

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS DE LA FOBIA SOCIAL EN EUROPA: UN ESTUDIO META-ANALÍTICO

ANA ISABEL ROSA ALCÁZAR¹, JULIO SÁNCHEZ MECA², JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ¹ Y JOSÉ ANTONIO LÓPEZ PINA²

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

²Departamento de 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 psicológicas y farmacológicas en la fobia social. Se incluyen un total de 24 artículos europeos que cumplieron con los criterios de selección, dando lugar a 55 estudios independientes, sobre los que se calculó la diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del postest. Los tamaños del efecto en el postest ($d_x = 1.045$) y en el seguimiento ($d_x = 1.105$) reflejaron una clara eficacia de las intervenciones sobre la fobia social, así como sobre los síntomas de depresión, ansiedad, obsesiones, inadaptación y miedo a la evaluación negativa. No se hallaron diferencias significativas entre tratamientos psicológicos y farmacológicos. No obstante, la combinación de reestructuración cognitiva con entrenamiento en habilidades sociales, alcanzó los mejores resultados ($d_x = 1.621$) seguida de los psicofármacos ($d_x = 1.067$). Finalmente, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados.

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

Abstract

In this paper the results of a meta-analysis about the effectiveness of psychological and pharmacological treatment of social phobia are presented. Twenty-four european articles were included that met the selection criteria, offering a total of 55 independent studies, on which the standardized mean difference was calculated between the pretest and posttest means. The global mean effect size at the posttest ($d_x = 1.045$) and at the follow-up ($d_x = 1.105$) showed a clear effectiveness of the different interventions on social phobia, so as on symptoms of depression, anxiety, obsessions, maladjustment, and fear to negative evaluation. There were no significant differences among psychological and pharmacological treatments. However, combining cognitive restructuring with social skills training achieved the best results ($d_x = 1.621$) followed by drugs ($d_x = 1.067$). Finally, the clinical implications of the results are discussed.

Key words: Social phobia; psychological treatments; behaviour therapy; pharmacologic treatment; meta-analysis.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años la fobia social era el trastorno de ansiedad más olvidado y, por tanto, menos investigado (Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985). Tanto es así que, aunque aparece descrita por vez primera vez en un trabajo de Marks (1970), no adquiere entidad diagnóstica hasta la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Son varias las razones por las que se ha tardado en reconocer esta entidad como un problema de salud. Entre ellas destacan: el desconocimiento por parte de los profesionales y de la población general de la existencia de

Esta investigación ha sido financiada por el Programa Sectorial de Promoción General del Conocimiento del Ministerio de Educación y Cultura (Proyecto Nº PB98-0401).

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

un tratamiento eficaz, la renuencia a interactuar con extraños, y por tanto con el terapeuta, que hace que las personas que lo sufren no acudan a servicios clínicos para tratar sus dificultades; la escasa atención de la clase médica a este problema; o las estrategias de afrontamiento que desarrollan los individuos con fobia social que, a menudo, adaptan su estilo de vida a su trastorno (Caballo y Mateos, 2000). En los últimos años este panorama ha cambiado y la investigación se ha incrementado exponencialmente, desarrollándose tanto tratamientos farmacológicos como psicológicos.

En relación a los tratamientos psicológicos, la mayoría de estudios han empleado técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales (HHSS), entrenamiento en relajación, técnicas cognitivas o una combinación de éstas. Recientemente, se han realizado varias revisiones sobre la eficacia de los procedimientos 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 exposición, seguida del entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva (RC), alcanzando todas ellas resultados positivos. Sin embargo, otras revisiones y estudios recientes (Feske y Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack *et al.*, 1997; Marks, 1995; Otto, 1999) coinciden en que los procedimientos más eficaces son la exposición y su combinación con RC. No todos los estudios concluyen de igual modo; así, otros autores indican que la terapia cognitiva no añade nada a la exposición (Mersch, 1995), o que las técnicas de exposición, 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).

Respecto a los tratamientos psicofarmacológicos, 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, benzodiazepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), etc., destacando la mayor eficacia de los IMAO frente al resto (Lydiard, Brawman-Mintzer y Ballenger, 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 *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 benzodiazepinas. Un estudio posterior (Heimberg, Liebowitz, Hope *et al.*, 1998) concluyó que la fenelzina (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 estimar la eficacia de las intervenciones psicológicas y farmacológicas en pacientes que sufren fobia social (específica y/o generalizada), así como determinar las variables moderadoras de la eficacia terapéutica en este problema en el contexto europeo. Esta revisión meta-analítica resulta novedosa debido a las siguientes razones: (1) La revisión se centra exclusivamente en muestras europeas, (2) las intervenciones utilizadas pueden pertenecer tanto al modelo cognitivo-conductual como a otros modelos teóricos (dinámico, humanista, etc.) o tratarse de intervenciones farmacológicas; (3) se analizan variables de interés teórico, como tipo de fobia social, tipo de psicofármaco, etc., que antes no habían sido meta-analizadas; (4) incluye diferentes tipos de medidas relacionados con las descripciones de este problema, y (5) se aplican simultáneamente dos modelos estadísticos de meta-análisis: los modelos de efectos fijos y de efectos aleatorios, con objeto de examinar la consistencia de los resultados. Nuestro meta-análisis no pretende ser una mera réplica de los ya publicados sobre este problema. En primer lugar, limitamos el período de búsqueda hasta el año 1980 con objeto de evitar en la medida de lo posible solapamientos con los meta-análisis previos. En segundo lugar, dirigimos la búsqueda a la literatura europea con objeto de lograr mayor homogeneidad en las características de las

intervenciones y de las muestras de sujetos. Y en tercer lugar, ningún meta-análisis previo ha comprobado la consistencia de sus resultados aplicando modelos de efectos fijos y aleatorios a sus datos.

MÉTODO

Selección de los estudios

Los criterios conceptuales y metodológicos que nos permitieron incluir con rigor un informe de investigación fueron los siguientes: (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 adulta estudiada; (d) aplicar algún tratamiento psicológico o farmacológico; (e) incluir medidas pretest y postest, y algún seguimiento opcionalmente; (f) ser un diseño de grupo/s, excluyéndose los diseños de caso único; (g) aportar datos estadísticos suficientes para el cálculo del tamaño del efecto, y (h) 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, MedLine, PsycDoc y CSIC -ISOC-, comprendiendo los años 1980-2001, con la palabra-clave «social phobia» buscada en el título, en el abstract y en las palabras-clave, y excluyendo las direcciones de contacto de los principales países no europeos (USA, Canadá, Australia, 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 y Chambless, 1995; Gould *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 de 1500 referencias, que nos permitió identificar y recuperar un total de 24 artículos que cumplieron con los criterios de selección, lo que supuso un total de 55 estudios independientes, 42 de los cuales fueron grupos de tratamiento y los 13 restantes grupos de control. Los artículos seleccionados estaban escritos en inglés y castellano y procedían de cinco países europeos: Holanda (49%), España (22%), Gran Bretaña (15%), Suecia (12%) e Italia (2%). En total, el meta-análisis recogió datos de 749 sujetos en el pretest (tratados y de control) que, con una mortalidad media en torno al 6,26%, se redujeron a 688 en el postest y a 76 en el seguimiento más largo.

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, farmacológico o mixto. Para caracterizar las intervenciones psicológicas se codificaron: (b) la técnica de intervención (exposición, 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 (n° de horas por semana que recibió cada sujeto) y (n) la magnitud de la intervención (n° 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 tipo de principio activo (antidepresivo, ansiolítico y betabloqueante); (t) el tipo de antidepresivo (IMAO, ISRS, ISRSA); (u) Tipo de ansiolítico (benzodiazepínico y no benzodiazepínico); (v) la duración del tratamiento (n° 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 y mixto); (d) la historia de la fobia social (n° medio de años de padecimiento del problema en la muestra); (e) el hecho de 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) la asignación aleatoria a los grupos de intervención; (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)¹.

Cálculo del tamaño del efecto

Se utilizó como índice del tamaño del efecto 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 pretest; es decir:

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

siendo $c(m) = 1-3/(4n-5)$ el factor de corrección del sesgo positivo que sufre este índice para tamaños muestrales pequeños. 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

¹Puede solicitarse al primer autor el manual de codificación de las variables moderadoras, así como toda la base de datos meta-analítica.

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 con la media del seguimiento más largo.

Los estudios presentaron de forma rutinaria múltiples variables de resultado. Para cada una de ellas se calculó el índice d y, a continuación, se promediaron en función de los siguientes criterios de clasificación: (a) por el tipo de constructo psicológico medido (fobia social, ansiedad, depresión, obsesión, inadaptación, miedo a la evaluación negativa y otros problemas) y (b) por el modo de registro (autoinformes y autorregistros). No pudimos hallar los tamaños del efecto para los registros de observación por un asesor independiente y registros psicofisiológicos por falta de datos. En consecuencia, de cada estudio pudieron obtenerse hasta un total de 9 índices d en el postest y otros 9 índices d en el seguimiento que, al ser dependientes entre sí, se meta-analizaron por separado.

Análisis estadístico

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

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

Partiendo de este esquema de ponderación, se calculó el tamaño del efecto medio global para todos los estudios en función del tipo de constructo medido 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. Con objeto de examinar la consistencia de los análisis, se aplicaron dos modelos de análisis: el modelo de efectos fijos y el de efectos aleatorios. Los modelos de efectos fijos y aleatorios difieren en la concepción de la población de estudios de partida. En el modelo de efectos fijos se asume que los estudios incluidos en el meta-análisis están estimando a un mismo, y único, tamaño del efecto paramétrico, d , por lo que la única variabilidad asumida es la debida a error de muestreo aleatorio, $Var(d)$, es decir, al hecho de que los estudios utilizan muestras de sujetos diferentes. En el modelo de efectos aleatorios se asume que los estudios estiman a una distribución de tamaños del efecto paramétricos en la población, que sigue una ley normal $N(md, sd^2)$ por lo que, además de la variabilidad debida al error de muestreo, $Var(d)$, hay que contemplar también la variabilidad inter-estudios, sd^2 . En consecuencia, mientras que en el modelo de efectos fijos el factor de ponderación de cada índice d viene determinado exclusivamente por la varianza intra-estudio, $w = 1/Var(d)$, en el de efectos aleatorios el factor de ponderación se define como $w = 1/[Var(d) + sd^2]$. Las consecuencias de asumir uno u otro modelo afectan al grado de generalización de los resultados del meta-análisis. En el modelo de efectos fijos, la generalización se limita a la población de estudios de características similares a los incluidos en el meta-análisis. En el modelo de efectos aleatorios, por el contrario, los resultados pueden generalizarse a una población mayor de posibles estudios (Hedges y Vevea, 1998). Todos

los análisis se realizaron con los programas *SPSS 11.0* (2001) y *MetaWin 2.0* (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

RESULTADOS

De los 55 estudios meta-analizados, 10 fueron grupos de control (activos e inactivos), siete incluyeron sólo tratamiento farmacológico y cinco estudios no tuvieron en cuenta la variable fobia social, sino otro tipo de constructo, por lo que no fueron incluidos en el análisis de las intervenciones. Los 33 estudios restantes aplicaron algún tipo de intervención psicológica, siendo la mayoría de ellos estudios que aplicaron técnicas de exposición solas (10 estudios), exposición junto a RC (10 estudios), RC sola (4 estudios), HHSS solas (3 estudios), HHSS y RC (3 estudios), y exposición con HHSS y RC (3 estudios).

Las intervenciones con tratamiento psicológico se caracterizaron por ser, en general, homogéneas (92%), directas (97%), con entrenamiento grupal (60%), soporte mixto (85%) y directo (81%), con una duración mediana de 8,6 semanas, a razón de 3,2 horas de intervención por semana y con una intensidad total de unas 17 horas por sujeto. El 83% de los terapeutas fueron psicólogos con gran experiencia en este tipo de problemas (58%). 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 la universidad (42%) y en hospitales (24%).

Las muestras de sujetos analizadas se caracterizan por pertenecer a población clínica adulta, siendo el DSM en sus distintas versiones el único criterio diagnóstico utilizado; aunque 5 de los estudios no especificaron el instrumento diagnóstico aplicado, éstos fueron incluidos en el meta-análisis porque aportaban indicios suficientes para considerar a los sujetos como pertenecientes a población clínica. Las muestras presentaron una edad media de 31 años y 13,4 años de padecimiento del trastorno, siendo el 96% muestras mixtas (varones y mujeres), y siendo el 34% sujetos casados que padecían fobia social generalizada (67%). La mitad de los estudios indican la presencia de comorbilidad con otros trastornos (por ej., depresión, otras fobias, ansiedad generalizada, etc.). Por otro lado, la mayor parte de los estudios (64%) incluyen sujetos dentro de un mismo grupo que han recibido tratamiento previo junto a sujetos que no han recibido ningún tratamiento anterior.

El tipo de diseño más utilizado fue el experimental (71%), implicando asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de intervención. La mayoría de los estudios reclutaron a los sujetos a petición propia (31%) o bien combinando esta estrategia con la de «a instancias del experimentador» (40%). Los tamaños muestrales de los grupos fueron, en promedio, de 32 sujetos en el pretest, 31 en el postest y 15 en el seguimiento. La mortalidad experimental estuvo en torno al 6,26% y 8,1% 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 (67,3%), seguido de psiquiatra (32,7%). Por último, la mayoría de los estudios meta-analizados son posteriores a 1990 (91%).

A pesar de que en nuestra investigación pudimos encontrar algunos estudios no publicados (6 estudios), calculamos el índice de tolerancia a los resultados nulos (Orwin, 1983) para asegurar la validez de nuestras conclusiones. Tomando la medida de la fobia social como la medida de resultado principal, encontramos que para anular los resultados de eficacia obtenidos con los 24 artículos incluidos en nuestro meta-análisis deberían existir unos 291 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 amenaza a la validez de nuestros resultados.

La efectividad global

Los resultados de eficacia fundamentales se obtuvieron a partir de las escalas o medidas directas e indirectas que evaluaban la fobia social. No obstante, también se calcularon tamaños del efecto para la mejora de la ansiedad, la depresión, las obsesiones, la inadaptación, el miedo a la evaluación negativa y otros constructos (medido en la *Symptom Checklist Scale, SCL-90* de Derogatis, 1977). Las escalas más frecuentemente utilizadas fueron: la *Escala de Ansiedad Social* de Liebowitz (1987), la *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, FNE* (Watson y Friend, 1969), el *Fear Questionnaire, FQ* (Marks et al., 1977), el *Inventario de Ansiedad y Fobia Social, SPAI* (Turner y Beidel, 1988), la *Escala de Inadaptación de Echeburúa* (Echeburúa y Corral, 1987), el *Inventario de Depresión de Beck, BDI* (Beck, Ward, Mendelson et al., 1961), la *Escala de Depresión y Ansiedad de Hamilton, HDRS* (Hamilton, 1969), y el *Symptom Checklist, SCL-90* (Derogatis, 1977). 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 las medidas de autoinforme y autorregistros.

Tabla 1. Resultados de eficacia según el constructo psicológico medido (fobia social, obsesiones, ansiedad, depresión, inadaptación, miedo a la evaluación negativa y otros) y el modo de registro (autoinformes y autorregistros).

Constructos	Grupos de tratamiento						Grupos de control			
	<i>k</i>	<i>d₊</i>	<i>I. C. al 95%</i>		<i>Q</i>	<i>p</i>	<i>k</i>	<i>d₊</i>	<i>I. C. al 95%</i>	
		<i>Li</i>	<i>Ls</i>					<i>Li</i>	<i>Ls</i>	
Fobia social	40	1.045	0.8931	1.1159	123.2470	< .0001	9	0.4031	0.2187	0.5875
Obsesiones	2	0.402	-0.2639	1.0681	1.1683	.5575	-	-	-	-
Ansiedad	18	0.572	0.4256	0.7176	47.1223	.0002	3	0.4309	-0.0491	0.9109
Depresión	27	0.569	0.4692	0.6690	70.5326	< .0001	7	0.4193	0.1008	0.7378
Inadaptación	7	0.825	0.5948	1.0560	6.8107	.4488	1	0.2423	-1.4312	1.9158
Miedo a la evaluación negativa	13	0.979	0.7992	1.1605	42.3261	< .0001	4	0.2473	-0.0527	0.5473
Otros (SCL-10)	21	0.561	0.4163	0.7063	61.0429	< .0001	4	0.6733	0.2971	1.0495
Medidas										
Autoinforme	40	0.764	0.6733	0.8557	107.4024	< .0001	10	0.2537	0.1259	0.3815
Autorregistro	4	1.345	0.8562	1.8352	16.4765	.0024	-	-	-	-

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, que se distribuye según 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 la fobia social. Según se observa en la tabla, las intervenciones alcanzaron, en general, un tamaño del efecto de magnitud alta, tanto en el postest como en el seguimiento (*d₊* = 1.045 y *d₊* = 1.105, respectivamente), siguiendo la clasificación de Cohen (1988). Atendiendo a los tipos de instrumentos de evaluación, destacan los tamaños del efecto de los autorregistros (*d₊* = 1.345 en el postest y *d₊* = 1.477 en el seguimiento) frente a los autoinformes (*d₊* = 0.764 en el postest y *d₊* = 0.941 en el seguimiento). No obstante, se observa una clara heterogeneidad entre los resultados en las distintas medidas [Fobia social: *Q*(39) = 123.247, *p* < .0001; Autoinformes: *Q*(39) = 107.4024, *p* < .0001; Autorregistros: *Q*(3) = 16.4765, *p* = .0024]. En los grupos de control, los

tamaños del efecto para las medidas de fobia social son bastante más bajos ($d_+ = 0.403$ en el postest y $d_+ = 0.491$ en el seguimiento), al igual que sucede con los autoinformes ($d_+ = 0.254$ en el postest y $d_+ = 0.331$ en el seguimiento). No pudimos hallar los tamaños del efecto de los autorregistros en el grupo de control por falta de datos.

Los datos que acabamos de presentar asumen el modelo de efectos fijos. El tamaño del efecto medio obtenido de forma global para la fobia social partiendo del modelo de efectos aleatorios arrojó un valor similar, aunque ligeramente superior ($d_+ = 1.146$), alcanzándose heterogeneidad en torno a dicha media [$Q(39) = 58.2709$, $p = .0309$].

En cuanto a otros constructos medidos, hemos podido observar cómo en la mayoría de ellos, el tamaño del efecto es inferior al obtenido con las medidas de fobia social; en concreto, en depresión ($d_+ = 0.569$ en el postest y $d_+ = 0.560$ en el seguimiento), en obsesiones ($d_+ = 0.402$ en el postest y $d_+ = 0.488$ en el seguimiento), en ansiedad ($d_+ = 0.572$ en el postest y $d_+ = 0.561$ en el seguimiento) y en otros constructos -SCL-90- ($d_+ = 0.561$ en el postest y $d_+ = 0.662$ en el seguimiento). Sin embargo, se obtuvieron mejores resultados en las medidas de inadaptación ($d_+ = 0.825$ en el postest y $d_+ = 1.426$ en el seguimiento) y en las de miedo a la evaluación negativa ($d_+ = 0.979$ en el postest y $d_+ = 1.204$ en el seguimiento), siendo en algunas de estas variables (como podemos ver en la tabla 1) los resultados homogéneos y en otras heterogéneos.

Eficacia diferencial de los tratamientos

Una vez comprobada la existencia de una clara efectividad global de las intervenciones sobre la fobia social, el paso siguiente consistió en analizar la eficacia diferencial de las diferentes técnicas de intervención, así como sus combinaciones entre ellas. A partir de este punto centramos nuestra atención en la medida global de la fobia social. La Tabla 2 presenta los tamaños del efecto medios obtenidos para cada técnica y combinación de técnicas, tanto psicológicas como farmacológicas y grupo de control.

Tabla 2. Tamaños del efecto medios en función de las técnicas de intervención.

Técnicas	k	d_+	I. C. al 95%		Q_{wi}	p
			Li	Ls		
Exposición	10	0.9875	0.7226	1.2524	24.7280	.0032
Reestructurac. cognitiva	4	0.4516	-0.0167	0.9199	2.1175	.5483
Habilidades sociales	3	1.0415	0.2107	1.8723	0.6827	.7108
Farmacológicas	7	1.0667	0.7803	1.3531	33.2804	.5488
No tratamiento (control)	10	0.4031	0.2187	0.5875	39.1732	.0000
Exp + RC	10	0.9751	0.7083	1.2420	19.6670	.0200
RC + HHSS	3	1.6206	0.7463	2.4949	4.5010	.1053
Exp + RC + HHSS	3	1.3220	0.8651	1.8453	4.5314	.0332

Exp: Exposición. RC: Reestructuración Cognitiva. HHSS: Habilidades sociales. d_+ : Tamaño del efecto medio. Li y Ls: Límites confidenciales inferior y superior en torno al índice d_+ . Q_{wi} : 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_{wi} .

Un primer examen de estos resultados revela que todas las categorías de tratamiento, a excepción de las técnicas de RC, alcanzaron tamaños del efecto medios claramente efectivos, como lo demuestra el hecho de que los límites confidenciales de los correspondientes intervalos de confianza fueran ambos positivos. Un resultado importante fue que los 10 grupos de control presentaron un tamaño del efecto medio significativo ($d_+ = 0.403$), lo que demuestra la existencia

de factores inespecíficos en el tratamiento de la fobia social que deben ser tomados en consideración. Aunque los cuatro estudios que aplicaron técnicas de RC solas presentan un tamaño del efecto medio ligeramente superior al de los grupos de control ($d_+ = 0.452$), no alcanzaron la significación estadística debido al escaso número de estudios.

Para comprobar si existe eficacia diferencial entre las categorías de intervención, se aplicó un análisis de varianza sobre las tres principales categorías de tratamiento psicológico (exposición, RC, HHSS) y sus combinaciones, el tratamiento farmacológico y los grupos de control. De este modo, pudimos comprobar la existencia de diferencias significativas entre los diferentes tamaños del efecto medios [$Q_B(7) = 60.0117, p < .0001$], si bien el modelo está mal especificado, ya que la prueba de homogeneidad global intra-clase fue significativa [$Q_W(41) = 128.6811, p < .001$]. Resultados similares se obtuvieron aplicando el modelo de efectos aleatorios. Estos resultados indicaban un mayor tamaño del efecto cuando se aplicaba RC junto a HHSS ($d_+ = 1.621$), seguido de la combinación de exposición junto a HHSS y RC ($d_+ = 1.322$) y psicofármacos ($d_+ = 1.067$). No obstante, los resultados obtenidos en las combinaciones de técnicas psicológicas hay que tomarlas con extrema cautela por el escaso número de estudios disponibles (sólo tres estudios en cada una de ellas).

Para comparar las diferencias entre las técnicas aplicamos un análisis de comparaciones a posteriori controlando la inflación de la tasa de error Tipo I mediante el procedimiento de Bonferroni. Al comparar cada técnica pura con la categoría de los grupos de control encontramos una eficacia significativa de las técnicas de exposición ($d_+ = 1.322; z = 3.543, p < .05$), pero no de las de RC ($d_+ = 0.452; z = 0.189, p > .05$) ni de las de HHSS ($d_+ = 1.067; z = 1.470, p > .05$), a pesar de que el tamaño del efecto medio para las técnicas de HHSS fue el más alto de las técnicas psicológicas solas. La razón de esta ausencia de diferencias respecto de los grupos de control hay que buscarla en la baja potencia estadística de esta comparación debido al escaso número de estudios que han aplicado esta técnica de forma aislada (sólo tres estudios). Los tratamientos farmacológicos también se mostraron más eficaces que los grupos de control ($d_+ = 1.067; z = 3.813, p < .05$). Por otra parte, las tres categorías que combinan tratamientos psicológicos resultaron más eficaces que los controles: tanto la combinación de técnicas de exposición con RC ($d_+ = 0.975; z = 3.451, p < .05$), como la combinación de RC con HHSS ($d_+ = 1.621; z = 2.670, p < .05$), como la combinación triple de exposición con RC y HHSS ($d_+ = 1.322; z = 3.438, p < .05$). Aparte de estas comparaciones, las que compararon tratamientos activos (psicológicos, farmacológicos y combinación de ellos) entre sí no alcanzaron diferencias significativas. En consecuencia, las diferencias entre los tamaños del efecto medios se deben fundamentalmente a la clara eficacia mostrada por todas las técnicas, a excepción de RC, frente a los controles.

Centrando nuestra atención en los tratamientos farmacológicos, de los siete estudios que informaban de ellos, seis utilizaron antidepresivos por lo que no pudimos comprobar la eficacia de éstos frente a los ansiolíticos. No obstante, sí comparamos la eficacia de los antidepresivos atendiendo a sus diferentes tipos (inhibidores de la monoaminoxidasa -IMAO- o inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina -ISRS) y observamos que había diferencias significativas entre ambos tamaños del efecto, destacando los IMAO ($d_+ = 1.505$) frente a los ISRS ($d_+ = 0.896$). No obstante, hemos de tener en cuenta que en cada categoría sólo contábamos con tres estudios.

Análisis de otras variables moderadoras

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 moderadoras pudieran jugar en la heterogeneidad entre los tamaños del efecto. Destacamos las que consideramos más relevantes.

Siguiendo con las variables relacionadas con la implementación de los programas, cabe destacar que la intensidad de la intervención presentó una relación positiva con la efectividad [$Q_R(1) = 4.6086$,

$p = .0318$]; por tanto a más sesiones de tratamiento semanales, mejores resultados. Igual sucedió con la magnitud del entrenamiento [$Q_R(1) = 4.9231$, $p = .0265$], por lo que a más sesiones por sujeto, mayores tamaños del efecto. En cuanto al modo de entrenamiento, el entrenamiento grupal ($d_+ = 1.135$) alcanza mayores tamaños del efecto que el individual ($d_+ = 0.692$) o el mixto ($d_+ = 0.838$). Respecto del lugar de entrenamiento, destaca el entrenamiento en centros escolares ($d_+ = 1.839$) y en hospitales ($d_+ = 1.279$) frente a centros de salud y la universidad. En cuanto a las características de los terapeutas, mencionar que los mejores resultados fueron alcanzados por los psicólogos ($d_+ = 0.891$) seguidos de los psiquiatras ($d_+ = 0.568$). Centrándonos en los tratamientos farmacológicos, cabe destacar que la dosis administrada afectó positivamente a los resultados [$Q_R(1) = 11.7101$, $p = .0006$], es decir, a mayor dosis diaria, mayores tamaños del efecto.

Respecto de las características de los sujetos, nuestros resultados apuntan a una mayor efectividad de las intervenciones en varones frente a mujeres [$Q_R(1) = 17.6724$, $p < .0001$], en las muestras de sujetos de menor edad [$Q_R(1) = 23.3185$, $p < .0001$], con nivel educativo medio [$Q_B(1) = 10.0757$, $p = .0015$], que no presentan otros trastornos [$Q_B(1) = 10.2323$, $p = .0013$] ni han recibido tratamientos previos [$Q_B(2) = 9.0517$, $p = .01083$].

En cuanto a las características metodológicas de los estudios, el tipo de diseño, clasificado en pretest-posttest de un solo grupo vs. diseños de dos grupos, influyó en la magnitud de los efectos [$Q_B(2) = 2.2972$, $p < .0001$] a favor de los diseños pre-experimentales ($d_+ = 1.294$). El número de sujetos por grupo de tratamiento también afectó a los resultados en sentido negativo; es decir, a menor número de sujetos por grupo, mayor tamaño del efecto [$Q_R(1) = 5.1062$, $p = .0238$]. Por último, la calidad del diseño también influyó en los resultados en sentido negativo [$Q_R(1) = 5.9102$, $p = .0150$], como era de esperar por los datos presentados en investigaciones anteriores.

El resto de variables moderadoras 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 o la mortalidad experimental.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la efectividad de las distintas intervenciones psicológicas y farmacológicas llevadas a cabo en pacientes que sufren fobia social (específica y/o generalizada), así como analizar las variables moderadoras de la eficacia terapéutica en este problema en países europeos.

El meta-análisis llevado a cabo nos permite alcanzar varias conclusiones. En primer lugar, hemos observado claros resultados de eficacia, en general, de los tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social, así como en problemas que pueden ir asociados con ella, tales como la depresión, la ansiedad, el miedo a la evaluación negativa o la inadaptación, si bien los beneficios sobre ellos son de diferente magnitud. Como era de esperar, y coincidiendo con los resultados alcanzados en el meta-análisis de Feske y Chambless (1995), la intervención ha influido más en variables que están muy relacionadas con la fobia social (inadaptación y miedo a la evaluación negativa), mientras que su impacto es menor en otras variables clínicas (depresión, ansiedad). Esto demuestra los efectos específicos de la terapia, que permite alcanzar mejores resultados sobre los constructos más directos que desean mejorar.

En segundo lugar, hemos observado cómo los autorregistros son más sensibles a los cambios que los autoinformes, aunque este dato hay que observarlo con cautela debido a que muy pocos estudios informan de medidas de autorregistro. Consideramos que los investigadores deberían aportar más medidas directas de la fobia social, ya que de este modo los resultados serían más fiables y representativos de la situación del sujeto.

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. Aunque tanto las técnicas de exposición, como las de HHSS y las de RC como los antidepresivos por separado se muestran

efectivos, la combinación de algunas intervenciones (RC junto con HHSS y RC junto con HHSS y exposición) ofrecen los mejores resultados y deben ser considerados como el tratamiento de elección. Estos resultados discrepan de los obtenidos en meta-análisis previos (Feske y Chambless, 1995; Taylor, 1996) debido a que el entrenamiento en HHSS en nuestro estudio adquiere un papel relevante en la eficacia, mientras que en los estudios mencionados anteriormente no lo es tanto. No obstante, los resultados sobre la eficacia diferencial de las técnicas cognitivo-conductuales están todavía sin aclarar de forma definitiva. Sería importante analizar si variables como el tipo de fobia social y variables de personalidad de los sujetos pueden estar afectando a los resultados. Intentamos contemplar variables de sujeto que explicaran estos resultados, pero no hemos podido realizar análisis comparativos debido a las deficiencias en los estudios primarios en el reporte de esta información. Por otra parte, hubiera resultado interesante haber podido localizar estudios que combinaran tratamiento psicológico junto a farmacológico, a fin de comprobar si este tipo de combinación es el más eficaz. Hace falta, pues, más investigación al respecto con objeto de validar estos resultados. En cualquier caso, parece muy recomendable la administración de algún antidepresivo (Lydiard, Brawman-Mintzer y Ballenguer, 1996), si bien queda por determinarse si estos efectos beneficiosos de los psicofármacos se mantienen en el tiempo, ya que no tenemos datos de seguimiento al respecto.

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 la exposición a estímulos fóbicos, con lo cual es un añadido a la propia intervención que provoca una habituación y mejora de la fobia social del sujeto. En cuanto al tratamiento farmacológico, también hemos podido comprobar que una dosis de 150 miligramos al día es la ideal para la mejora de los efectos negativos que conlleva la fobia social.

Por otra parte, hemos podido observar una mayor eficacia de las intervenciones en varones que en mujeres, de menor edad, 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 prevenir el desarrollo de otros trastornos. No obstante, hubiera resultado de gran interés comprobar si la edad de inicio y el padecimiento de otros trastornos está relacionado con el tipo de fobia social y la mayor o menor eficacia de los tratamientos, pero no hemos podido llevar a cabo estos análisis por falta de datos.

Respecto del lugar donde se llevó a cabo el tratamiento, hemos podido comprobar que influye en los resultados, alcanzándose los mayores tamaños del efecto en la escuela y hospitales. Una posible explicación podría estar en la interacción entre el lugar de entrenamiento, la edad de los sujetos y el tipo de técnica o intervención; así, los entrenados en la escuela son adolescentes, mientras que los entrenados en hospitales están recibiendo, en su mayor parte, tratamiento farmacológico. Esto podría explicar los mayores tamaños del efecto en ambos casos.

En lo que respecta a los aspectos metodológicos de los estudios, cabe destacar que la calidad metodológica del estudio afectó de forma negativa, como era de esperar, a los resultados debido a que los diseños de alta calidad controlan más las variables extrañas. Ambos resultados son coincidentes con los obtenidos en meta-análisis anteriores (por ej., Olivares, Rosa, Sánchez, 2000)

Para finalizar, mencionar que hemos constatado, coincidiendo con otros meta-análisis (Méndez *et al.*, 2001; Taylor, 1996) un incremento en la eficacia de los tratamientos entre el postest y el seguimiento, pudiendo ser explicado por las estrategias de enfrentamiento que los sujetos tratados practican en su propio medio social, tal como se les prescribió por el terapeuta durante la fase de tratamiento.

En estudios posteriores, consideramos que sería importante dilucidar cuáles son los mecanismos psicológicos implicados en el cambio terapéutico, ya que con diferentes estrategias se obtienen resultados positivos. Por otro lado, analizar las variables de personalidad, neuroticismo

y extraversión, quizás ayudarían a interpretar los resultados, en ocasiones, contradictorios sobre la eficacia de las intervenciones.

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.
- *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* (3ª ed.) (DSM-III). Washington, D.C.: Autor.
- *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 and 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. y Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and 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. 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 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 Psycuiatrica Scandinavica*, 92, 351-358.
- 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 and Practice*, 4, 291-306.
- Hamilton, M. (1969). Standardized assessment and recording of depressive symptoms. *Psychiatrica Neurologia and Neurochirurgia*, 72, 201-205.

- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Hedges, L. V. y Vevea, J. L. (1998). Fixed- and random-effects models in meta-analysis. *Psychological Methods*, 3, 486-504.
- 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 (Dir.), *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 versus phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia: Modern Problems. *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 and Clinical Psychology*, 64, 660-668.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Marks, I. M. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 25-31.
- Marks, I. M., Hallam, R., Connloy, J. y Philpott, R. (1977). *Nursing in behavioural psychotherapy: An advanced clinical role for nurses*. Londres: Royal College of Nursing.
- 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. J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- *Mersch, P. P. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 259-269.
- *Mersch, P., Emmelkamp, P. M. G., Bogels, S. y van der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434.
- *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. J., Méndez, F. X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12, 346-352.
- Morris, S. B. (2000). Distribution of the standardized mean change effect size for meta-analysis of repeated measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 53, 17-29.
- *Olivares, J. y García-López, L. J. (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.
- *Pallanti, S., Quercioli, L., Rossi, A. y Pazzagli, A. (1999). The emergence of social phobia during clozapine treatment and its response to fluoxetine augmentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 819-823.
- 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.
- 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. M. G. (1993a). Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 155-170.
- *Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
- *Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1996a). Treatment of generalized social phobia: results at long-term follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 447-452.
- *Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (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.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 411-413.
- *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: 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. (1994). 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 Ho Pian, K. (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 and 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.
- *Wlazole, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I. Kaiser, G. y Munchau, N. (1990). Exposure in vivo versus social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181-193.