

Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada

José Olivares Rodríguez, Ana Isabel Rosa Alcázar y José Antonio Piqueras Rodríguez
Universidad de Murcia

Se presentan los resultados de un estudio llevado a cabo en un contexto comunitario con adolescentes que presentan fobia social generalizada (APA, 2000). De los sujetos detectados, treinta y cuatro aceptaron recibir tratamiento y fueron asignados al azar a dos condiciones experimentales: grupo de tratamiento (paquete multicomponente «Intervención en Adolescentes con Fobia Social») y grupo de control lista de espera. Los resultados de las comparaciones intergrupos muestran la eficacia tanto a corto como a largo plazo (12 meses) de los efectos del tratamiento en las medidas de autoinforme, las obtenidas en las pruebas observacionales y las relativas a los correlatos (asertividad, habilidades sociales y adaptación). Asimismo, tanto los tamaños del efecto calculados como el número de sujetos que dejaron de cumplir los criterios para el diagnóstico de la fobia social (criterios DSM-IV-TR; APA, 2000) avalan la significación clínica de la eficacia del tratamiento.

Early detection and treatment of adolescents with generalized social phobia. The results of a study conducted in a community setting on adolescents with generalized social phobia (APA, 2000) are presented. Thirty-four of the subjects detected agreed to participate and were randomly assigned to two experimental conditions: treatment group (multicomponent program «Intervention in Adolescents with Social Phobia») and waiting-list control group. The inter-group comparisons show a short and long-term (12 months) effectiveness of the treatment with self-report questionnaires and behavior tests as well as with the measures relating to other constructs (assertiveness, social skills and adjustment). Moreover, both the calculated effect sizes and the number of subjects who no longer fulfilled the criteria for social phobia after treatment (DSM-IV-TR criteria; APA, 2000) support the clinical significance of the effectiveness of the treatment.

De acuerdo con los datos de la American Psychiatric Association (APA, 2000), la fobia social es el tercer trastorno con mayores tasas de prevalencia, tras la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol. Kessler et al. (1994) estimaron su índice medio de prevalencia, a lo largo de la vida, en el 13,3%. En un trabajo reciente Arturo Bados (Bados, 2001), un pionero en este campo entre nosotros, recordaba que «siendo conservadores, puede decirse que el 4,5% de las personas adultas sufren fobia social y que el 9,5% la padecen o la han padecido en alguna época de su vida» (p. 9). Estos datos, por sí solos, ponen de relieve que se trata de un problema de salud pública grave, que necesariamente requiere de su consideración, investigación y tratamiento por parte de la psicología clínica. De hecho es un problema que ocupa y preocupa a los investigadores españoles (véase Echeburúa y Salaberría, 1991; Olivares y García-López, 2002; o Ruipérez, García-Palacios y Botella, 2002, por poner algunos ejemplos).

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que este trastorno de ansiedad tiene su inicio más frecuente en la infancia y

la adolescencia (así Bland, Orn y Newman, 1998; o Giaconia, Reinhertz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen, 1994).

Las consecuencias que este trastorno puede generar en el proceso de adaptación del adolescente son graves. Así, podemos destacar entre éstas el bajo rendimiento académico, con el consiguiente riesgo de abandono escolar (Beidel y Turner, 1998), el desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Stein *et al.*, 2001) o el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (DeWit, McDonald y Offord, 1999). Ello pone de relieve la importancia que una estrategia de detección e intervención temprana de/en este trastorno puede tener en esta fase de la vida, de cara a minimizar sus efectos tanto en el momento presente como en el desarrollo futuro de los adolescentes, pues éstos suelen persistir a lo largo de toda la vida cuando no se es tratado (Beidel, Turner y Fink, 1996). De hecho, ésta es una estrategia sobre la que nosotros hemos venido reflexionando en repetidas ocasiones y desde hace ya bastante tiempo (véase, por ejemplo, Olivares, 1982), que aplicamos por primera vez en 1993 en el contexto educativo para la detección e intervención temprana de/en sujetos con mutismo selectivo (véase Olivares, Méndez y Macià, 1993) y años más tarde en el tratamiento de la ansiedad social dentro de un Programa para la Detección e Intervención Temprana en Adolescentes con Fobia Social (así, Olivares y García-López, 2001; u Olivares, García-López, Beidel, Turner, Albano e Hidalgo, 2002). También otros autores como Masia, Klein, Dent, Albano y Guar-

dino (2003) han dado a conocer los resultados positivos de la aplicación de intervenciones desarrolladas en el contexto educativo, con la finalidad de detectar e intervenir tempranamente en problemas de ansiedad social en sujetos adolescentes.

Las primeras investigaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos en la niñez/adolescencia son muy recientes (véase, por ejemplo, Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow, 1995; Beidel, Turner y Morris, 1997; Hayward *et al.*, 2000; Masia *et al.*, 2001; Olivares y García-López, 2001; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000) y algunas de ellas adolecen de ciertas limitaciones metodológicas. Así, pese a que Olivares y García-López (2001) u Olivares *et al.* (2002) informaron de los excelentes resultados de un nuevo tratamiento diseñado inicialmente para su aplicación en adolescentes con fobia social generalizada (Intervención en Adolescentes con Fobia Social —IAFS, en adelante—; véase Olivares, 2004), en la primera investigación el diseño no incluía grupo de control y en la segunda presentaba como amenaza a la validez interna el hecho de estar integrado exclusivamente por los sujetos que habían decidido rechazar la posibilidad de recibir tratamiento psicológico, una vez detectados.

Con el fin de aportar evidencia experimental que nos permitiera poner a prueba la relevancia de las dudas generadas sobre la bondad del IAFS, por las limitaciones de tales estudios previos en relación con las variables inespecíficas o extrañas no controladas por el grupo de control, decidimos realizar una nueva investigación que nos permitiera obtener información respecto de la comparación entre el IASF y un grupo de control lista de espera. Ello nos llevó a plantearnos las siguientes hipótesis: 1) El grupo tratado disminuirá las respuestas de ansiedad social tras el tratamiento, mientras que esto no ocurrirá en el grupo de control, por lo que las diferencias entre ambos grupos serán estadísticamente significativas. 2) El tratamiento también afectará positivamente al incre-

mento de las medidas relativas a variables o correlatos indirectos tales como asertividad, habilidades sociales, autoestima y adaptación, no sucediendo así en el grupo de control, por lo que las diferencias habrán de ser estadísticamente significativas entre ambos grupos. 3) Los datos de las medidas observacionales tendrán la misma tendencia que los recogidos a través de autoinforme o informes de terceros. 4) Los tamaños del efecto también mostrarán cambios en la dirección positiva esperada. 5) La significación clínica estará relacionada con los cambios estadísticos, de modo que el grupo tratado alcanzará porcentajes de mejora mayores que los que se pudieran producir en el grupo control.

Método

Participantes

Participaron 34 adolescentes que cumplían los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de fobia social generalizada. La edad media era de 15,03 años (SD: 0,86; rango: 14-17), siendo la mayoría chicas (60%) que cursaban 4º de E.S.O. (40%). El 89% no presentaban antecedentes familiares con trastornos psicológicos. Ninguno había sido tratado previamente por problemas de tipo psicológico. La tabla 1 muestra otros datos relevantes de los sujetos.

Procedimiento

El reclutamiento de los sujetos siguió el siguiente proceso: 1) Se administró el SPAI y el SAS-A a una muestra de 427 alumnos de 3.º y 4.º de E.S.O. y 1.º de Bachillerato en cinco centros de la región de Murcia. La participación fue voluntaria. 2) Corrección de los cuestionarios, selección de los sujetos a partir de los puntos de

Tabla 1
Otras variables referentes a los sujetos

		Intervención adolescentes con fobia social (n= 17)	Grupo control Lista de espera (n= 17)
Edad	Media	15,00	15,06
	Desviación típica	0,71	0,96
Género	Chicos	40,00%	40,00%
	Chicas	60,00%	60,00%
Curso escolar	Tercer curso de E.S.O	29,40%	28,50%
	Cuarto curso de E.S.O.	40,00%	38,00%
	Primero de Bachillerato	30,60%	33,50%
Número de situaciones sociales fóbicas de interacción	Media	5,14	5,24
	Desviación típica	1,29	1,10
Número de situaciones sociales fóbicas de actuación	Media	2,94	2,71
	Desviación típica	1,06	1,05
Comorbilidad	Trastorno de angustia sin agorafobia	5,90%	5,90%
	Trastorno de ansiedad generalizada	29,40%	29,40%
	Fobia específica	82,40%	64,70%
	Trastorno por estrés postraumático	0,00%	11,80%
	Episodio depresivo mayor	5,90%	5,90%
	Trastorno distímico	5,90%	17,60%
	Abuso del consumo de sustancias tóxicas	0,00%	17,60%
	Trastorno de personalidad por evitación	70,60%	52,90%
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	29,40%	29,40%	

corte previamente determinados (SPAI \ 97; SAS-A \ 57 —Oliveras, García-López, Turner, La Greca y Beidel, 2002—) y cita con aquellos que los superaban para ser entrevistados. 3) Entrevista mediante el ADIS-IV-C (Silverman y Albano, 1996), siguiendo primero el proceso recogido en la sección de fobia social y después el resto de las secciones, si el sujeto cumplía los criterios para el diagnóstico. 4) Selección de los sujetos y requerimiento del consentimiento paterno para realizar el tratamiento. 5) Distribución aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales integradas por 4 subgrupos de 4-5 sujetos en cada caso. 6) Realización de la evaluación pretest, aplicación del tratamiento y realización de las evaluaciones relativas al postest y a los seguimientos. Cuatro colaboradores entrenados específicamente para tal fin realizaron las tareas de selección, diagnóstico y evaluación pre y post-tratamiento; dos de ellos realizaron las tareas de selección (conjuntamente), y los otros dos llevaron a cabo las entrevistas diagnósticas y el resto del proceso de evaluación: uno de ellos el pretest y el segundo seguimiento, el otro el postest y el primer seguimiento, todo de manera independiente; el equipo solo tuvo conocimiento del conjunto de los datos referidos a las distintas medidas cuando se dio por terminada la recogida de información. El tratamiento fue aplicado por el primer autor y un colaborador, ambos psicólogos con experiencia en el tratamiento de la fobia social en sujetos adolescentes.

Diseño

Se utilizó un diseño experimental con un factor intra (pretest, postest y seguimientos) y otro inter (grupo de tratamiento vs. grupo control lista de espera). La integridad del tratamiento se controló mediante un manual escrito (véase Oliveras, 2004). A fin de maximizar la participación de los sujetos y controlar la mortalidad experimental, las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en los centros educativos en un horario compatible con las clases de los alumnos, siempre por las mañanas. Las dos condiciones experimentales fueron evaluadas antes de iniciar el tratamiento, inmediatamente después de terminarlo y a los seis meses de seguimiento. Del grupo tratado también se obtuvieron datos en el seguimiento a los doce meses, pero no del grupo de control porque a sus integrantes se les ofertó la posibilidad de recibir tratamiento tras la evaluación de los efectos del tratamiento realizada a los seis meses (primera medida de seguimiento).

Instrumentos de evaluación

Todos los sujetos completaron en los diferentes momentos temporales los siguientes instrumentos:

«Inventario de Ansiedad y Fobia Social» (—SPAI—; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989), que incluye tres puntuaciones: la puntuación de la subescala de Fobia Social, la puntuación de la subescala de Agorafobia y la puntuación Diferencia. «Escala para la Detección de la Ansiedad Social» (—EDAS—; Oliveras y García-López, 1998), que mide la ansiedad social a través de un listado de 8 situaciones a las que el sujeto debe responder mediante una escala tipo Likert (rango: 0-5) respecto del grado de evitación, ansiedad e interferencia que el sujeto experimenta en tales situaciones. «Escala de Ansiedad Social para Adolescentes» (—SAS-A—; LaGreca y López, 1998), adaptada a población española por Oliveras, Ruiz, Hidalgo y García-López (1999), la cual presenta una estructura trifactorial [(a) la subescala de miedo a la evaluación ne-

gativa (FNE), (b) la subescala de ansiedad y evitación social ante desconocidos (SAD-Desconocidos) y (c) la subescala de ansiedad y evitación social en general (SAD-General)]. «Escala de Miedo a la Evaluación Negativa» (—FNES—; Watson y Friend, 1969), adaptada y validada para esta población por García-López, Oliveras, Hidalgo, Beidel y Turner (2000). «Escala de Ansiedad y Evitación Social» (—SADS—; Watson y Friend, 1969), que mide el nivel de ansiedad y evitación ante situaciones sociales, también validada para población adolescente de habla española (García-López et al., 2000). «Escala de Fobia Social» (—SPS—; Mattick y Clarke, 1989), diseñada para evaluar la ansiedad de actuación (por ejemplo, comer o beber en público). «Escala de Ansiedad en la Interacción Social» (—SIAS—; Mattick y Clarke, 1989), que mide la ansiedad ante interacciones sociales. «Cuestionario de confianza para hablar en público» (*Personal Report of Confidence as Speaker —PRCS—*; versión de Paul, 1966) con el objeto de evaluar tanto el miedo como la seguridad a hablar en público (antes, durante y después de la actuación); Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) han constatado su utilidad en población adolescente española. «Autoverbalizaciones durante la Situación de Hablar en Público» (—SSPS—; Hofmann y DiBartolo, 2000). «Escala de Asertividad» (—RAS—; Rathus, 1973). «Escala de Inadaptación» (—EI—; Echeburúa y Corral, 1987). «Escala de Autoestima» (—SASI—; Rosenberg, 1965) para medir el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. «Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes» (*EHSPA*; Méndez, Martínez, Sánchez e Hidalgo, 1995). ADIS-IV-C (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Version*; Silverman y Albano, 1996). El registro, mediante cámara oculta de vídeo, de la duración y la ocurrencia o no de correlatos motores en la tarea de hablar en público, sobre un tema elegido de entre cinco propuestos, ante una audiencia integrada por tres adolescentes de género distinto al del conferenciante, desconocidos para éste y de edad equivalente; el tiempo total de la conferencia fue de tres minutos, durante los cuales se grabó y posteriormente se registró por observadores independientes, previamente entrenados, la duración en segundos del tiempo total que el sujeto empleó mirando directamente hacia donde estaban los asistentes —mirar—, el número de pausas iguales o menores a dos segundos que utilizó —pausas—, el número de pausas mayores a dos segundos —silencios— que se produjeron, el porcentaje de tiempo ocupado por el habla en relación con el tiempo total disponible —habla—, el número de muletillas utilizadas durante la conferencia —repeticiones—; la tasa de acuerdo se calculó dividiendo el número de acuerdos por el total de las observaciones registradas por ambos. También se registró el número de situaciones sociales señaladas como fóbicas en la sección de fobia social del ADIS-IV-C (pp. 17-21), el cual se tomó como variable dependiente para el cálculo de la significación clínica de los efectos del tratamiento.

Tratamiento

El programa utilizado con el grupo tratado fue el IAFS (Intervención en Adolescentes con Fobia Social) —véase Oliveras, 2004—. Consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de duración por sesión y periodicidad semanal. Los componentes del programa son cuatro: (i) *Componente Educativo*. Se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la fobia social, se planifican las conductas objetivo individuales y se evalúan las expectativas que tiene el sujeto tanto para el tratamiento como para cada una de las conductas

objetivo fijadas. (ii) *Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades, así como entrenamiento en hablar en público. (iii) *Exposición*. Es el elemento central del programa. En torno a ella giran casi todas las actividades que se planifican para el entrenamiento durante las sesiones de tratamiento. Así, por ejemplo, para la exposición a situaciones como iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo sexo o del sexo opuesto se emplean chicos y chicas de edad equivalente, o algo mayores a las de los participantes, los cuales son desconocidos para éstos y han sido previamente entrenados para tal fin, actuando como cómplices de los terapeutas; todo ello de acuerdo con un plan previamente diseñado y estructurado. (iv) *Técnicas de reestructuración cognitiva*. Se utiliza la terapia cognitiva de Beck siguiendo las etapas educativa, de entrenamiento y de aplicación, y el formato A-B-C de Ellis para discutir pensamientos automáticos e irracionales.

El IAFS incluye tareas para casa, acordes con el entrenamiento recibido, que conllevan exposiciones en vivo y en imaginación a situaciones relativas a los contenidos entrenados. Estas tareas tienen como finalidad consolidar y generalizar los contenidos, habilidades y destrezas ensayados en el contexto clínico seguro que supone el formato grupal.

Los sujetos disponen de horario de consultas opcional e individual para planificar con el terapeuta tareas de autoexposición relativas a las conductas objetivo fijadas por cada participante, así como para clarificar o ahondar en los contenidos explicados en las sesiones de grupo o en cualquier otra cuestión relativa al tratamiento. El horario de tutoría es de dos horas semanales, distribuidas según un horario flexible que se articula en función del número de sujetos que solicitan consulta para esa semana.

El programa también incluye en su última sesión el entrenamiento en estrategias para la detección y análisis de las potenciales situaciones de alto riesgo en las que los sujetos pueden experimentar ansiedad y deseos de emitir respuestas de evitación o escape, así como instrucciones específicas de cara a la prevención de recaídas. Asimismo, se analizan las situaciones sociales que aún generan ansiedad y se discute la importancia de continuar exponiéndose a ellas, recordándose también cómo ha de realizarse tal exposición para que resulte efectiva.

Resultados

Los análisis realizados conllevaron comparaciones tanto intragrupo como intergrupo. En cuanto a los análisis intergrupo, procedimos, en primer lugar, a comprobar si existían diferencias en el pretratamiento entre ambos grupos (tratado y control) mediante la realización de una comparación de medias o frecuencias (prueba T de Student o Chi-cuadrado de Pearson) atendiendo al tipo de variable medida. Los resultados, tanto de las variables sociodemográficas como de las variables dependientes (véanse los datos del pretest en las tablas que siguen a continuación), indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; es decir, los grupos estaban inicialmente iguales. Por ello, procedimos a la evaluación intergrupo de los efectos del tratamiento en el postest y en el seguimiento a los seis meses, ya que el grupo de control no contó con datos de seguimiento al año por las razones ya expuestas. Para este análisis realizamos una comparación de medias mediante la prueba T de Student. Además también aportamos los tamaños del efecto

(diferencia media tipificada), resultantes de comparar las diferencias entre pretest-postest y pretest-seguimiento 1 (6 meses) del grupo tratado menos las del grupo control ($d_T - d_C$). Los valores d_+ positivos reflejan una mejora del grupo tratado frente al grupo de control en el postest y en el seguimiento. Los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SSPS 11.0 (2001) y Meta-Win 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000). Respecto de las comparaciones intragrupo, realizamos un anova de medidas repetidas en las distintas variables dependientes y, posteriormente, utilizando el procedimiento de Bonferroni, analizamos las comparaciones dos a dos. En el caso de las variables observacionales, debido a que tan solo disponíamos de información en el pretest y seguimiento, se realizó la prueba de comparación de medidas dependientes (T de Student). Finalmente, también nos interesó analizar la significación clínica del tratamiento mediante dos criterios: 1) Remisión total de los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social o, lo que es lo mismo, reducción a cero del número inicial de situaciones sociales fóbicas que presentaban los sujetos; y 2) Remisión parcial operacionalizada como una disminución entre el 99,9% y el 75%, el 74,9% y el 50% o 49,9% y el 0% del número inicial de situaciones sociales fóbicas presentadas. Para ello realizamos cuatro tablas de contingencia, dos para el postest y dos para el seguimiento de cada combinación del criterio de eficacia (100% y 75%), realizamos la comparación mediante el estadístico Chi-cuadrado de Pearson.

Comparaciones intergrupo

Como se indica en la tabla 2, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre pretest-postest, pretest-seguimiento 1 (a los seis meses) en todas las variables que miden ansiedad y evitación social, excepto en el SADS, cuya diferencia en el postest no es significativa. El signo negativo de la prueba T indica que los resultados en el grupo de control son más altos que en el grupo experimental; es decir, los sujetos presentan mayores niveles de ansiedad y mayor frecuencia de evitación social. Estos datos son confirmados mediante los tamaños del efecto (TE) que, como podemos observar, son muy elevados, aumentando éstos en el período de seguimiento.

Respecto de las variables de evitación social, el grupo tratado alcanzó en todas diferencias estadísticamente significativas tanto en el postest como en el seguimiento respecto del grupo de control -EDAS EVITACIÓN ($p < .001$), SADG ($p < .001$) y SADN ($p < .001$), siendo dichas respuestas inferiores en el grupo tratado frente al grupo no tratado (control lista de espera).

Respecto a las variables que evalúan el componente cognitivo de la ansiedad, la tabla 3 presenta diferencias significativas tanto en el postest como en el seguimiento en dos de las variables que evalúan el miedo a la evaluación negativa, disminuyendo las medias de ambas variables en el grupo tratado frente al control.

Finalmente, la tabla 4 presenta los resultados que el tratamiento ha generado sobre otros correlatos o variables relacionadas como la asertividad, la autoestima, la adaptación y las habilidades sociales y las medidas observacionales. Los datos indican que se produce una mejora significativa del grupo tratado frente al control en el postest en las medidas relativas a la asertividad y a las habilidades sociales, incrementándose en el seguimiento en ambos casos y en la medida de la adaptación, como lo indican los tamaños del efecto que aparecen en la misma tabla. La variable autoestima, aunque aumenta en el grupo tratado más que en el control,

Tabla 2
Respuestas de ansiedad y evitación social

Instrumento	Momento de la medida	IAFS		Control lista espera		T	TE
		n	M (SD)	n	M (SD)		
SPAI-Fobia social	Pretest	17	132,19 (22,35)	17	127,01 (18,12)	0,74	-
	Postest	17	64,29 (28,70)	17	126 (18,30)	-7,52***	2,86
	Seguimiento 1	16	48,84 (33,07)	17	127,57 (18,03)	-8,56***	3,57
SPAI-Diferencia	Pretest	17	111,61 (29,53)	17	98,07 (23,08)	1,48	-
	Postest	17	52,20 (25,21)	17	103,76 (15,66)	-7,09***	2,14
	Seguimiento 1	16	40,97 (26,39)	17	104,91 (14,70)	-8,66***	2,55
SPAI-Agorafobia	Pretest	17	26,47 (11,73)	17	21,53 (9,90)	1,32	-
	Postest	17	11,53 (6,06)	17	22,71 (10,31)	-3,85**	1,32
	Seguimiento 1	16	9,16 (7,41)	17	22,64 (8,46)	-4,85***	1,68
EDAS-Total	Pretest	17	83,41 (13,83)	17	78,06 (10,98)	1,25	-
	Postest	17	43,65 (13,55)	17	73,35 (16,65)	-5,70***	2,32
	Seguimiento 1	16	40,69 (17,26)	17	68,29 (16,76)	-4,66***	2,11
EDAS-Malestar	Pretest	17	29,35 (4,15)	17	28,06 (4,39)	0,88	-
	Postest	17	15,65 (3,12)	17	26,41 (4,45)	-8,15***	2,81
	Seguimiento 1	16	14,38 (4,70)	17	25,47 (5,97)	-5,91***	2,87
EDAS-Interferencia	Pretest	17	26,29 (5,92)	17	24,59 (4,44)	0,95	-
	Postest	17	15,94 (6,85)	17	25,47 (4,09)	-4,92***	1,49
	Seguimiento 1	16	13,38 (5,54)	17	20,59 (5,05)	-3,91***	1,23
SAS-A Total	Pretest	17	72,94 (8,98)	17	71,35 (7,84)	0,55	-
	Postest	17	40,41 (12,86)	17	66,65 (18,01)	-4,88***	2,90
	Seguimiento 1	16	43,25 (16,69)	17	60,00 (19,84)	-4,02***	2,73
SIAS	Pretest	17	52,65 (9,28)	17	49,59 (9,18)	0,96	-
	Postest	17	25,41 (10,51)	17	46,82 (10,48)	-5,94***	2,51
	Seguimiento 1	16	19,50 (11,93)	17	43,88 (15,77)	-4,98***	1,80
SADS	Pretest	17	20,94 (5,93)	17	20,00 (2,80)	0,59	-
	Postest	17	15,18 (22,61)	17	19,94 (5,55)	-0,84	0,90
	Seguimiento 1	16	7,31 (6,62)	17	17,06 (6,46)	-4,27***	1,19
SPS	Pretest	17	46,47 (12,75)	17	42,76 (10,27)	0,93	-
	Postest	17	19,06 (7,85)	17	38,65 (10,87)	-6,02***	1,66
	Seguimiento 1	16	17,94 (11,44)	17	35,35 (15,18)	-3,70**	1,43
PRCS	Pretest	17	72,53 (16,68)	17	82,76 (9,49)	-2,19	-
	Postest	16	102,81 (30,24)	17	78,65 (20,07)	2,72*	2,23
	Seguimiento 1	16	109,94 (34,63)	17	87,12 (10,95)	2,58*	1,80
Número de situaciones sociales fóbicas	Pretest	17	7,88 (2,09)	17	7,94 (1,51)	-0,10	-
	Postest	17	1,00 (1,41)	17	8,24 (1,56)	-14,16***	4,49
	Seguimiento 1	16	0,63 (1,99)	17	7,94 (2,86)	-8,46***	4,93
Número de situaciones sociales fóbicas de relación	Pretest	17	5,13 (1,26)	17	5,24 (1,09)	-0,26	-
	Postest	17	0,59 (0,87)	17	5,47 (1,12)	-14,15***	3,70
	Seguimiento 1	16	0,50 (1,26)	17	5,24 (1,95)	-8,21***	3,56
Número de situaciones sociales fóbicas de actuación	Pretest	17	2,94 (1,06)	17	2,71 (1,05)	0,63	-
	Postest	17	0,41 (0,61)	17	2,76 (0,97)	-8,43***	2,30
	Seguimiento 1	16	0,25 (0,77)	17	2,71 (1,16)	-7,10***	2,41

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; EDAS: Evaluación Diagnóstica de la Ansiedad Social; SAS-A: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; SIAS: Escala de Ansiedad ante Interacciones Sociales; SADS: Escala de Ansiedad y Evitación Social; SPS: Escala de Fobia social; PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público.

* P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

no alcanza significación estadística. Respecto de las medidas observacionales, todas las variables, excepto la operacionalizada como «repetición», alcanzan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo tratado y el control.

Comparaciones intragrupo

El análisis de las medidas intragrupo (anova de medidas repetidas y *T* de Student), realizado en ambas condiciones experimen-

Tabla 3
Evolución del componente cognitivo de la fobia social

Instrumento	Momento de la medida	IAFS		Control lista espera		<i>T</i>	<i>TE</i>
		<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>		
SSPS	Pretest	17	27,94(9,56)	17	21,35(5,87)	2,42	–
	Posttest	17	21,35(25,81)	17	24,06(8,41)	-0,41	1,09
	Seguimiento 1	16	20,31(30,44)	17	21,82(6,68)	-0,20	0,84
SAS-A FNES	Pretest	17	34,47(5,54)	17	31,59(3,92)	1,75	–
	Posttest	17	20,12(7,39)	17	31,35(3,77)	-5,57***	2,40
	Seguimiento 1	16	17,38(8,49)	17	26,82(8,79)	-3,13**	1,78
FNE	Pretest	17	26,06(3,94)	17	24,00(2,55)	1,81	–
	Posttest	17	15,12(6,16)	17	21,94(7,46)	-2,91**	1,88
	Seguimiento 1	16	12,81(7,90)	17	22,41(6,21)	-3,89***	2,60

SSPS: Autoverbalizaciones ante una situación para hablar en público; SAS-A (FNE): Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de miedo a la evaluación negativa); FNE: Escala de Miedo a la Evaluación negativa.
* P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

Tabla 4
Otros correlatos

Instrumento	Momento de la medida	IAFS		Control lista espera		<i>T</i>	<i>TE</i>
		<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>		
RAS	Pretest	17	-34,18 (18,48)	17	-25,59(11,85)	-1,61	–
	Posttest	17	12,35 (19,17)	17	-27,65(11,91)	7,30**	2,55
	Seguimiento 1	16	19,63 (26,82)	17	-26,65(18,51)	5,79***	2,85
AUTOESTIMA	Pretest	17	22,53 (3,85)	17	25,29(3,77)	-2,11	–
	Posttest	17	26,71 (10,30)	17	22,76(6,95)	1,31	1,66
	Seguimiento 1	16	29,56 (8,64)	17	26,00(3,82)	1,54	1,55
ADAPTACIÓN	Pretest	17	21,06 (5,92)	17	21,82(5,38)	-0,39	–
	Posttest	17	16,12 (13,30)	17	20,94(5,86)	-1,36	0,64
	Seguimiento 1	16	11,81 (8,02)	17	20,82(7,07)	-3,42*	1,30
EHPSA	Pretest	17	98,88 (22,64)	17	85,47(16,79)	1,96	–
	Posttest	17	46,18 (21,92)	17	77,65(28,53)	-3,61***	1,77
	Seguimiento 1	16	38,25 (25,40)	17	80,12(23,70)	-4,89***	2,24
MIRAR	Pretest	17	50,87 (23,35)	17	53,33 (22,40)	1,47	-0,10
	Posttest	17	139,67 (33,05)	17	54,20 (21,40)	47,22***	3,99
PAUSAS	Pretest	17	6,67 (5,09)	17	6,50 (5,10)	0,22	-0,03
	Posttest	17	12,73 (5,18)	17	6,30 (4,10)	8,57***	2,71
SILENCIO	Pretest	17	6,73 (2,37)	17	6,30 (2,40)	0,81	-0,18
	Posttest	17	2,40 (1,59)	17	6,50 (2,50)	-8,28***	2,57
HABLA	Pretest	17	22,20 (11,57)	17	22,10 (11,60)	0,08	0,00
	Posttest	17	46,07 (14,03)	17	21,20 (11,50)	20,05***	1,77
REPETICIÓN	Pretest	17	3,53 (1,88)	17	3,20 (1,90)	0,72	-0,17
	Posttest	17	3,53 (2,77)	17	3,10 (1,80)	0,82	0,15

RAS: Escala de Asertividad; EHPSA: Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes.
* P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

tales, indicó que los sujetos del grupo tratado redujeron sus puntuaciones en ansiedad y evitación social y aumentaron éstas en las variables relativas a la autoestima, las habilidades sociales, la asertividad y las variables observacionales relacionadas con el habla, hallándose diferencias significativas respecto del pretest con un nivel de significación muy alto ($p \leq .00$). En cambio, en los resultados del grupo de control no se hallaron diferencias entre las medidas del pretest y el postest en ninguna de las variables; no obstante, no sucede así en dos de las medidas pretest-seguimiento, EDAS-Interferencia y SAS-A/SAD-Extraños, donde se alcanza una significación de $p \leq .05$

Significación clínica

La significación clínica de los cambios fue determinada mediante el estudio del porcentaje de sujetos que dejaba de cumplir los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social por el DSM-IV-C, es decir, aquellos que presentaban una remisión total del número de situaciones sociales fóbicas inicialmente medidas, los que situaban esta reducción entre un 75%-99,99%, un 50%-74,99% o un 0%-49,99%. Centrándonos en la remisión al 100% en el postest, observamos que se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p \leq .00$), mejorando el 58,82% de los sujetos tratados frente al 0% de los del grupo de control. Esta mejoría se mantiene en el seguimiento a los seis meses, aumentando a un 70% al año de seguimiento (en línea con lo obtenido en estudios previos —Olivares y García-López, 2001; García-López *et al.*, 2002—). En cuanto al resto de comparaciones (75%, 50% y 0%), se alcanzaron diferencias entre el criterio 50%-0% (todos sujetos del grupo tratado mejoran en el postest, siendo nula la mejoría en el grupo de control), pero no sucedió así en el criterio del 75%; en este último las diferencias se mantuvieron en la misma dirección, pero no alcanzan la significación estadística. No obstante, estos resultados hay que interpretarlos con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra.

Discusión y conclusiones

El objetivo de nuestro estudio fue comparar la efectividad de un programa multicomponente para el tratamiento de la fobia social en adolescentes (IASF) aplicado en un contexto comunitario, dentro del marco general de un Programa para la Detección e Intervención Temprana de Sujetos Adolescentes con Fobia Social, frente a un grupo de control de lista de espera. En relación con las hipótesis formuladas, nuestros resultados indicaron una disminución de las respuestas de ansiedad social del grupo tratado frente al control tanto en el postest como en el seguimiento. Estos resultados coinciden con otros hallados en población adolescente (Hayward *et al.*, 2000; Olivares y García-López, 2001; Olivares *et al.*, 2002). Respecto de la segunda hipótesis, solo obtuvimos confirmación parcial, pues los datos indicaron una mejoría en las variables asertividad, adaptación y habilidades sociales, pero no en autoestima, coincidiendo los datos relativos a esta última variable con los resultados obtenidos por Salaberría y Echeburúa (1995). En cuanto a la hipótesis relacionada con las medidas observacionales, comprobamos que se produjo una mejoría del pretest al postest en el grupo tratado, pero no en el grupo de control, alcanzando diferencias estadísticamente significativas los sujetos tratados frente a los no tratados.

Respecto de la hipótesis relacionada con los tamaños del efecto, observamos que éstos fueron mayores en el grupo tratado que en el control tanto en el postest como en el seguimiento, de acuerdo con lo esperado y de modo consistente con los resultados hallados en investigaciones previas (así, García-López *et al.*, 2002; u Olivares y García-López, 2001). Asimismo, los elevados tamaños del efecto que se observan muestran que la eficacia del programa es significativa, según el criterio de Cohen (1988).

En cuanto a las comparaciones intra-grupo hay que indicar que el grupo tratado mejora significativamente tanto en el postest como en el seguimiento en todas las variables, mientras que el grupo de control no alcanza mejorías entre pretest-postest, pero sí se producen cambios en algunas variables cuando comparamos las medidas pretest con las del seguimiento, hecho que también ha podido ser observado ya en otras investigaciones (Olivares *et al.*, 2002; Salaberría y Echeburúa, 1995) y que puede explicarse como resultado del cambio operado en algún sujeto en relación con la fobia social debido a que su circunstancia personal le ha «obligado» a exponerse a alguna(s) situación(es) social(es) temida(s), produciéndose una superación del miedo en todas o alguna(s) de ellas.

Respecto de la quinta hipótesis, nuestros resultados indican que, con el criterio más estricto (100% de eliminación de situaciones sociales fóbicas), se constatan diferencias significativas entre el grupo de control y el grupo tratado tanto en el postest como en el seguimiento. En cuanto al criterio menos estricto o de remisión parcial no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. No obstante, los datos muestran la eficacia del programa en el ámbito de la significación clínica, lo que también coincide con resultados obtenidos previamente (García-López *et al.*, 2002).

En síntesis, podemos concluir diciendo que dado que el fin del presente trabajo era aportar evidencia experimental que nos permitiera poner a prueba la relevancia de las dudas generadas en relación con la bondad del IAFS, debido a las limitaciones de nuestros estudios previos en relación con las variables extrañas no controladas mediante el empleo de un grupo de control puro, los resultados obtenidos nos permiten desechar tales dudas.

Respecto a las investigaciones futuras, consideramos que entre otras cuestiones sería importante valorar la incorporación de los padres como informadores de los cambios producidos en los hijos; ello puede contribuir a corroborar la validez social de la intervención; otro tanto podríamos indicar en relación con la obtención de medidas sociométricas tanto en el postest como en los seguimientos relativos a los cambios que se operan en el grupo-clase tras la intervención, respecto de los sujetos tratados. Otro aspecto relevante a tener en cuenta es el control de variables tales como los antecedentes familiares, edad de inicio o la operacionalización más precisa del grado de generalización, diferenciando, por ejemplo, entre fobia social leve, moderada y gravemente generalizada, a fin de ponderar cómo se distribuye la eficacia mostrada por el IAFS en relación con la intensidad del grado de generalización. De igual modo, se podría seguir analizando el papel que realmente puede desempeñar y está desempeñando la tutoría (libre u obligatoria) en la eficacia del IAFS; la utilización de *feedback* audiovisual frente a *feedback* de compañeros; el empleo de diferentes tipos de grupos de control (placebo activo —tratamiento educativo, técnicas de estudio, etc.— frente a placebo pasivo), etc. Todos son aspectos que permitirían avanzar en la mejora del IAFS para incrementar su eficacia y eficiencia en el tratamiento de la fobia social en la adolescencia.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido finalizado gracias a la ayuda I+D SEJ2004-01471 del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Referencias

- Albano, A.M., Marten, P.A., Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (cuarta edición-texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Fink, C.M. (1996). Assessment of childhood social phobia: construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment*, 8, 235-240.
- Bland, R.C., Orn, H. y Newman, S.C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 24-32.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed.). Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Associated.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 7-23.
- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and The Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-López, L.J., Olivares, J., Turner, S.M., Beidel D.C., Albano, A.M. y Sánchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10, 165-179.
- Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. y Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 706-717.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A.F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Hofmann, S.G. y DiBartolo, P.M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Kessler, R.C., 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.
- La Greca, A.M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Masia, C., Klein, R., Storch, E. y Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 40, 780-786.
- Mattick, R.P. y Clarke, J.C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Unpublished manuscript.
- Méndez, F.X., Inglés, C. e Hidalgo, M.D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74.
- Méndez, F.X., Martínez, J.A., Sánchez, S.E. e Hidalgo, M.D. (1995). *Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA)*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J. (1982). La droga en nuestros centros escolares (I). *La Escuela Española*, 2621, 5.5.
- Olivares, J. (Dir. y Coord.) (2004). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia* (14-18 años). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (1998). *Escala para el Diagnóstico de la Ansiedad Social (EDAS)*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14, 405-409.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1993). Detección e intervención temprana en mutismo selectivo. Una aplicación del automodelado gradual filmado y trucado (AGFT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 68, 793-817.
- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C., Turner, S.M., Albano, A.M. e Hidalgo, M.D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J., García-López, L.J., Turner, S., La Greca, A.M. y Beidel, D. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: the Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), 467-476.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (1999, noviembre). *Un análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. Desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Rathus, S.A. (1973). 30-items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Ruipérez, M.A., García-Palacios, A. y Botella, C. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: Axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psicothema*, 14, 426-433.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- 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.
- Silverman, W. y Albano, A.M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule (ADIS-IV-C)*. Nueva York: Graywind Publications Incorporated (traducción y adaptación al español de Olivares, Sánchez-García y Amorós, 2001).
- Spence, S.H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Hötler, M., Lieb, R. y Wittchen, H.U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.