios nos llevó a localizar exclusivamente intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales, por lo que el alcance del meta-análisis quedó limitado a estos dos enfoques psicológicos.

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, Buckminster, Pollack *et al.*, 1997; Méndez *et al.*, 2001; Moreno *et al.*, 2000; Taylor, 1996). Finalmente, se revisaron las referencias de los estudios recuperados.

El proceso de búsqueda supuso la consulta de más 1250 referencias, que nos permitió identificar y recuperar 15 artículos que cumplieron con los criterios de selección, lo que supuso un total de 38 estudios independientes, 28 de los cuales fueron grupos de tratamiento y los 10 restantes grupos de control. Los artículos seleccionados estaban escritos en inglés y castellano. Cuatro países europeos estaban representados en la muestra: Holanda (47.1%), Gran Bretaña (21.1%), España (15.8%) y Suecia (15.8%). En total, el meta-análisis recogió datos de 454 sujetos en el pretest (tratados y de control) que, con una mortalidad media en torno al 3.5%, se redujeron a 440 en el postest y a 136 en el seguimiento.

2.2 Codificación de los estudios

Con objeto de examinar el influjo de los tratamientos de la fobia social sobre síntomas clínicos y variables de personalidad, clasificamos los resultados de los estudios distinguiendo entre los siguientes síntomas clínicos: depresión, ansiedad, medidas de fobia social y adaptación. Las variables de personalidad que se registraron fueron autoestima y asertividad. Así mismo, se registraron los resultados obtenidos con los instrumentos de medida más comunes, los cuales se comentarán más adelante.

Además de las diferentes variables de resultado registradas, se codificaron aquellas características de los estudios que pudieran dar cuenta de la heterogeneidad de los TEs, para lo cual se aplicó sobre cada estudio un protocolo de codificación que incluyó variables moduladoras 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 (conductual vs. farmacológico). Para caracterizar las intervenciones conductuales se codificaron: (b) la técnica de intervención (Exp, RC y HHSS), 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) su coincidencia 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 tipo de principio activo (antidepresivo, ansiolítico y betabloqueante); (t) el tipo de antidepresivo (IMAO, ISRA, ISRSA); (u) el tipo de ansiolítico (benzodiazepínico y 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) la edad media de la muestra (en años); (b) el género de la muestra (% de hombres); (c) el estado civil (divorciado, casado, soltero o bien una mezcla de estas categorías); (d) la historia de la fobia social (nº medio de años de padecimiento del problema); (e) el haber estado anteriormente bajo tratamiento, y (f) 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-postest de un solo grupo, pretest-postest con grupos no equivalentes y pretest-postest con grupos equivalentes); (b) el tipo de asignación de los sujetos a los grupos (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 postest; (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-postest, uso de escalas normalizadas y homogeneidad 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 la fuente de publicación (publicado vs no publicado)².

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 la diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del postest, dividida por la desviación típica del pretest³. Valores posi-

2 Puede solicitarse al primer autor el manual de codificación de las variables moduladoras, así como toda la base de datos meta-analítica.

3 La diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del postest se obtuvo mediante (Morris y DeSohn, 2002):

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

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

tivos 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 reportadas 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: (a) el tipo de constructo psicológico medido (fobia social, ansiedad, depresión, inadaptación, asertividad y autoestima) y (b) el tipo instrumento de evaluación utilizado, siempre y cuando existiera un mínimo de cuatro estudios: *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz* (Liebowitz, 1987), *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), *Escala de Depresión de Hamilton, HDRS* (Hamilton, 1969) y *Symptom Checklist, SCL-90* (Derogatis, 1977). En consecuencia, de cada estudio pudieron obtenerse hasta un total de 16 índices d en el postest y 6 en el seguimiento que, al ser dependientes entre sí, se 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^4 . Partiendo de este esquema de ponderación, se calculó el TE medio para todos los estudios en

⁴ La varianza del índice d se obtiene mediante (Morris y DeSohn, 2002):

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

siendo n el tamaño muestral.

función del tipo de constructo medido y del tipo de instrumento, 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 moduladoras 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 38 estudios meta-analizados, diez fueron grupos de control (activos e inactivos), siete incluyeron sólo tratamiento farmacológico y los 21 estudios restantes aplicaron algún tipo de intervención conductual, siendo la mayoría de ellos estudios que aplicaron técnicas de Exp junto con RC (10 estudios), Exp sola (8 estudios), RC sola (2 estudios) y HHSS sola (un estudio).

Las intervenciones conductuales se caracterizaron por ser, en general, homogéneas (90.5%), incluir tareas para casa (100%), llevar programa de seguimiento (50%), no utilizar agentes externos (100%), ser intervenciones directas (100%), con entrenamiento grupal (57.1%), soporte mixto (100%) y de tipo directo (88.9%), con una duración mediana de 7 semanas (rango: 4-12 semanas), a razón de unas 2 horas de intervención por semana (rango: 1-3.12 horas) y con una intensidad total de unas 17 horas por sujeto (rango: 7-37.5 horas). El 70% de los terapeutas fueron psicólogos con gran experiencia en este tipo de problemas (68.4%). Los 7 estudios que incluyeron tratamiento farmacológico lo hicieron con antidepresivos (6 estudios) y ansiolíticos (un 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 hospitales (60%) y universidades y centros de salud (20%).

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 33 años (rango: 26.7-41.6 años) y 14.4 años de padecimiento del trastorno (rango: 7.3-22.2 años), siendo el 51.6% sujetos varones en promedio (rango: 30%-82.35%), casados (40.7%) y trabajadores (62.5%) que padecían fobia social generalizada en mayor proporción (58.3%). La mayor parte de los estudios (81.8%) mezclaron en un mismo grupo sujetos que habían recibido tratamiento previo junto a otros que no lo habían recibido.

El tipo de diseño más utilizado fue el experimental (81.6%), implicando asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de intervención. La mayoría de los estudios reclutaron a los sujetos a petición propia (20.7%) o bien combinando esta estrategia con la de "a instancias del experimentador" (58.7%). Los tamaños muestrales de los grupos fueron, en promedio, de 26 sujetos en el pretest, 25 en el postest y 16 en el seguimiento. La mortalidad experimental estuvo en torno al 3.5% para el postest (rango: 0-25%). Finalmente, la puntuación media de calidad de los estudios se situó en el valor 7 sobre una escala de 0 a 9 (rango: 5.5-8).

Con respecto a las variables extrínsecas, cabe mencionar que todos los estudios incluidos en el meta-análisis se obtuvieron de artículos publicados en revistas cuyo primer firmante del trabajo fue psicólogo (63.2%). Por último, la mayoría de los estudios meta-analizados fueron posteriores a 1990.

La ausencia de estudios no publicados en el meta-análisis podía suponer una amenaza contra la validez de nuestras conclusiones, por lo que se calculó el índice de tolerancia a los resultados nulos (Orwin, 1983). Tomando la medida de la depresión como la medida de resultado principal, encontramos que para anular los resultados de eficacia obtenidos con los 15 artículos incluidos en nuestro meta-análisis deberían existir unos 140 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 desechar el sesgo de publicación como una posible amenaza contra la validez de nuestra investigación.

3.2 La efectividad global

Los resultados de eficacia fundamentales se obtuvieron a partir de las escalas o medidas directas e indirectas que evaluaban el constructo depresión, ya que fue ésta la variable clínica que con mayor frecuencia se reportó en los estudios como medida complementaria a las propias de la fobia social. No obstante, también se analizaron los TEs para la mejora de la ansiedad, las medidas de fobia social, inadaptación, asertividad, autoestima y otros constructos psicopatológicos generales (estos últimos medidos con la escala *Symptom Checklist, SCL-90* de Derogatis, 1977). Las escalas más frecuentemente utilizadas fueron: *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz* (Liebowitz, 1987), *Fear Questionnaire, FQ* (Marks y Mathews, 1979), *Inventario de Ansiedad y Fobia Social, SPAI* (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989), *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI* (Spielberger et al., 1970), *Escala de Adaptación de Echeburúa* (Echeburúa y Corral, 1987), *Inventario de Depresión de Beck, BDI* (Beck, Ward, Mendelson et al., 1961), *Escala de Depresión y Ansiedad de Hamilton, HDRS* (Hamilton, 1969), *Symptom Checklist, SCL-90* (Derogatis, 1977), *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965) y *Escala de Asertividad de Rathus, RAS* (Rathus, 1973).

La tabla 1 presenta los resultados globales obtenidos por los grupos de tratamiento y por los grupos de control para los diferentes constructos psicológicos medidos y para los instrumentos de medida más frecuentemente utilizados. Según se observa en la tabla, las intervenciones alcanzaron, en general, TEs de magnitudes media y alta, siguiendo la clasificación de Cohen (1988),⁵ y destacando, como era de esperar, las medidas de la fobia social (posttest: $d_+ = 0.975$; seguimiento: $d_+ = 0.974$), seguidas de adaptación (posttest: $d_+ = 0.874$; seguimiento: $d_+ = 1.629$), aunque en este último caso fueron muy escasos los estudios que registraron esta variable. En cuanto

5 Según Cohen (1988), cuando el índice del TE utilizado es la diferencia media tipificada, d , valores en torno a 0.20, 0.50 y 0.80 pueden considerarse, orientativamente, de magnitud baja, media y alta, respectivamente.

Tabla 1.- Resultados de efectividad global según el tipo de constructo, el tipo de instrumento y el momento temporal (postest y seguimiento)

	Grupos de tratamiento						Grupos de control					
	<i>k</i>	<i>d.</i>	<i>Li</i>	<i>Ls</i>	<i>Q</i>	<i>p</i>	<i>k</i>	<i>d.</i>	<i>Li</i>	<i>Ls</i>	<i>I. de C. Al 95%</i>	
Constructos psicológicos												
Depresión (postest)	27	0.569	0.469	0.669	70.533	.0001	9	0.211	0.083	0.339		
Depresión (seguimiento)	14	0.560	0.397	0.724	14.271	.0429	1	0.104	-2.022	2.230		
Ansiedad (postest)	14	0.623	0.453	0.794	43.916	.0006	3	0.341	-0.049	0.911		
Ansiedad (seguimiento)	5	0.536	0.238	0.834	11.259	.0464	1	0.130	-1.996	2.256		
Fobia social (postest)	27	0.975	0.841	1.109	78.841	<.0001	6	0.434	0.218	0.649		
Fobia social (seguimiento)	14	0.974	0.770	1.178	66.113	<.0001	1	0.272	-1.892	2.436		
Adaptación (postest)	4	0.874	0.499	1.108	0.030	.9998	-	-	-	-		
Adaptación (seguimiento)	3	1.629	1.008	2.251	0.587	.8994	1	0.171	-1.974	2.316		
Asertividad (postest)	4	0.630	0.294	0.967	2.636	.6205	-	-	-	-		
Asertividad (seguimiento)	4	0.829	0.484	1.173	0.785	.9404	1	0.101	-2.034	2.237		
Autoestima (postest)	3	0.485	0.081	0.889	1.736	.6288	-	-	-	-		
Autoestima (seguimiento)	4	0.737	0.284	1.190	3.771	.2872	-	-	-	-		
Instrumentos en el postest												
Ansiedad Social de Liebowitz	6	1.121	0.911	1.510	29.8350	<.0001	-	-	-	-		
Depresión de Hamilton	4	0.691	0.456	0.925	28.2281	<.0001	-	-	-	-		
Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger et al.	6	0.761	0.480	1.043	13.6153	.0342	-	-	-	-		
Symptom Checklist, SCL-90 de Derogatis	15	0.576	0.396	0.756	58.9265	<.0001	3	0.278	-1.003	2.357		

k: Número de estudios. *d.*: Tamaño del efecto medio. *Li* y *Ls*: Límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice *d.*; *Q*: Prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno a su media. *p*: Nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba *Q*, asumiendo una distribución Chi-cuadrado de Pearson con *k*-1 grados de libertad.

a la depresión, el TE fue de magnitud media tanto en el postest ($d_+ = 0.569$) como en el seguimiento ($d_+ = 0.560$); esto mismo sucede con la variable ansiedad ($d_+ = 0.623$ en el postest y $d_+ = 0.536$ en el seguimiento), autoestima ($d_+ = 0.485$ en el postest y $d_+ = 0.737$ en el seguimiento) y asertividad ($d_+ = 0.630$ en el postest y $d_+ = 0.829$ en el seguimiento), aunque en estas dos últimas hemos de considerar que el número de estudios incluidos es muy escaso. En cualquier caso, los TEs medios obtenidos en los diferentes constructos clínicos y de personalidad, tanto en el postest como en el seguimiento, reflejan claros beneficios de las intervenciones conductuales y farmacológicas habitualmente utilizadas en el tratamiento de la fobia social, ya que los intervalos de confianza en torno a tales TEs medios son positivos y no incluyen el valor 0.

Respecto de los instrumentos de evaluación, destacan los TEs medios obtenidos con la *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz* ($d_+ = 1.121$), seguida del *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI* ($d_+ = 0.761$), la *Escala de Depresión de Hamilton* ($d_+ = 0.691$), y finalmente, *el Symptom Checklist, SCL-90* ($d_+ = 0.586$).

Centrándonos en los grupos de control, los TEs medios obtenidos en los diferentes constructos son de magnitud baja, aunque positivos, destacando las medidas de la fobia social ($d_+ = 0.434$) y la ansiedad ($d_+ = 0.341$). En la variable depresión el TE medio también es de magnitud baja (postest: $d_+ = 0.211$; seguimiento: $d_+ = 0.104$). No obstante, el escaso número de estudios con grupos de control limita la fiabilidad de las estimaciones de los efectos realizadas.

La tabla 1 presenta también los resultados de las pruebas de homogeneidad de los TEs en torno a sus correspondientes TEs medios. En los grupos de tratamiento se observa cómo las pruebas de homogeneidad alcanzaron resultados estadísticamente significativos ($p < .05$) en las variables depresión, ansiedad y fobia social, tanto en el postest como en el seguimiento, lo que indica que los resultados de eficacia obtenidos en dichos grupos de intervención son claramente heterogéneos entre sí y, en consecuencia, los TEs medios que acabamos de comentar son meramente orientativos, ya que no representan correctamente a todos los estudios. En las variables adaptación, asertividad y autoestima no se obtuvieron resultados significativos, si bien ello pudo deberse al escaso número

de estudios que midieron tales variables (sólo tres o cuatro estudios). En cuanto a los instrumentos de medida más habituales, la tabla 1 también muestra la existencia de una clara y significativa heterogeneidad entre los TEs de los estudios. Estos resultados implican la búsqueda de variables moduladoras que puedan ser responsables de tal heterogeneidad.

3.3 Eficacia diferencial de los tratamientos

De las diversas variables moduladoras codificadas en el meta-análisis, el tipo de intervención es la más relevante. Para llevar a cabo un análisis de la eficacia diferencial de las intervenciones, es preciso disponer de un número suficiente de estudios. De las diferentes variables clínicas y de personalidad incluidas en el meta-análisis la depresión es el constructo que con mayor frecuencia suele ir acompañando a la fobia social y, precisamente por ello, es el que más estudios reportan. Es por ello que centraremos el análisis de la eficacia diferencial de las intervenciones en dicho constructo, dejando en un segundo término las medidas de ansiedad, adaptación, autoestima y asertividad, ya que no están suficientemente representadas en los estudios incluidos en el meta-análisis.

La tabla 2 presenta los TEs medios obtenidos para cada técnica y combinación de técnicas, tanto conductuales como farmacológicas, así como para los grupos de control sobre las medidas de la depresión. Se aplicó un análisis de varianza (por mínimos cuadrados ponderados) sobre las cinco categorías de tratamiento posibles: Exp sola, RC sola, Exp + RC, psicofármacos y no tratamiento (grupos de control). De esta forma, pudimos comprobar la existencia de diferencias significativas entre los diferentes TEs medios [$Q_B(4) = 36.0030$, $p < .0001$], aunque el modelo estaba mal especificado ya que la prueba de homogeneidad global intra-clase también fue significativa [$Q_W(32) = 79.202$, $p < .0001$]. Los mejores resultados de eficacia sobre la depresión, según los TEs medios obtenidos, fueron alcanzados por los tratamientos farmacológicos ($d_+ = 0.729$), seguidos de la Exp ($d_+ = 0.582$) y de la combinación de Exp y RC ($d_+ = 0.432$). Por el contrario, los dos únicos estudios que aplicaron RC

Tabla 2.- TEs medios en función de las técnicas de intervención para las medidas de depresión

Técnicas	k	d_+	I. de C. Al 95%		Q	p
			Li	Ls		
Exp	8	0.582	0.325	0.840	21.2129	.003
RC	2	0.026	-2.510	2.562	0.9180	.338
Exp + RC	10	0.432	0.216	0.647	3.6229	.933
Farmacológica	7	0.729	0.549	0.908	30.2884	.000
No tratamiento (control)	10	0.211	0.083	0.339	23.1597	.005

Exp: Exposición. RC: Reestructuración Cognitiva. d_+ : Tamaño del efecto medio. Li y Ls: Límites confidenciales inferior y superior en torno al índice d_+ . Q: Prueba de homogeneidad intra-clase, que se distribuye según Chi-cuadrado con $k - 1$ grados de libertad. p: Nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q.

Tabla 3.- TEs medios en función de los tipos de antidepresivos para las medidas de depresión

Técnicas	k	d_+	I. de C. Al 95%		Q	p
			Li	Ls		
IMAO	3	1.210	0.458	1.963	3.6583	.0160
ISRS	3	0.614	0.257	0.974	17.1584	.0001

IMAO: Inhibidores de la monoaminoxidasa. ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. d_+ : Tamaño del efecto medio. Li y Ls : Límites confidenciales inferior y superior en torno al índice d_+ . Q : Prueba de homogeneidad intra-clase, que se distribuye según Chi-cuadrado con $k - 1$ grados de libertad. p : Nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q .

sola obtuvieron un TE medio prácticamente nulo ($d_+ = 0.026$), incluso inferior al de los grupos de control ($d_+ = 0.211$). No obstante, este resultado hay que interpretarlo con extrema cautela debido a que tan solo incluye dos estudios.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, de los 7 estudios que informaban de ellos, 6 utilizaron fármacos antidepresivos frente a un solo estudio que utilizó ansiolíticos, destacando, como era de esperar, los antidepresivos ($d_+ = 0.913$) frente a los ansiolíticos ($d_+ = 0.778$). Así mismo, comparamos la eficacia diferencial de los fármacos antidepresivos atendiendo al principio activo, obteniendo mejores resultados con los inhibidores de la monoaminoxidasa – IMAO- ($d_+ = 1.210$) que con los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina -ISRS- ($d_+ = 0.615$). No obstante, hemos de tener en cuenta que en cada categoría sólo contábamos con tres estudios.

Finalmente, es preciso señalar que las pruebas de homogeneidad intra-clase realizadas para cada categoría de tratamiento (ver tabla 2) resultaron estadísticamente significativas para la mayoría de ellas (a excepción de las categorías "RC sola" y "Exp + RC"). Por tanto, además de los tipos de intervención deben estar influyendo en la heterogeneidad de los TEs de los estudios otras variables moduladoras.

3.4 Análisis de otras variables moduladoras

Además de las diferentes tipologías de los tratamientos analizadas en el epígrafe anterior, se aplicaron análisis de varianza y de regresión (por mínimos cuadrados ponderados) para determinar el papel que otras variables moduladoras, de las múltiples que codificamos, pudieran jugar en la heterogeneidad entre los TEs. Comentamos a continuación las que consideramos más relevantes, pero siempre haciendo referencia a las medidas de la depresión como variable de resultado.

Siguiendo con las variables relacionadas con la implementación de los programas, cabe destacar que la intensidad de las intervenciones conductuales presentó una relación positiva con los TEs obtenidos para las medidas de la depresión [$Q_R(1) = 4.693, p = .030$];

por tanto, a más sesiones de tratamiento semanales, mejores resultados. Igual sucedió con la magnitud de la intervención, definida como el número total de horas recibidas por cada sujeto [$Q_R(1) = 6.027$, $p = .014$], por lo que a mayor duración, mayores TEs. En cuanto al modo de entrenamiento, el grupal ($d_+ = 0.604$) alcanzó mejores resultados que el individual ($d_+ = 0.373$) o el mixto ($d_+ = 0.153$). En lo que respecta a los tratamientos farmacológicos, cabe destacar que la dosis administrada también afectó positivamente a los resultados [$Q_R(1) = 12.110$, $p = .0005$], es decir, a mayor dosis diaria, mayores TEs. En cuanto a las características de los terapeutas, los mejores resultados fueron alcanzados por los psiquiatras ($d_+ = 0.846$), seguidos de los psicólogos ($d_+ = 0.379$) y terapeutas mixtos - psicólogos, psiquiatras, educadores, etc.- ($d_+ = 0.312$), ello probablemente debido a que los psiquiatras fueron los responsables de los tratamientos farmacológicos que, como ya se comentó en el epígrafe anterior, alcanzaron los mejores resultados de eficacia. La experiencia de los terapeutas es otra variable influyente en los resultados. Así, los terapeutas de mayor experiencia ($d_+ = 0.587$) alcanzaron mejores resultados que los de experiencia media ($d_+ = 0.167$).

Respecto de las características de los sujetos, nuestros resultados tan sólo apuntan a una mayor efectividad de las intervenciones en sujetos de mayor edad [$Q_R(1) = 5.485$, $p = .019$], que no presentan otros trastornos asociados a la fobia social [$Q_B(1) = 10.232$, $p = .001$].

En cuanto a las características metodológicas de los estudios, el tipo de diseño, clasificado en pretest-postest de un solo grupo vs. diseños de dos grupos, no pudo ser analizado debido a la falta de estudios en dos de las categorías (cuasi-experimental y pre-experimental). Respecto del tipo de grupo de control alcanzaron mayores TEs, como era de esperar, los controles activos ($d_+ = 0.681$) frente a los inactivos ($d_+ = 0.361$); y dentro de los primeros, la píldora placebo ($d_+ = 0.729$) frente al placebo psicológico ($d_+ = 0.312$). El modo de reclutamiento influyó en los resultados, alcanzando los mayores TEs los sujetos que acuden a petición propia ($d_+ = 0.955$) frente a los remitidos por terceros ($d_+ = 0.570$) o a la categoría mixta o combinación de distintos procedimientos ($d_+ = 0.449$).

El resto de variables moduladoras no alcanzaron el criterio de significación estadística, incluyendo variables conceptualmente tan relevantes como la historia del problema, el tipo de fobia social, la duración de la intervención, la comorbilidad, la calidad del estudio o la mortalidad experimental. En algunas de ellas, es posible que la ausencia de significación estadística se deba al escaso número de estudios que reportaron información sobre las mismas.

4. CONCLUSIONES

El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la efectividad de las distintas intervenciones conductuales y farmacológicas utilizadas en pacientes con fobia social y sus repercusiones en variables de tipo clínico (e.g., ansiedad, depresión, inadaptación, etc.) y personal (autoestima y asertividad), desde la hipótesis de que estas variables pueden experimentar mejoras colaterales como resultado de los tratamientos recibidos por los sujetos diagnosticados de fobia social. De todas ellas, hemos puesto el énfasis en la medida de los síntomas depresivos, ya que son los que con mayor frecuencia acompañan a los sujetos diagnosticados de fobia social y, en consecuencia, suelen ser reportados en la mayoría de los estudios de esta naturaleza.

Nuestro estudio nos permite alcanzar varias conclusiones. En primer lugar, hemos observado claros resultados de eficacia, en general, de los tratamientos conductuales y farmacológicos tanto en los síntomas propios de la fobia social como en otros síntomas colaterales que suelen presentar los pacientes fóbicos, tales como depresión, ansiedad, inadaptación, autoestima y asertividad. Como era de esperar, y coincidiendo con los resultados alcanzados en el meta-análisis de Feske y Chambless (1995), los tratamientos han influido más en variables que están muy relacionadas con la fobia social (inadaptación y fobia social), mientras que su impacto ha sido menor en otras variables clínicas (depresión, ansiedad) y de personalidad (autoestima, asertividad). Esto demuestra los efectos específicos de la terapia, que permite alcanzar mejores resultados sobre los constructos más directos que se desean mejorar.

En segundo lugar, hemos observado cómo los autoinformes que medían directamente la fobia social alcanzan los mejores resultados, aunque el resto de instrumentos alcanzan una eficacia de magnitud media. Este dato apoya los resultados antes mencionados que indicaban el efecto directo del tratamiento de la fobia social sobre este constructo y la mejora indirecta sobre otras variables, tanto clínicas como de personalidad. No obstante, consideramos que los investigadores deberían intentar unificar los instrumentos de evaluación a la hora de medir los diferentes constructos, ya que esto favorecería que los resultados, a la hora de hacer revisiones sistemáticas, tanto cualitativas como cuantitativas, fueran más fiables y representativas del problema analizado.

Nuestro principal interés estaba en el influjo que sobre los síntomas depresivos colaterales podían ejercer los tratamientos que habitualmente se aplican sobre los fóbicos sociales. Hemos podido constatar, en primer lugar, una alta heterogeneidad en los TEs de los estudios, que se explica en gran parte por la eficacia diferencial de los tratamientos. En este sentido, hemos encontrado que el tratamiento farmacológico alcanza los mayores efectos sobre la variable depresión frente a los tratamientos conductuales. En concreto, los IMAO llegan a ser muy eficaces en este problema, un resultado esperable ya que directamente están indicados para solucionar este tipo de síntomas. En cuanto a las intervenciones conductuales, encontramos que son las técnicas de Exp las que alcanzan una mayor efectividad en la depresión, incluso mayor que cuando se combinan Exp y RC, o que la RC, que se muestra ineficaz por sí sola para mejorar los síntomas depresivos. Este resultado, que puede parecer contradictorio ya que la RC es uno de los tratamientos de elección en la mejora de la depresión, puede explicarse debido a que dicha técnica, en estos estudios, no ha estado dirigida a solucionar el problema depresivo, sino a paliar los síntomas fóbicos, por lo que el objeto de interés no eran los pensamientos depresivos en sí mismos, sino los fóbicos. El hecho de que la Exp resulte medianamente eficaz en la mejora de la depresión puede explicarse por el hecho de que si el sujeto presenta síntomas depresivos como consecuencia de la fobia social, al mejorar la misma mejora indirectamente la sintomatología depresiva. Por otro lado, sabemos que el

tratamiento de elección de la fobia social es la Exposición (Feske y Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack *et al.*, 1997; Marks, 1995; Otto, 1999). Pero hubiera resultado interesante haber podido localizar estudios que combinaran tratamientos conductuales con farmacológicos, a fin de comprobar si este tipo de combinación es el más adecuado. Se hace preciso, 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 conductuales intensas, con mayor número de sesiones frente a las intervenciones más cortas, llevadas a cabo en grupo. Estos beneficios podrían explicarse, por una parte, debido a que las intervenciones grupales e intensivas implican la exposición 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 y la consiguiente mejora de los síntomas depresivos. Por otra parte, en cuanto al tratamiento farmacológico, también hemos podido comprobar que una dosis de 150 mg al día es la ideal para la mejora de los efectos negativos que conlleva la fobia social (depresión) y que las intervenciones largas e intensas son mejores, ya que los fármacos necesitan un tiempo medio de acción y el mantenimiento de los mismos mejora los síntomas depresivos.

En cuanto a los terapeutas, observamos que los sujetos tratados por psiquiatras con mayor experiencia alcanzan mayores mejorías, resultado que puede ser explicado atendiendo al tipo de intervención que prestan los psiquiatras (farmacológica) y a los resultados mencionados ya anteriormente sobre este tratamiento.

Por otra parte, hemos podido observar una mayor eficacia de las intervenciones en sujetos de mayor edad que no padecen otros trastornos. Esto quizás pueda explicarse por el hecho de que los sujetos fóbicos más jóvenes no reciben en un primer momento tratamiento farmacológico, sino que suelen implicarse más en el psicológico, mientras que los sujetos de mayor edad suelen acudir antes al psiquiatra que al psicólogo a la hora de afrontar el problema. Por tanto, la edad podría estar influida por el tipo de tratamiento (psicológico y farmacológico), análisis que, de haber tenido suficientes datos, podríamos haber llevado a cabo.

En lo que respecta a los aspectos metodológicos de los estudios, hemos de mencionar que no se pudieron hacer comparaciones entre los diferentes tipos de diseño, debido a la falta de datos en las categorías pre-experimental y cuasi-experimental. No obstante, respecto de los grupos de control, hemos observado que todos producen efectos positivos en los sujetos; esto se explica por el tipo de grupo de control utilizado, ya que buena parte de ellos se trataban, bien de placebo farmacológico (cuyos TEs eran los más altos) bien de placebo psicológico. Todo esto indica que este tipo de control, placebo activo, produce mejoras en los sujetos. Otro dato interesante fue el referente al modo de reclutamiento de la muestra, destacando los sujetos que acuden de forma voluntaria o a petición propia frente al resto. Esto podría estar relacionado con la variable motivación que, aunque en un inicio pretendimos evaluar, no nos fue posible debido a la ausencia de datos al respecto en los artículos meta-analizados.

Para finalizar, hemos constatado que se produce un mantenimiento de los efectos entre el postest y el seguimiento, lo cual indica que las estrategias de enfrentamiento que los sujetos tratados practican en su propio medio social son efectivas a la hora de mantener las mejoras en la sintomatología depresiva. En futuros estudios sería conveniente seleccionar muestras de sujetos que presenten sólo fobia social y depresión (esta última diagnosticada mediante el DSM), objetivo que nos propusimos en un inicio pero que resultó imposible de realizar, ya que muchos de los estudios no incluían esta información. Si la fobia social, como ya han mencionado diferentes autores (Angst, 1993; Canino *et al.*, 1987; Kessler *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 1999) está muy relacionada con otros trastornos, las investigaciones en este campo deberían esforzarse por indicar qué patologías presentan y qué instrumentos han utilizado para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- (Los estudios precedidos con un asterisco fueron incluidos en el meta-análisis.)
Allen, M., Hunter, J.E. y Donohue, W. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 53-76.

- *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 edición)*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-IV (4ª edición)*. Washington, D.C.: Autor.
- Amies, P.L., Gelder, M.G. y Shaw, P.M.** (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Angst, J.** (1993). Comorbidity of anxiety, compulsions and depression. *International Clinical of Psychopharmacology*, 8, 21-25.
- ***Baldwin, D., Bobes, J., Stein, D., Scharwachter, I. y Faure, M.** (1999). Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 120-126.
- Barret, P.M.** (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, J.** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- ***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.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martínez, R., Seasman, M. y Guevara, L.M.** (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Chambless, D. y Gillis, M.** (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- 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.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado, Universidad del País Vasco.

- *Fahlen, T. (1995). Personality traits in social phobia II: Changes during drug treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, *56*, 569-573.
- *Fahlen, T., Nilsson, H., Borg, K., Humble, M. y Pauli, U. (1995). Social phobia: The clinical efficacy and tolerability of the monoamine oxidase-A and serotonin uptake inhibitor brofaromine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *92*, 351-358.
- 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.
- 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.
- Hamilton, M. (1969). Standardized assessment and recording of depressive symptoms. *Psychiatrica Neurologia & Neurochirurgia*, *72*, 201-205.
- Hedges, L.V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heimberg, R.G. y Juster, H.R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (Dirs.), *Social phobia: Diagnostic, assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneider, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D.F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 1133-1141.
- Jansen, M.A., Arntz, A., Merckelbach, H. y Mersch, P.P.A. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 391-395.
- Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschlemann, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Kessler, R.C., Stang, P., Wittchen, H.U., Stein, M.B. y Walters, E.E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, *29*, 555-567.

- Kushner, M.G., Sher, K.J. y Beitman, B.D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- Lepine, J.P., y Pelissolo, A. (1998). Social Phobia and alcoholism: A complex relationship. *Journal of Affective Disorders*, 50, S23-S28.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J. y Klein, D.F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Lipsey, M.W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. En H. Cooper y L.V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). Nueva York: Sage.
- Lydiard, R.B., Brawman-Minstzer, O. y Ballenger, J.C. (1996). Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 660-668.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGonagle, K.A. y Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- 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. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research & Therapy*, 23, 365-369.
- Mattick, R.P., Page, A. y Lampe, L. (1995). Cognitive and behavioral aspects. En M.B. Stein (Dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Méndez, F.X., Sánchez, J. y Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Mersch, P.P. (1995). The treatment of social phobia. The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 259-269.
- Moreno, P., Méndez, F.X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: Una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12, 346-352.
- Morris, S. B. y DeSohn, R. P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, 7, 105-125.
- 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.
- Potts, N.L. y Davidson, J.R. (1995). Pharmacological treatments: Literature review. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 334-365). Nueva York: Guilford Press.
- Rappaport, M.H., Paniccia, G., y Judd, L.L. (1995). A review of social phobia. *Psychopharmacological Bulletin*, 31, 125-129.
- Rathus, A. (1973). A 30 items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Roca, M. y Baca, E. (1998). Comorbilidad psiquiátrica. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia social* (pp. 63-96). Barcelona: Masson.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and adolescent self-image*. New Jersey: Princenton University.
- Rosenberg, M.S., Adams, D.C. y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- *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.
- 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.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research & Therapy*, 26, 411-413.
- 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.
- *Van Vliet, I., Den Boer, J. y Westenberg, H. (1994a). Psychopharmacological treatment of social phobia: Clinical and biochemical effects of brofaromine, a selective MAO-A inhibitor. *European Neuropsychopharmacology*, 2, 21-29.
- *Van Vliet, I., Den Boer, J. y Westenberg, H. (1994b). Psychopharmacological treatment of social phobia: A double-blind placebo-controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, 60, 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 of Clinical Psychiatry*, 58, 164-168.
- Wittchen, H.U., Stein, M.B. y Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescent and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- *Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I. Kaiser, G. y Munchau, N. (1990). Exposure in vivo vs social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 181-193.