

# Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado

Francisco J. Labrador Encinas y Francisco Ballesteros Pérez  
Universidad Complutense de Madrid

La fobia social es uno de los trastornos más prevalentes y por los que más se demanda atención psicológica. Se estudió la efectividad de los tratamientos psicológicos en una Clínica Universitaria de Psicología. Demandaron asistencia por fobia social 71 pacientes. La media de sesiones de evaluación fue de 3,8 y de tratamiento 16,1. El porcentaje de altas fue del 64,2%, de bajas el 11,3% y de abandonos el 24,5%. Los tamaños del efecto ( $d$ ) obtenidos a partir de la Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) y de la Escala de temor a la evaluación Negativa (FNE) fueron del 1,96 y 1,78, respectivamente. Al comparar estos resultados con los estudios de eficacia (en especial meta-análisis) se constató que la efectividad del tratamiento alcanza valores similares a los de eficacia en estudios de investigación. Se defiende la utilidad de generalizar a la clínica asistencial los tratamientos desarrollados en el ámbito de la investigación.

*Effectiveness of treatments for social phobia in an applied field.* Social phobia is one of the most common disorders and one that requires the most attention from psychological clinics. The aim of this article was to study the effectiveness of psychological treatments in a University Psychological Clinic. Seventy-one social phobia patients requested psychological assistance. The average number of assessment sessions was 3.8 and the average number of treatment sessions was 16.1. Therapeutic success reached 64.2%, withdrawal percentage was 11.3%, and drop-out percentage was 24.5%. The effect size (Cohen's  $d$ ) achieved in the Social Avoidance and Distress Scale (SAD) and Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) were 1.96 and 1.78, respectively. Comparing these results with efficacy research (particularly meta-analysis), it has been shown that the treatment effectiveness achieved is very similar. It is concluded that cognitive behavioural treatments for social phobia can be transferred from research settings to clinical practice.

La fobia social (F40.1) es, junto con las fobias específicas y la agorafobia, uno de los tres trastornos fóbicos que contempla el DSM-IV-TR (APA, 2000). Entre los aspectos más relevantes de su caracterización se señala:

*Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional (APA, 2000).*

Es uno de los trastornos más frecuentes, estimándose su prevalencia mundial entre el 3 y el 13%. En España, según la «Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud» (Ministerio

de Sanidad y Consumo, 2006), la prevalencia vital es del 1,17% (1,06% para hombres y 1,28% para mujeres). Es el trastorno de ansiedad por el que más se demanda ayuda psicológica, siendo el trastorno de ansiedad más frecuente en las clínicas de psicología, públicas y privadas (Botella, Baños, García-Palacios y Quero, 2009; Labrador, Estupiñá y García-Vera, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Valero y Ruiz, 2003). En consecuencia, es un reto para la Psicología Clínica desarrollar tratamientos eficaces y efectivos para este problema.

## *Estudios sobre eficacia de los tratamientos psicológicos*

La eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social ha sido reiteradamente puesta de relieve, señalándose como estrategias más adecuadas la exposición (en cualquiera de sus vertientes), el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, una combinación de éstas, o alguna de esas estrategias psicológicas en combinación con farmacoterapia (Feske y Chambless, 1995; Taylor, 1996; Moreno, Méndez y Sánchez-Meca, 2000; Rosa, Sánchez-Meca, Olivares y López, 2002; Sánchez-Meca, Rosa y Olivares, 2004; Klinger et al., 2005; y Antona et al., 2006).

Los tamaños del efecto (TE) de estas intervenciones varían en los distintos meta-análisis. Para la técnica de exposición, considerada la más indicada, los valores  $d$  (Cohen, 1988) encontrados son:  $d \geq 1,06$  en Feske y Chambless (1995);  $d = 0,817$  en Taylor (1996);

$d=0,987$  ( $d=1,322$  si se considera exposición, reestructuración y habilidades sociales) en Rosa et al. (2002);  $d=0,966$  en Sánchez-Meca et al. (2004). Es decir, suelen ubicarse entre 0,8 y 1,1 para las medidas más específicamente relacionadas con la fobia social, lo que habla de tamaños del efecto importantes.

Los resultados de los meta-análisis señalan que la terapia de elección para la fobia social es la exposición en vivo, siendo posible mejorar las intervenciones si se combina con estrategias cognitivas (Sánchez-Meca et al., 2004; Chambless y Ollendick, 2001).

Por su parte, los resultados de los trabajos de la Task Force on Psychotherapy de la APA señalaron como tratamientos empíricamente sustentados la terapia de exposición (Chambless et al., 1996), y en el informe de Chambless y Ollendick (2001) se consideraron «tratamientos bien establecidos» la exposición y la terapia cognitivo-conductual, y probablemente eficaces la desensibilización sistemática. La revisión Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2003) concluyó que la exposición sola o en combinación con la reestructuración cognitiva constituye un tratamiento bien establecido para la fobia social.

Algunas consideraciones de utilidad para la práctica clínica son que el tratamiento mejora, consiguiendo mayores tamaños del efecto, si hay más sesiones (Feske y Chambless, 1995); si es grupal (Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy y Zollo, 1990; y Pérez et al., 2003); realizado en el propio ambiente, si lo hace un psicólogo (en lugar de psiquiatras o personal de enfermería), en varones, en pacientes de menor edad, sin existencia de comorbilidad, en personas con un nivel de estudios medio y en aquellos que no hayan pasado por tratamientos previos (Rosa et al., 2002). En cuanto a los fármacos parece ser que a más dosis mejores resultados (Rosa et al., 2002). Por el contrario, parecen no influir en el devenir del tratamiento variables como la historia del problema, la duración de la intervención o la mortalidad experimental (Pérez et al., 2003).

#### *Estudios sobre efectividad de los tratamientos psicológicos*

Los trabajos sobre efectividad o capacidad para producir mejoras en el ámbito asistencial son escasos, destacando dos: Lincoln et al. (2003), y Gaston, Abbott, Rapee y Neary (2006).

Lincoln et al. (2003) estudiaron la efectividad de la exposición en combinación con terapia cognitiva, en 217 pacientes, cuyo diagnóstico principal fue fobia social, según criterios DSM-III-R (APA, 1987). El tratamiento consistía en una evaluación psicológica y médica, una segunda fase de motivación, psicoeducación y feedback del diagnóstico, y una tercera parte de exposición de «alta densidad». Los terapeutas tenían la libertad de realizar tantas sesiones como creyeran necesarias (la media fue de 35 sesiones), así como utilizar las estrategias que considerasen oportunas para cada paciente. Los resultados señalaron TE ( $d$  de Cohen, 1988) en las medidas específicas de fobia social, que iban desde  $d=0,71$  hasta  $d=0,88$ ; con una media de  $d=0,82$ . Entre el 43,1-68,2% de los pacientes mejoraron su fobia social, pasando de disfuncionalidad a funcionalidad.

Gaston et al. (2006) compararon la efectividad de la terapia psicológica en una unidad de investigación (58 pacientes) y en la práctica privada (54 pacientes), en pacientes con diagnóstico de fobia social DSM-IV (APA, 1994). El tratamiento se realizó en grupos (máximo de 8 participantes por grupo), con sesiones de 2,5 horas de duración. Los componentes de la terapia fueron: identificar los pensamientos, entrenamiento en control de la atención, exposición graduada, role-playing y feedback, entrenamiento en asertividad y

estrategias para reducir el perfeccionismo. Los resultados señalaron TE ( $d$ ), dependiendo de los instrumentos utilizados, entre 1,2 y 1,3 para el grupo de investigación y entre 1,0 y 1,2 para el grupo de práctica clínica privada, sin diferencias significativas. Ambos grupos incrementaban las mejoras en el seguimiento a 3 meses.

Así pues, en ambos trabajos el TE ( $d$ ) fue similar al obtenido en estudios de eficacia, respaldando la posibilidad de generalizar al ámbito asistencial los desarrollos de la investigación.

En esta dirección están las recomendaciones actuales del APA (2010):

*La evidencia de las investigaciones sugieren que se recomienda la combinación de terapia cognitiva y técnicas de la exposición, típico de la mayoría de los paquetes de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El tratamiento generalmente dura de 12 a 16 sesiones (aunque hay evidencia de que tratamientos más breves de 4-8 sesiones pueden también ser eficaces) y puede llevarse a cabo en formatos individual y grupal.*

En esta línea, el objetivo del presente trabajo fue confirmar la efectividad clínica de los tratamientos empíricamente apoyados para la fobia social en el ámbito asistencial, en concreto en la Clínica Universitaria de Psicología (CUP) de la UCM.

#### Método

##### *Descripción del centro*

La CUP está reconocida como Centro Sanitario por la Comunidad Autónoma de Madrid (C1334) desde 1998. Tiene entre sus funciones prestar asistencia psicológica eficaz y eficiente. Es un centro de libre acceso para todo tipo de pacientes, que no requieran hospitalización, a demanda de los mismos y a precios de mercado.

##### *Participantes*

a) *Pacientes:* para este estudio se seleccionó a todos los pacientes, mayores de 18 años, diagnosticados con Fobia Social (F40.1), que recibieron tratamiento para este trastorno entre 1999-2008, y estaban en fase de alta o seguimiento. Del total de 1.550 pacientes, 71 cumplieron estos criterios (el 4,6% de la muestra total y el 20,2% de los trastornos de ansiedad).

b) *Terapeutas:* son licenciados en Psicología con al menos un título de postgrado de nivel Magíster, que acredite su especialización en evaluación y tratamiento de trastornos psicológicos, siendo el más habitual el Magíster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. Tienen una formación cognitivo-conductual y entre uno y tres años de práctica clínica supervisada previa a su incorporación a la CUP. Con edades entre 25-29 años, el 71% son mujeres. Utilizan tratamientos empíricamente apoyados en sus intervenciones, que pueden estar supervisadas por profesionales de reconocido prestigio en psicología clínica.

##### *Instrumentos y variables*

*Variable independiente:* aplicación del tratamiento psicológico. Cada terapeuta aplicó los tratamientos empíricamente apoyados para la fobia social que consideraba oportuno, según las caracte-

rísticas del paciente y su evolución, siempre de acuerdo con su supervisor.

*Variables dependientes:* a continuación se describen las variables dependientes a utilizar y como se van a medir.

*Directamente relacionadas con el trastorno:*

- Número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento.
- Fase de tratamiento en que está el paciente. Se considerarán cuatro: *seguimiento, alta, baja y abandono*.
- Puntuación en *Escala de Evitación y Malestar Social (SAD)* (adaptación española de Bobes et al., 1999).
- Puntuación en la *Escala de temor a la evaluación Negativa (FNE)* (adaptación española de Girodo, 1980).

*Indirectamente relacionadas con el trastorno:*

- Puntuaciones en el *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)* (adaptación española de Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

### Diseño

Análisis retrospectivo de los expedientes en la base de datos de la CUP.

### Procedimiento

Cada terapeuta al que se asignó uno de estos casos establecía el diagnóstico según criterios DSM, procedía al tratamiento basando su intervención en las técnicas empíricamente apoyadas para cada trastorno de ansiedad, finalmente establecía el resultado Alta/baja/abandono. A partir de los expedientes confeccionados por cada terapeuta se extrajeron las variables sociodemográficas, las variables clínicas sobre la fase del tratamiento y el número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento, de estos 71 pacientes de la base de datos de la CUP. Para el cálculo del TE y del estadístico *no paramétrico Wilcoxon* se consideró en cada análisis a los sujetos que contaban con medidas pre-tratamiento y/o post-tratamiento, por lo que el número de participantes en éstos puede ser diferente.

### Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 15.0.

Para la *comparación de las medias* en los cuestionarios BDI-II, SAD y FNE, al no ajustarse las puntuaciones a una distribución normal, se utilizó la *prueba de Wilcoxon*.

El del TE (*d* de Cohen, 1988) se calculó con las puntuaciones (medias y desviaciones estándares) pre y post en los cuestionarios de los participantes:

$$\text{Cohen } d = M_1 - M_2 / \sigma_{\text{combinados}}$$

$$\text{donde } \sigma_{\text{combinados}} = \sqrt{(\sigma_1 + \sigma_2) / 2}$$

Siguiendo el criterio de Cohen (1988) se consideró un TE de magnitud baja, media y alta a los valores *d* que superen 0,2; 0,5 y 0,8, respectivamente.

## Resultados

*Variables sociodemográficas de los pacientes (n= 71).* Los datos de las variables sociodemográficas aparecen en la tabla 1. Destaca que la mayoría son mujeres, de menos de 30 años, solteras, estudiantes y con estudios universitarios.

*Variables clínicas (n= 71).* *Sesiones de intervención:* el promedio de sesiones de evaluación es 3,77; de tratamiento 16,09; y de seguimiento 2,15 (tabla 2).

*Fase del tratamiento:* en el momento del análisis el 47,9% de la muestra estaba en fase de alta, el 23,9% en fase de tratamiento y el 26,8% no había finalizado con éxito el tratamiento (tabla 3).

### Resultados clínicos

En la tabla 4 puede observarse que el 64,15% de los participantes que finalizaron el contacto con la CUP (es decir, no están en tratamiento o seguimiento) obtuvo el alta terapéutica. Asimismo, describe el número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento para las tres categorías clínicas (*alta, baja o abandono*) al

Tabla 1  
Variables sociodemográficas de la muestra de pacientes con fobia social

Variables sociodemográficas (N= 71)	
Edad	M= 27,82 DT: 8,23 Rango: 18-54 (Mediana 25 y Moda 23)
Sexo	63,4% mujeres (N= 45) 36,6% hombres (N= 26)
Estado civil	80,3% solteros (N= 57) 18,3% casados (N= 13) 1,4% separados/divorciados (N= 1)
Profesión	59,2% estudiantes (N= 42) 32,4% trabajadores/empresarios (N= 23) 8,4% otros (N= 6)
Nivel de estudios	45,1% licenciados universitarios (N= 32) 16,9% diplomados universitarios (N= 12) 31% estudios secundarios (N= 22) 7% primarios completos o incompletos (N= 5)

Tabla 2  
Media, mediana, moda y rango de las de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento

Sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento (N= 71)			
	Sesiones de evaluación	Sesiones de tratamiento	Sesiones de seguimiento
<i>M</i>	3,77	16,09	2,15
<i>DT</i>	1,087	10,584	1,182
<b>Rango</b>	2-7	3-40	1-5
<b>Mediana</b>	4	13	2
<b>Moda</b>	4	7 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores

finalizar éste. Destaca que el número de sesiones de tratamiento y evaluación es igual para *altas* y *abandonos*.

#### Resultados de los cuestionarios

La tabla 5 muestra los resultados en los instrumentos directamente relacionados con la fobia social: SAD y FNE; y los instrumentos indirectamente relacionados con la fobia social, es decir, el BDI-II.

#### Discusión

Dado que no hay datos de referencia, no se puede establecer si la muestra utilizada es representativa de los pacientes con fobia social en España. Al menos, describir esta muestra permite caracterizar el tipo de pacientes considerados, convirtiéndola en una muestra de referencia. El paciente tipo es una mujer, menor de 30 años, soltera, estudiante y con estudios universitarios. En distintos trabajos sobre la demanda general de asistencia psicológica

aparecen datos similares en edad y sexo (Labrador et al., 2010; Valero y Ruiz, 2003; Vallejo et al., 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Datos parecidos encuentra el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED, 2004), destacándose, como factores asociados a padecer un trastorno mental, ser mujer, haber estado casado y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad. Respecto al nivel educativo, en este trabajo predominan los estudios universitarios, a diferencia del informe «Estrategia de Salud Mental» (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), donde no hay diferencias entre los distintos niveles (primarios, secundarios y universitarios).

Aunque la CUP atiende a todo tipo de pacientes, al ser de pago probablemente refleje mejor la demanda de asistencia privada que la pública. Además, su ubicación y facilidades para el personal de la UCM quizás expliquen el alto porcentaje de estudiantes y pacientes con estudios universitarios. Datos similares aparecen en el estudio de Vallejo et al. (2008), con un 50% de pacientes con estudios universitarios, frente al 5,4% de la muestra de Valero y Ruiz (2003), de un centro público de salud mental de Málaga.

#### Duración de las intervenciones

El promedio de sesiones de evaluación para este estudio fue 3,77, siendo 4 mediana y moda, relativamente similar al encontrado por Labrador et al. (2010), para todo tipo de trastornos psicológicos. Casi cuatro sesiones de evaluación repercuten significativamente en la prolongación del tratamiento.

La media de sesiones de intervención fue 16, no muy superior a la informada en los tratamientos en el ámbito de la investigación. Así, el programa de tratamiento para la fobia social de Botella, Baños y Perpiña (2003) implica 15 sesiones. Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap (1997), en su meta-análisis, señalaban 13

Distribución de la muestra en fases del tratamiento		
	Frecuencia 71	Porcentaje 100 (%)
Tratamiento	17	23,9
Seguimiento	1	1,4
Alta	34	47,9
Abandono	13	18,3
Baja	6	8,5

Frecuencia y (porcentaje) al finalizar el tratamiento	Sesiones evaluación M, DT y Rango	Sesiones tratamiento M, DT y Rango	Sesiones de seguimiento
Alta N= 34 (64,15%)	M: 3,74 DT: 1,08 Rango: 2-7	M: 15,91 DT: 10,5 Rango: 3- 40	M: 1,26 DT: 1,4 Rango: 0-5
Abandono N= 13 (24,53%)	M: 3,85 DT: 1,46 Rango: 2-7	M: 16,7 DT: 15 Rango: 1-47	
Baja N= 6 (11,32%)	M: 1,83 DT: 1,47 Rango: 0-4		

	Resultados							
	Pre tratamiento		Post tratamiento		Puntuaciones medias		d	Nivel significación
	Válidos	Perdidos	Válidos	Perdidos	PRE	POST		
SAD	15	20	9	29	19,13	6,56	1,96	0,001
FNE	18	17	12	23	23,72	12,08	1,78	0,001
BDI	25	10	18	17	21,04	5,72	1,76	0,001

sesiones como promedio de la duración del tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social. El tratamiento presentado por Antona et al. (2006), que combinan exposición y reorganización cognitiva de tres formas diferentes, constaba de 10 sesiones.

Alternativamente, es mucho más breve que los desarrollados en los estudios de efectividad, pues Lincoln et al. (2003) señalan 35 sesiones de promedio, y Gaston et al. (2006) citan más de un estudio con una media de casi 35 sesiones.

Estas 16 sesiones se aproximan a la duración promedio general de los tratamientos psicológicos en el ámbito asistencial (14 sesiones), señalada por Labrador et al. (2010).

### *Eficacia de las intervenciones*

El 64,1% de los pacientes alcanzaron el alta, es decir, finalizan el tratamiento y mantienen en el seguimiento todos los objetivos terapéuticos, lo que constituye un dato muy positivo. Este porcentaje de altas es similar al de Moreno et al. (2000), en un estudio meta-analítico, con un 68% de mejoría, aunque el tratamiento requería 20 horas. Alternativamente es superior al del estudio meta-analítico de Sánchez-Meca et al. (2004), con un 47% de recuperados al postratamiento. También al estudio de efectividad de Lincoln et al. (2003), en el que el 56% de los pacientes se benefician del tratamiento. Es más, estos resultados más positivos se consiguieron con un menor número de sesiones (16 frente a 35). Quizás esta diferencia pueda explicarse, al menos en parte, porque los tratamientos de los terapeutas en este estudio están más estructurados y reglados que en el de Lincoln et al. (2003).

El porcentaje de bajas (11,32%) no parece muy elevado. Por el contrario, sí parece elevado el porcentaje de abandonos (24,53%), tanto en términos absolutos como al compararlo con otros trabajos. Así, en el trabajo de Taylor (1996) se informa de que entre un 12,2-18% de los pacientes que empiezan no acaban el tratamiento. En Sánchez-Meca et al. (2004) la tasa de abandonos oscila entre el 4,7 y el 1%; finalmente, en el trabajo de Lincoln et al. (2003) los abandonos llegaron al 8%. Sería interesante poder identificar el porqué de este elevado porcentaje, aunque el dato coincide con el 24,3% de abandonos en la muestra general de pacientes de Labrador et al. (2010). Quizá sea el porcentaje de referencia en la aplicación asistencial de los tratamientos psicológicos.

En resumen, el porcentaje de pacientes que se beneficiaron del tratamiento es muy parecido o incluso superior al encontrado en las intervenciones en el ámbito de la investigación (eficacia), y también a alguno de los escasos trabajos en el ámbito aplicado (efectividad), aunque el porcentaje de abandonos es superior.

### *Tamaño del efecto*

Hay que destacar los valores tan elevados del TE ( $d$ ) para las medidas obtenidas con los cuestionarios más específicos para la fobia social: SAD ( $d=1,96$ ) y FNE ( $d=1,78$ ). Aunque estos resultados hay que tomarlos con cierta reserva dado el escaso número de las muestras (15 y 18). Al comparar estos resultados con los obtenidos en otros trabajos, las diferencias parecen importantes.

Así, en el estudio meta-analítico de Taylor (1996), el TE para las medidas obtenidas con cuestionarios (no especifica cuáles) es de  $d=1,00$  para la exposición sola o con terapia cognitiva. Antona et al. (2006), en una muestra de 31 pacientes, y tratamiento de exposición más reestructuración cognitiva, obtuvo cambios pre-post en las puntuaciones del FNE (pre: 24,35; post: 19,74) y SAD (pre 17,7; post 12,81, diferencia no significativa). Resultados inferiores se muestran en el trabajo de Heimberg et al. (1990).

Si se consideran estas medidas de los cuestionarios de ansiedad social como valores representativos del cambio clínico, los TE alcanzados en este trabajo, entre 1,78-1,96, son comparables, e incluso superiores a los alcanzados por estudios como los de Fedoroff y Taylor (2001), Feske y Chambless (1995), Gould et al. (1997) y Taylor (1996), donde el rango del tamaño del efecto oscila entre 0,38 y 1,1.

También es importante el TE obtenido para sintomatología depresiva en las puntuaciones del BDI-II ( $d=1,76$ ), y asimismo superiores a los alcanzados en algunas de las revisiones meta-analíticas publicadas, donde las medidas de depresión postratamiento, aplicando terapia cognitivo-conductual adquirieron valores de TE medios  $d=0,58$  (Feske y Chambless, 1995), o  $d=0,67$  (Gould et al., 1997).

Los resultados son evidentes, la aplicación de los tratamientos empíricamente apoyados en el ámbito asistencial se muestra efectiva. Las ganancias terapéuticas obtenidas son similares a las de los trabajos de eficacia. Todo esto contando con que el tratamiento fue realizado por terapeutas relativamente noveles, sin un entrenamiento exhaustivo para problemas de fobia social y en un número de sesiones reducido. Si se consideran los costes, el promedio de 16 sesiones más 4 de evaluación, a precios de 2009 (48 € sesión) habla de 960€ para todo el tratamiento, con una eficacia del 64%. Parece, pues, adecuado el generalizar a la práctica asistencial los tratamientos que se han mostrado eficaces en el ámbito de la investigación. Los tratamientos eficaces se han mostrado efectivos. Sería interesante poder compararlos con los costos y porcentajes de alta de los tratamientos farmacológicos para constatar si son también eficientes.

Las conclusiones de este estudio pueden verse amenazadas por limitaciones como el escaso tamaño de la muestra o la pérdida de información debido a problemas en la codificación en la base de datos. Asimismo, el diseño experimental, un estudio de carácter retrospectivo, limita, en algunas ocasiones, las variables dependientes más interesantes. También las características de la CUP, como la población que acude a ella y la preparación de los terapeutas, pueden limitar la generalización de resultados. Pero cada muestra clínica y de terapeutas tendrá sus sesgos y rara vez será muy numerosa. En este trabajo hemos presentado una, la presentación de otras alternativas permitirá esclarecer el valor de cada una.

### Agradecimientos

Este estudio se realizó con el proyecto PSI2009-13100 del Ministerio de Educación y Ciencia.

## Referencias

- Antona J.C., García-López, L.J., Yela, J.R., Gómez, M.A., Salgado, A., Delgado, C., y Urchaga, J.D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología conductual*, 14(2), 183-200.
- American Psychiatric Association (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ª edición, texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición, texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición, texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (2010). *Cognitive and behavioral therapies for social phobia and public speaking anxiety*. Recuperado el 8 de diciembre de 2010 de [http://www.div12.org/Psychological-Treatments/treatments/socialphobia\\_cbt.htm](http://www.div12.org/Psychological-Treatments/treatments/socialphobia_cbt.htm).
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M.P., y Dal-Re, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios de Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Seehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538.
- Botella, C., Baños, R.M., y Perpiña, C. (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C., Baños, R.M., García-Palacios, A., y Quero, S. (2009). El servicio de asistencia psicológica de la Universidad Jaime I. *Acción psicológica*, 6(1), 87-96.
- Chambless, D., y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidences. *Annual Review Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A., y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-22.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ESEMeD / MEDHEA (2000). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psych Scand* 2004; 109 Suppl 420: 1-64.
- Fedoroff, I.C., y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Feske, U., y Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Gaston, J.E., Abbott, M.J., Rapee, R.M., y Neary S.A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. Barcelona: Grijalbo.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioural and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., y Zollo, J.L. (1990). Cognitive behavioural group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1-23.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légreron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., y Nuygues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive-behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyber Psychology and Behavior*, 8(1), 76-88.
- Labrador, F.J., Estupiñá, F.J., y García-Vera, M.P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Lincoln, T., Winfried, R., Hahlweg, K., Frank, M., von Wittleben, I., Schroeder, B., y Friegebaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Propuesta de estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid. Ministerio de Consumo.
- Moreno, P.J., Méndez, X., y Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C., y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Olivares, J., y López, J.A. (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: un estudio meta-analítico. *Revista de Psicología General y Aplicación*, 55(4), 625-639.
- Sánchez-Meca, J., Rosa, A.I., y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55-68.
- Sanz, J., Perdigón, L.A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (DBI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal Behavior and exp. Psychiat.*, 27(1), 1-9.
- Valero, M., y Ruiz, M.A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.
- Vallejo, M.A., Jordán, C.M., Díaz, M.I., Comeche, M.I., Ortega, J., Amor, P., y Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema*, 20, 610-615.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario de Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10(1), 59-81.