

Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica

Pedro J. Moreno Gil, F. Xavier Méndez Carrillo y Julio Sánchez Meca
Universidad de Murcia

Se revisan, de modo cuantitativo, los tratamientos cognitivos y conductuales para la fobia social, obteniéndose un tamaño del efecto medio ponderado de 0,77 para el posttest y 0,95 para el seguimiento. Estos valores permiten afirmar que, en términos globales, dichos tratamientos resultan bastante efectivos para la fobia social. Sin embargo, la prueba de homogeneidad no es estadísticamente significativa, por lo que podemos asumir que las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales —los tratamientos más contrastados— no difieren en la eficacia demostrada. Este hecho plantea cuestiones de interés sobre los fundamentos de la eficacia de dichos procedimientos. Se propone una explicación a dicho fenómeno basada en la exposición a los estímulos sociales temidos.

Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: A meta-analytic review. Behavioural and cognitive treatments (BCT) for social phobia quantitatively are reviewed. The average effect size (weighted by the inverse of the variance) was 0.77 at the posttest and 0.95 at the follow-up. These results enable us to affirm, in global terms, that BCT for social phobia is clearly effective. Nevertheless, the homogeneity test did not reach statistical significance, so we can assume that the effectiveness of exposure techniques, cognitive restructuring techniques and social skills training can be considered homogeneous. This fact questions the underlying psychological principles in the effectiveness of BCT. An explanation based on feared social stimuli exposure is proposed.

La fobia social es un trastorno de ansiedad que ha permanecido prácticamente ignorado hasta mediados de la década de los ochenta (Heimberg, 1989a; Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985), pese a alcanzar tasas de prevalencia entre 3% y 13% (Kessler, McGonagle, Zhao et al., 1994).

Este trastorno fóbico suele complicarse con absentismo laboral, abuso de drogas y/o ansiolíticos, alcoholismo y depresión (Barlow, DiNardo, Vermilyea y Blanchard, 1986; Bowen, Cipywnyk, D'Arcy y Keegan, 1984; Chambless, Cherney, Caputo y Rheinstein, 1987; Higgins y Marlatt, 1975; Kushner, Sher y Beitman, 1990; Schneier, Martin, Liebowitz et al., 1989). En algunos casos estos problemas son la expresión de una fobia social no diagnosticada, de modo que la prevalencia de este cuadro clínico podría ser superior a la estimada (Stravynski, Lamontagne y Lavallee, 1986).

La característica central de la fobia social es el miedo excesivo y persistente ante situaciones sociales en las que el paciente se expone a la observación o el escrutinio de otras personas (American Psychiatric Association 1994). Dichos miedos sociales pueden alcanzar diversos grados de generalización. El DSM-IV distingue un subtipo generalizado de fobia social que es aplicable a aquellas

personas que temen la mayoría de las situaciones sociales. No obstante, Heimberg, Holt, Schneier et al. (1993) distinguen dos subtipos adicionales: *subtipo circunscrito*, aplicable a aquellas personas que temen tan sólo una o dos situaciones discretas, y *subtipo no-generalizado*, aplicable a aquellas personas que, demostrando un funcionamiento adaptativo en algunas áreas sociales, experimentan ansiedad en un número mínimo de situaciones interactivas. La fobia social presenta una alta comorbilidad con otros trastornos del eje I (Brewerton, Lydiard, Ballenger y Herzog, 1993; Bulik, Beidel, Duchmann y Weltzin, 1991; Disalver, Qamar y Del Medico, 1992; Schneier, Johnson, Horning et al., 1992; Schneier, Martin et al., 1989; Schwalberg, Barlow, Alger y Howard, 1992; van Amerigen, Mancini, Styan y Donison, 1991) y del eje II (Herbert, Hope y Bellack, 1992; Holt, Heimberg y Hope, 1992; Turner et al., 1992).

Los tratamientos cognitivo-conductuales más estudiados son el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y la combinación de exposición y reestructuración cognitiva. Las técnicas de relajación, la desensibilización sistemática y el entrenamiento en manejo de la ansiedad han sido estudiadas en menor medida. Las técnicas de exposición se consideran el tratamiento de elección para los trastornos fóbicos (Echeburúa, 1990; Echeburúa y Salaberría, 1991; Marks, 1991), o al menos un componente fundamental de cualquier paquete terapéutico eficaz (Echeburúa, 1993; Heimberg, 1989b; Heimberg y Juster, 1995), aunque resulta muy reciente su aplicación a la fobia social (Echeburúa y Salaberría, 1991). Por otro lado, existe un amplio consenso so-

bre la presencia de una mediación cognitiva en la fobia social superior al resto de trastornos de ansiedad (cf. Beck y Emery, 1985; Butler, 1989; Heimberg y Barlow, 1988), aunque la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva no ofrece resultados concluyentes (Echeburúa, 1993; Heimberg, 1989b; Heimberg y Juster, 1995; Salaberría y Echeburúa, 1995). Feske y Chambless (1995) afirman, tras meta-analizar 21 estudios, que las técnicas de exposición son igualmente efectivas aplicadas de modo exclusivo o en combinación con técnicas de reestructuración cognitiva. Taylor (1996), tras meta-analizar 42 estudios, comprobó que todos los tratamientos considerados en su trabajo —píldoras placebo, exposición, reestructuración cognitiva (sin ejercicios de exposición), combinación integrada de reestructuración cognitiva y exposición, entrenamiento en habilidades sociales— arrojan tamaños del efecto superiores a la condición de lista de espera, pero sólo la combinación de reestructuración cognitiva y exposición resultó superior al grupo tratado con píldoras placebo.

El objetivo del presente meta-análisis consiste en estimar la eficacia de las técnicas de exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de reestructuración cognitiva y sus combinaciones en pacientes que sufren fobia social. Además determinaremos las variables que moderan la eficacia terapéutica en este trastorno fóbico. Las principales diferencias con los dos meta-análisis publicados son que nuestro trabajo:

(a) Incluye todo estudio que contraste técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de reestructuración cognitiva y sus combinaciones en un diseño de grupo con al menos datos *pretest-postest* (esto implica incluir, por ej., grupos que reciben sólo reestructuración cognitiva sin exposición o que reciben reestructuración cognitiva tras exposición).

(b) Excluye grupos tratados con píldoras placebo, solas o en combinación con los tratamientos cognitivo-conductuales considerados, debido a la confusión que genera para nuestros propósitos la comparación de un grupo con sólo tratamiento psicológico frente a otros que añaden las expectativas de recibir tratamiento farmacológico.

(c) Incluye estudios realizados con población española.

(d) No tratamos los grupos de lista de espera como estudios independientes, como ocurre en el trabajo de Taylor (1996).

(e) Incluye cálculo de tamaños del efecto diferenciados para diseños intergrupo e intragrupo.

(f) Incluye todo tipo de medida relacionada de modo directo con las descripciones del cuadro clínico en los sistemas nosológicos empleados (por ej. escalas aplicadas por entrevistadores, 'Fear of Negative Evaluation Scale' o 'Social Avoidance and Distress Scale').

(g) Excluye las medidas no relacionadas de modo directo con las descripciones del cuadro clínico en los sistemas nosológicos (por ej. creencias irracionales o estado depresivo), ya que los estudios difieren en la evaluación del tipo y número de constructos adicionales analizados. Consideramos, a priori, que la inclusión de constructos no contemplados en la definición de fobia social puede generar una heterogeneidad adicional que confunda la magnitud de las diferencias entre los tratamientos.

(h) Emplea técnicas de análisis de datos basadas en mínimos cuadrados ponderados. Actualmente las técnicas estadísticas clásicas, que no ponderan los estudios según su precisión, están desaconsejadas en meta-análisis (Cooper y Hedges, 1994).

Método

Distinción entre «informe de investigación» y «estudio»

En los meta-análisis efectuados distinguimos entre «informe de investigación» y «estudio». Por *informe de investigación* entendimos el soporte empleado para informar sobre los resultados de una o más comparaciones de grupos relativos a la eficacia de tratamientos psicológicos para la fobia social. Por *estudio* entendimos la comparación de un grupo que recibiese un tratamiento psicológico con un grupo control. Cuando no se comparaba un grupo tratado con otro no tratado, pero se evaluaba la ganancia terapéutica comparando una medida *postest* con una medida *pretest* para dicho grupo que recibe tratamiento consideramos igualmente que constituye un estudio independiente.

Criterios de inclusión/exclusión de informes de investigación

Con el objeto de homogeneizar la muestra empírica y aplicar adecuadamente la tecnología meta-analítica establecimos los siguientes criterios conceptuales y metodológicos que nos permitiesen incluir/excluir con rigor un informe de investigación:

(a) El informe de investigación debía contrastar la eficacia de técnicas de exposición, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales o alguna combinación de estos tratamientos.

(b) Los sujetos tratados debían recibir un diagnóstico de fobia social.

(c) El concepto de fobia social que se empleaba en dicho informe de investigación debía ajustarse, de modo explícito, a las definiciones incluidas en los sistemas nosológicos CIE (Organización Mundial de la Salud, 1978, 1979, 1992) o DSM (*American Psychiatric Association*, 1980, 1987, 1994).

(d) La fecha de publicación (o realización del estudio, si éste no había sido publicado) debía estar comprendida en el intervalo 1980-1997, ambos inclusive. El límite inferior de dicho intervalo se determinó por la fecha de publicación de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

(e) El diseño de la investigación debía ser un diseño de grupo, con al menos 5 sujetos experimentales.

(f) El informe de investigación debía aportar suficientes datos para estimar los tamaños del efecto necesarios.

(g) Se excluyeron los informes de investigación que no presentaban datos de *pretest*.

(h) Se excluyeron también los informes que empleaban la metodología de *diseño de caso único*, ya que no es posible integrar cuantitativamente los resultados de diseños de grupo con los diseños de caso único.

Búsqueda de la literatura

Para minimizar sesgos de selección empleamos varios procesos de búsqueda de informes de investigación:

(a) *Consultas informatizadas*. Utilizamos las bases de datos PsycLIT, MEDLINE y PSICODOC. Los descriptores empleados fueron: «fobia social», «ansiedad social», «tratamiento», «terapia», «social phobia», «social anxiety», «treatment», «therapy».

(b) *Revisión de artículos y monografías de autores relevantes en el área*. En concreto: Echeburúa y Salaberría (1991), Feske y

Chambless (1995), Heimberg (1989b), Heimberg y Juster (1995), Salaberría, Borda, Báez y Echeburúa (1996) y Taylor (1996).

(c) *Revisión de referencias bibliográficas* de los informes de investigación ya localizados como fuente de estudios primarios previos.

(d) *Petición de trabajos a expertos*, publicados y no publicados.

La búsqueda de literatura efectuada nos permitió localizar 25 informes de investigación que cumplieran con los criterios de selección, arrojando un total de 39 estudios.

Codificación de estudios

Para definir operacionalmente las variables que debían ser codificadas confeccionamos un manual con pautas específicas y un protocolo de codificación. La calidad del proceso de codificación fue estudiada mediante la selección de una muestra aleatoria del 33% del total de informes localizados, que fue codificada por dos codificadores independientes.

Las variables cuyo posible efecto moderador se contrastó fueron clasificadas, de acuerdo con Lipsey (1994), en tres grandes apartados (véase Tabla 1):

(a) *Variables sustantivas*: son propias del ámbito de investigación objeto del meta-análisis. Incluyen: variables de tratamiento, de sujeto y de contexto. Por ejemplo, el tipo de tratamiento psicológico aplicado.

(b) *Variables metodológicas*: se refieren a los aspectos relacionados con el diseño y la metodología de la investigación. Por ejemplo, el tipo de diseño utilizado.

(c) *Variables extrínsecas*: no se relacionan ni con la metodología ni con el ámbito de investigación. Aunque se trata de variables que no deben afectar a los resultados, en ocasiones pueden ser relevantes. Por ejemplo, la fecha de presentación del estudio.

Cálculo del tamaño del efecto

El índice del tamaño del efecto (TE) que empleamos es la diferencia media tipificada *d* (Hedges y Olkin, 1985), atendiendo a las

siguientes definiciones según la naturaleza del diseño que presenta el estudio evaluado: (a) Para los diseños intra-grupo (*pretest-postest*), *d* se definió como la diferencia entre la media del *pretest* y la media del *postest* dividida por la desviación típica intra-grupo conjunta (o en su defecto, el promedio de las desviaciones típicas del *pretest* y del *postest*); (b) Para los diseños inter-grupos (tanto experimentales como cuasiexperimentales), con medidas *pretest* y *postest*, *d* se definió como $d = d^E - d^C$, siendo d^E y d^C las diferencias medias tipificadas entre el pretest y el postest de los grupos experimental y control, respectivamente. Un valor *d* mayor que cero indica un efecto beneficioso para los sujetos del grupo tratado y un valor *d* menor que cero indica un efecto perjudicial.

Con el objetivo de optimizar la comparación entre los tratamientos meta-analizados, maximizamos la homogeneidad de los TEs. Se seleccionaron sólo las variables dependientes directamente relacionadas con la definición de fobia social, es decir, miedo, evitación y/o malestar en situaciones sociales, que implica deterioro de la adaptación social, laboral y/o académica, y se excluyen las restantes (rasgo de ansiedad, ánimo depresivo, autoestima, locus de control, creencias irracionales, etc.).

Para cada estudio se calcularon un máximo de dos TEs, uno para la evaluación *postest* y otro para la evaluación del seguimiento más largo. Para cada momento temporal se promediaron los valores *d* derivados de las variables dependientes que se ajustaban a los criterios establecidos.

Técnicas de análisis estadístico

Se calculó un intervalo de confianza en torno al TE medio para estimar la magnitud del efecto en la población y si dicho efecto era significativamente distinto de cero (efectividad nula). Asimismo, se aplicó una prueba χ^2 de homogeneidad de todos los tamaños del efecto en torno al TE medio (Hedges, 1994; Hedges y Olkin, 1985).

Dado que la prueba de homogeneidad puede presentar baja potencia cuando se aplica a un grupo reducido de estudios, como es nuestro caso (cf. Sánchez-Meca y Marín-Martínez, 1997), decidimos comprobar el influjo de variables que teóricamente podrían estar moderando los resultados, aunque no resultara significativa dicha prueba de homogeneidad. Siguiendo el enfoque meta-analítico de Hedges y Olkin (1985), para las variables cualitativas se realizaron análisis de varianza ponderados por la inversa de la varianza de cada TE. Para las variables cuantitativas aplicamos análisis de regresión simple ponderados por la inversa de la varianza de cada TE.

Resultados

Fiabilidad de la codificación

La fiabilidad intercodificadores para las variables moderadoras alcanzó los valores que establece Orwin (1994) para garantizar la fiabilidad de la codificación (al menos un valor de 0,80 para la tasa de acuerdo y para el coeficiente de correlación de Pearson, y al menos un valor de 0,70 para el coeficiente *Kappa* de Cohen y la correlación intraclase). La fiabilidad de los cálculos del tamaño del efecto (correlación intraclase y correlación de Pearson) superó el valor de 0,98 para el postest y el seguimiento, lo que indica un excelente consenso en la selección de variables dependientes a incluir en el cálculo del tamaño del efecto.

Tabla 1
Variables moderadoras

<p>VARIABLES DE TRATAMIENTO: 1) Tratamiento psicológico empleado, 2) Género de los profesionales, 3) Experiencia de los profesionales, 4) Tareas para casa del tratamiento, 5) Programa de seguimiento del tratamiento, 6) Utilización de agentes externos al grupo terapéutico, 7) Contrato terapéutico, 8) Modalidad de entrenamiento, 9) Número de sesiones, 10) Número de sesiones de tratamiento, 11) Duración del tratamiento, 12) Intensidad del tratamiento, 13) Absentismo.</p> <p>VARIABLES DE SUJETO: 1) Edad, 2) Género, 3) Nivel socioeconómico, 4) Nivel educativo, 5) Sistema de diagnóstico empleado, 6) Subtipo de fobia social, 7) Duración media de la fobia social, 8) Comorbilidad, 9) Presencia de tratamientos previos, 10) Tipo de tratamientos previos (psicológico, farmacológico o ambos).</p> <p>VARIABLES DE CONTEXTO: 1) Continente, 2) País.</p> <p>VARIABLES METODOLÓGICAS: 1) Modo de reclutamiento de los sujetos, 2) Medidas para preservar la integridad del tratamiento, 3) Tipo de diseño, 4) Asignación aleatoria a los grupos, 5) Tipo de grupo de control, 6) Tamaño muestral total, 7) Tamaño muestral del grupo de tratamiento, 8) Tamaño muestral del grupo de control, 9) Mortalidad experimental, 10) Calidad del diseño, 11) Meses de seguimiento, 12) Número de variables dependientes.</p> <p>VARIABLES EXTRÍNSECAS: 1) Formación técnica del primer investigador, 2) Forma de presentación del estudio, 3) Rango de difusión, 4) Fecha de presentación.</p>
--

Estudio del sesgo de publicación

La totalidad de los estudios incluidos en el presente meta-análisis están contenidos en informes de investigación publicados en revistas especializadas, por lo que una posible amenaza a la validez de los resultados obtenidos se encuentra en un eventual *sesgo de publicación*, es decir, que los editores apliquen un trato dispar a los estudios presentados para su publicación en función de la significación estadística informada.

De acuerdo con Orwin (1983), calculamos el «índice de tolerancia a los resultados nulos». Según este índice deben existir más de 180 estudios no publicados (y no recuperados por el meta-analista) archivados en las editoriales de las revistas para que los resultados de nuestro meta-análisis queden anulados. Podemos concluir, pues, que es poco probable que el sesgo de publicación esté afectando a nuestros resultados.

Meta-análisis en el postest y en el seguimiento

Cinco estudios aportan datos sólo del postest y 34 del postest y del seguimiento. La mediana para el intervalo temporal transcurrido entre postest y seguimiento fue de tres meses.

El tamaño del efecto medio ponderado (por la inversa de la varianza) fue de 0,769 en el postest y 0,953 en el seguimiento, hallándose sus valores paramétricos lejos del valor nulo. Estos resultados permiten afirmar, en términos globales, que los tratamientos cognitivo-conductuales revisados resultan claramente efectivos para la fobia social. Además, atendiendo a la clasificación orientativa propuesta por Cohen (1988), el valor medio obtenido en nuestro meta-análisis se aproxima a una magnitud alta en el postest ($d = 0,80$), superándose en el seguimiento.

La prueba de homogeneidad no resultó estadísticamente significativa [Postest: $Q_{\mathcal{T}}(38) = 19,163, p > .05$; seguimiento: $Q_{\mathcal{T}}(33) = 25,318, p > .05$], por lo que podemos asumir que los distintos estudios pueden ser considerados homogéneos entre sí, pese a estar derivados de estudios que difieren en un elevado número de características, tanto de tipo sustantivo como de tipo metodológico, resultando sus valores paramétricos representativos de los hallados en los estudios meta-analizados.

Una interpretación más intuitiva de los tamaños del efecto hallados puede obtenerse mediante su transformación a coeficiente de correlación ($r = d/[d^2 + 4]^{1/2}$) para construir la presentación binomial del tamaño del efecto, *BESD (binomial effect size display)* propuesta por Rosenthal (1991). Un coeficiente de correlación de 0,36, por ej., equivale a una tasa de mejora del 68% en los grupos de tratamiento frente a sólo un 32% de mejora en los

grupos control, lo que supone una tasa diferencial del 36% entre ambos grupos.

Según el modelo de meta-análisis que estamos aplicando en nuestro estudio, la obtención de resultados no significativos de las pruebas de homogeneidad debería haber detenido los análisis, privándonos de la búsqueda de posibles variables moderadoras de la magnitud de los efectos encontrados en los estudios empíricos. Planteado de otra forma, estos resultados deberían habernos conducido a la conclusión de que los estudios aquí meta-analizados presentan una efectividad homogénea en el tratamiento psicológico de la fobia social y, en consecuencia, que los tamaños del efecto medio obtenidos, y sus intervalos de confianza, representan de forma válida al conjunto de estudios meta-analizados. De hecho, estos resultados concuerdan, en términos generales, con los obtenidos en los meta-análisis de Feske y Chambless (1995) y de Taylor (1996).

Sin embargo, esta conclusión puede resultar simplista, ya que la obtención de un resultado no significativo en la prueba de homogeneidad no tiene una interpretación inequívoca (cf. por ej., Hall y Rosenthal, 1991). En efecto, la prueba de homogeneidad podría resultar no significativa por falta de potencia estadística, especialmente con un número de estudios no muy elevado, como ocurre en nuestra investigación, $K=39$ (cf. por ej., Harwell, 1997; Sánchez-Meca y Marín-Martínez, 1997).

Es interesante resaltar que las diferencias halladas entre los valores de eficacia de los distintos estudios no alcanzan significación estadística en función de: (a) la técnica cognitiva y/o conductual empleada; (b) el sistema diagnóstico empleado para diagnosticar el trastorno de ansiedad de los pacientes; (c) la presencia de subtipo generalizado de fobia social; (d) la duración media del cuadro clínico; (e) la presencia de tratamientos anteriores y (f) el tipo de diseño.

En la Tabla 2 se presentan los TEs medios obtenidos (d_+) para los tratamientos considerados en nuestro meta-análisis. Se incluye también los límites del intervalo confidencial al 95% (Li ; Ls), el número de estudios de los que deriva el TE (K) y el tamaño muestral acumulado para cada conjunto de estudios (N).

Diferencias entre postest y seguimiento

Para examinar los cambios en efectividad operados entre el *postest* y el seguimiento, seleccionamos los 34 estudios que aportaron datos en el *postest* y el seguimiento. Generalmente, los tamaños del efecto tienden a atenuarse con respecto al *postest* en las evaluaciones de seguimiento, lo cual suele atribuirse a un desvanecimiento del efecto terapéutico del tratamiento contrastado. En

Tabla 2
Eficacia de los tratamientos psicológicos

Tratamiento*	N	K	Postest			N	K	Seguimiento		
			d_+	Li	Ls			d_+	Li	Ls
Exposición	228	10	0,835	0,61	1,06	138	8	0,946	0,67	1,22
RC (Ellis)	79	4	0,762	0,38	1,15	48	4	1,099	0,70	1,50
EHS	78	3	0,606	0,20	1,02	68	3	0,889	0,46	1,32
Exposición + RC (Ellis)	195	9	0,835	0,57	1,10	159	8	0,962	0,69	1,24
Exposición + EHS	95	6	0,693	0,39	0,99	57	4	0,944	0,59	1,30
Exposición + RC (Beck)	132	5	0,556	0,26	0,85	125	5	0,754	0,40	1,11

* RC: Reestructuración cognitiva. EHS: Entrenamiento en habilidades sociales.

nuestra investigación, por el contrario, y coincidiendo con Taylor (1996), encontramos que los tamaños del efecto son superiores en el seguimiento (frente al *postest*), resultando dicha diferencia marginalmente significativa [$T(33) = -1,946, p = .06$].

No obstante, una posible amenaza a la validez interna de tal relación entre incremento de eficacia terapéutica y momento temporal de la evaluación puede deberse a la *mortalidad selectiva*. Para analizar la relación entre mortalidad experimental y magnitud del efecto terapéutico, definimos dos variables: (a) *Incremento en la mortalidad experimental postest-seguimiento* ($\Delta M_{post-seg}$), como la diferencia entre la mortalidad pretest-seguimiento y la mortalidad *postest*-seguimiento para cada estudio; y (b) *incremento en el tamaño del efecto postest-seguimiento* ($\Delta TE_{post-seg}$), como la diferencia entre la *TE* en el seguimiento y el *TE* en el *postest* para cada estudio.

Mediante la construcción de un modelo de regresión simple, constatamos que $DM_{post-seg}$ se relacionaba con $\Delta TE_{post-seg}$ [$F(1, 22) = 11,537, p = .003$], explicando un 31,4% de su varianza. Sin embargo, este modelo de regresión parecía estar afectado por un outlier. Dicho dato pertenece a un estudio contenido en el informe de Mersch et al. (1995) y se deriva del seguimiento realizado a 3 de los 7 pacientes que completaron la evaluación *postest*, lo que supone una mortalidad experimental de un 62,5%. Eliminando dicho outlier, la relación dejó de presentar significación estadística [$F(1, 21) = 0,997, p = .329$].

Discusión

Si valoramos globalmente la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de exposición y las técnicas de reestructuración cognitiva, debemos concluir que resultan bastante efectivos. Smith, Glass y Miller (1980), salvando las diferencias metodológicas y de contenido, aportan una ilustración práctica alternativa del significado del tamaño del efecto obtenido señalando que, nueve meses de trabajo para enseñar a niños de primaria a leer, se traduce en un tamaño del efecto de 0,67, lo cual pone de manifiesto que la eficacia de los tratamientos analizados resulta claramente sustancial para los pacientes que sufren fobia social.

Los estudios que contrastan la eficacia de paquetes terapéuticos multicomponente —compuestos por técnicas de exposición más entrenamiento en habilidades sociales o técnicas de reestructuración cognitiva— no resultan superiores a los estudios que emplean únicamente técnicas de exposición, si bien el número de sujetos tratados con exposición, sola o en combinación con otras técnicas, es mayor que el de sujetos tratados con reestructuración cognitiva o entrenamiento en habilidades sociales.

Este hecho es interpretado por algunos autores como una falta de apoyo a los principios terapéuticos que fundamentan el entrenamiento en habilidades sociales y/o las técnicas de reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social (Feske y Chambless, 1995; Hope, Heimberg y Bruch, 1995; Mattick y Peters, 1988; Mersch, 1995; Scholing y Emmelkamp, 1993; Stravynski, Marks y Yule, 1982). En este sentido, la ausencia de diferencias entre tratamientos se basaría en que las distintas técnicas poseen elementos terapéuticos comunes eficaces en el tratamiento de los trastornos fóbicos. Es probable que la exposición a los estímulos sociales temidos haya sido un elemento compartido por los tratamientos aplicados a los pacientes de los distintos estudios. De hecho, el entrenamiento en habilidades sociales incluye la exposición in vivo a los estímulos fóbicos.

Sin embargo, en los estudios que contrastan técnicas de reestructuración cognitiva y que han controlado de modo explícito la exclusión de elementos de exposición, encontramos TEs similares a los hallados para las técnicas de exposición aplicadas de modo exclusivo (TE para *postest* y seguimiento, respectivamente: 0.61 y 1.28, en Emmelkamp, Mersch, Vissia y van der Helm, 1985; 0.98 y 1.77, en Mattick, Peters y Clarke, 1989; 0.59 y 1.05, en Mersch, Emmelkamp, Bögels y van der Sleem, 1989). Lo cual podría llevarnos a la conclusión de que la eficacia de las técnicas de reestructuración cognitiva no está relacionada con la inclusión de un componente explícito de exposición a los estímulos fóbicos.

Puesto que estamos considerando un cuadro fóbico complejo y un criterio cuantitativo de mejoría, una hipótesis alternativa podría residir en la existencia de múltiples mecanismos de acción por los cuales resultan eficaces tanto las técnicas de exposición como las técnicas de reestructuración cognitiva, actuando cada tipo de técnica sobre aspectos diferenciados de la fobia social (por ej. las técnicas de exposición sobre la conducta de evitación y la activación vegetativa elevada, y las técnicas de reestructuración cognitiva sobre contenidos cognitivos disfuncionales), en ese caso, no obstante, la combinación de ambas técnicas debería resultar superior a cada técnica por separado (pues se trata al paciente en múltiples áreas) y, sin embargo, esto no es así. No obstante, cabría cuestionarse si la respuesta al tratamiento depende del perfil fóbico del paciente. Según esta hipótesis, los pacientes con una respuesta predominantemente cognitiva se beneficiarían más de procedimientos de reestructuración cognitiva, mientras que los pacientes con una respuesta predominantemente fisiológica y motora se beneficiarían más mediante la exposición a los estímulos fóbicos. El meta-análisis efectuado no permite contrastar esta hipótesis, si bien los resultados de estudios primarios diseñados ad hoc no avalan la hipótesis del tratamiento ajustado, al menos para la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales, la relación aplicada, la terapia racional emotiva de Ellis y el entrenamiento en autoinstrucciones (Jerremalm, Jansson y Öst, 1986; Mersch, Emmelkamp, Bögels y van der Sleem, 1989; Trower et al., 1978).

Para Marks (1991), la equivalencia de los tratamientos cognitivos y las técnicas de exposición se debería a que las técnicas de reestructuración cognitiva incluyen de modo implícito un componente de exposición a los estímulos sociales temidos (exposición cognitiva). No obstante, creemos que podría resultar un tanto forzado considerar que el diálogo socrático (discusión de creencias tales como «Debo ser perfecto y no cometer errores» o «Sería terrible que no me quisiera nadie») sin prescripción explícita de tareas de exposición (o autoexposición) pueda constituir un elemento de exposición.

En nuestro estudio no constatamos diferencias estadísticamente significativas entre los estudios que sean función del formato de administración del tratamiento (individual vs. grupal), aunque las tendencias en los TEs es similar a las obtenidas por Moreno (1999), donde resultó que los tratamientos más efectivos se habían efectuado en formato grupal. De constatarse una diferencia real a favor de los tratamientos administrados en formato grupal, podríamos minimizar la amenaza de que la eficacia de los tratamientos contrastados residiese en lo que Frank (1988) denomina «elementos comunes de la psicoterapia». En este concepto se engloban, por ejemplo, la relación terapeuta-paciente, la explicación al paciente de un esquema conceptual para entender los problemas que padece (un «mito» en palabras de dicho autor, pues su validez se pre-

supone) o el suministro de un *ritual terapéutico* al paciente (esto es, una serie de reglas, técnicas y ejercicios que, realizados correctamente, conducen, a priori, a la «curación»). Algunos de dichos elementos resultan más típicos de contextos clínicos que de contextos de investigación sobre resultado terapéutico.

Dada la estructura de los grupos tratados con estas técnicas, de confirmarse la tendencia a favor de la aplicación del tratamiento en formato grupal, el principio de la exposición a los estímulos fóbicos como explicación de la mejoría lograda recibiría apoyo empírico, con independencia del tratamiento específico impartido. Conviene subrayar que el hecho de impartir un tratamiento mediante *una serie de sesiones grupales de dos horas de duración* podría convertir virtualmente a cualquier tratamiento (incluso a aquél en el cual se evita la prescripción explícita de tareas de exposición) en un tratamiento de exposición a estímulos ansiógenos con una duración suficiente para producir habituación, según los parámetros que suelen recomendarse para producir sesiones de exposición terapéuticas (Marks, 1991). De hecho, los tratamientos cognitivos sin técnicas de exposición explícitamente implementadas se realizaron en formato grupal con series de 6 a 8 sesiones de 120 a 150 minutos de duración cada una. Restaría ponderar el efecto terapéutico de la exposición inherente a tal situación (exposición no programada ni definida como tal al paciente, en un mismo grupo de entre 4 y 7 personas con problemas supuestamente equivalentes

tes y a lo largo de unas 20 horas repartidas en unas 8 sesiones de periodicidad semanal).

El incremento observado en la eficacia de los tratamientos entre el *postest* y el seguimiento es un fenómeno poco habitual en la literatura científica, si bien podría deberse, como señala Taylor (1996), a la aplicación de tratamiento adicional para aquellos pacientes que lo requieren. Una explicación alternativa, descartando el fenómeno de la mortalidad selectiva, podría residir en que, si bien los investigadores pueden administrar tratamiento adicional a los pacientes que recaen, en ocasiones, es cierto, del mismo modo, que los pacientes que logran enfrentarse a los estímulos sociales temidos (recuérdese que mayoritariamente se han aplicado técnicas de exposición con tareas para casa) pueden seguir practicando por sí mismos técnicas de autoexposición en su propio medio social, tal y como les fue prescrito por el terapeuta durante la fase de tratamiento. La autoexposición puede ser tan eficaz como otras variantes de las técnicas de exposición (Marks, 1991, p. 156) y podría constituir la base de la ganancia terapéutica que suele darse en algunos estudios entre *postest* y seguimiento. No obstante, en los pacientes que recibieron técnicas de reestructuración cognitiva sin tareas de exposición (explícita) se observa, del mismo modo, una mejoría adicional en el seguimiento, que resultaría difícil de explicar desde la hipótesis de mecanismos de acción con base en la exposición.

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: Autor. (Trad. Masson, 1981).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed., rev.). Washington, DC: Autor. (Trad. Masson, 1987).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor. (Trad. Masson, 1995).
- Barlow, D. H., DiNardo, P. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. y Blanchard, E. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders: Issues in diagnosis and classification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Bowen, R. C., Cipywnyk, D., D'Arcy, C. y Keegan, D. (1984). Alcoholism, anxiety disorders, and agoraphobia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8, 8-50.
- Brewerton, T. D., Lydiard, R. B., Ballenger, J. C. y Herzog, D. B. (1993). Eating disorders and social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 70-79.
- Bulik, C.M., Beidel, D.C., Duchmann, E. y Weltzin, T.E. (1991). An analysis of social anxiety in anorexic, bulimic, social, phobic, and control women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 199-211.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C. y Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 9-40.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.) Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, H. M. y Hedges, L. V. (Eds.) (1994). *The handbook of research synthesis*. Nueva York: Sage.
- Dilsaver, S. C., Qamar, A. B. y Del Medico, V. J. (1992). Secondary social phobia in patients with major depression. *Psychiatry Research*, 44, 33-40.
- Echeburúa, E. (1990). La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del DSM-III-R y la ICD-10. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 1-15.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: Un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 1-23.
- Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P. A., Vissia, E., y van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Feske, U. y Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Frank, J. D. (1988). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós (Orig. 1985).
- Hall, J.A. y Rosenthal, R. (1991). Testing for moderator variables in meta-analysis: Issues and methods. *Communication Monographs*, 58, 437-448.
- Harwell, M. (1997). An empirical study of the Hedge's homogeneity test. *Psychological Methods*, 2, 219-231.
- Hedges, L. V. (1994). Fixed effects models. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 285-299). Nueva York: Sage.
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heimberg, R. G. (1989a). Social phobia: no longer neglected. *Clinical Psychology Review*, 9, 1-2.
- Heimberg, R. G. (1989b). Cognitive and behavioral treatments for social phobia: A critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 107-128.
- Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L. y Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.

- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. (pp. 261-309) In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia. Diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 332-339.
- Higgins, R. L. y Marlatt, G. A. (1975). Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 644-651.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 318-325.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 637-650.
- Jerremalm, A., Jansson, L., y Öst, L. G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 171-180.
- Kessler, C. R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschleman, 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.
- 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.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. y Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*, 729-736.
- Lipsey, M. W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). Nueva York: Sage.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1987).
- Mattick, R. P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 3-23.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bögels, S. M. y van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 421-434.
- Mersch, P. P. A., Jansen, M. A., y Arntz, A. (1995). Social phobia and personality disorder: Severity of complaint and treatment effectiveness. *Journal of Personality Disorders, 9*, 143-159.
- Mersch, P.P.A. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 259-269.
- Moreno, P. (1999). *Tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio meta-analítico*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Murcia.
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe N for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics, 8*, 157-159.
- Orwin, R. G. (1994). Evaluating coding decisions. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 134-172). Nueva York: Sage.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (ed. rev.). Newbury Park, CA: Sage.
- Salaberría, K., Borda, M., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Tratamiento de la fobia social: Un análisis bibliométrico (1974-1994). *Psicología Conductual, 4*, 111-121.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta, 21*, 151-179.
- Sánchez-Meca, J. y Marín-Martínez, F. (1997). Homogeneity tests in meta-analysis: A Monte Carlo comparison of statistical power and Type I error. *Quality and Quantity, 31*, 385-399.
- Schneier, F. L., Martin, L. Y., Liebowitz, M. R., Gorman, J. M. y Fyer, A. J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 3*, 15-23.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R. y Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 667-681.
- Schwalberg, M.D., Barlow, D.H., Alger, S.A. y Howard, L.J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 675-681.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y. y Lavalée, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry, 31*, 714-719.
- Stravynski, A., Marks, I. y Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1.378-1.385.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychology, 27*, 1-9.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326-331.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. y Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification, 2*, 41-60.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, G. y Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders, 21*, 93-99.
- World Health Organization (1978). *Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases*. Geneva: Author.
- World Health Organization (1979). *The international classification of diseases, 9th revision, Clinical Modification*. Geneva: Author.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: Author.

Aceptado el 26 de octubre de 1999