



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Olivares-Olivares, P. J.; Rosa-Alcázar, A. I.; Olivares-Rodríguez, J.
Validez Social de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social: Padres frente a Profesores
Terapia Psicológica, vol. 25, núm. 1, junio, 2007, pp. 63-71
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525105>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Validez Social de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social: Padres frente a Profesores

Social Validity of Adolescent Intervention in Social Phobia: Parents vs. Teachers

Olivares-Olivares, P. J.
Rosa-Alcázar, A. I.
Olivares-Rodríguez, J.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Murcia, España

(Rec: 02 de Marzo 2007 Acep: 27 de Abril 2007)

Resumen

Se presentan los resultados de un estudio llevado a cabo en un contexto comunitario con adolescentes españoles que presentan fobia social generalizada. El principal objetivo de esta investigación es analizar si los datos aportados por diferentes agentes de información (adolescentes, sus padres y profesores), mediante la versión creada para ello de esta escala (SAS-A total, SAS-A Padres y SAS-A Profesores), coinciden en la percepción de la mejora, atendiendo al tipo de tratamiento recibido, con el fin de analizar la validez social de los cambios. Los cincuenta y nueve sujetos seleccionados, de edades comprendidas entre 14 y 17 años, siendo el 67,8% chicas, fueron asignados al azar a tres condiciones experimentales: Tratamiento psicológico estructurado (cognitivo-conductual), Transmisión de información relativa a la ansiedad en general y a la fobia social en particular y Grupo de control lista de espera. Los resultados muestran que los adolescentes que recibieron tratamiento psicológico estructurado alcanzan mejores resultados en todas las variables medidas y que dichos cambios son percibidos por sus padres y profesores, siendo el grado de concordancia entre estos últimos mayor que entre éstos y los adolescentes.

Palabras clave: Fobia social, adolescentes, validación social, padres, profesores

Abstract

The results of a research conducted with adolescents who suffer generalized phobia at a community setting, are presented. The main objective was to analyze if the data from different informants (adolescents, their parents, and teachers) obtained with a scale designed for this purpose (SAS-A complete, SAS-A parents, and SAS-A teachers) were consistent in the improvement perception, in function of the kind of treatment received; aiming at analyzing the social validity of the changes. The 59 participants who were selected had between 14 and 17 years of age (67.8% girls), and were randomly assigned to three experimental conditions: structured behavioral treatment (cognitive-behavioral), transmission of information regarding general anxiety disorders and social phobia in particular, and a control group which remained in waiting list. The results showed that adolescents in the structured behavioral treatment had a better evolution in all the psychological variables that were assessed, and that the changes were perceived by their parents and teachers, being the concordance between the later and the former higher than each of them with the adolescents.

Keyword: Social phobia, adolescents, social validation, parents, teachers

Introducción

Los estudios epidemiológicos sobre la fobia social ponen de manifiesto que el trastorno de ansiedad social tiene su inicio más frecuente en la adolescencia media y es actualmente el desorden más diagnosticado en el contexto

clínico durante esta fase de la vida (Beidel, Ferrell, Alfano & Yeganeh, 2001; Olivares, Rosa & Piqueras, 2005; Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés & López-Gollonet, 2003).

La evaluación de este problema se ha llevado a cabo con diferentes sistemas de medida: entrevistas, autoin-

Esta investigación ha sido realizada gracias al proyecto SEJ2004-01471/PSIC del Ministerio de Educación y Ciencia (España).

Correspondencia: José Olivares, Ph. D. Universidad de Murcia, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. P. O. Box 4021. Espinardo (Murcia) 30100, España. Email: jorelx@um.es

formes, autorregistros, tests de observación conductual y registros psicofisiológicos. Mediante estos instrumentos se ha pretendido no sólo evaluar la fobia social sino también analizar algunas dimensiones de la personalidad (autoestima y asertividad) y variables psicopatológicas (inadaptación, ansiedad, depresión, abuso de sustancias) debido a la implicación directa de las mismas en dicho problema (Olivares, 2005).

La mayor parte de los estudios presentan datos referentes a la información aportada directamente por los propios sujetos, no utilizando agentes externos, en concreto padres, profesores o compañeros de los adolescentes, de modo que permitan constatar empíricamente la validez social de los cambios presentados en el adolescente. En 1998, DiBartolo, Albano, Barlow & Heimberg iniciaron un debate acerca de quiénes eran los que proporcionaban información más fiable sobre las respuestas de ansiedad social, los chicos que padecían el problema o sus padres. Sus resultados indicaron que aunque existía un acuerdo elevado entre padre/hijo en lo referente a la severidad de las respuestas cognitivas, no resultaba tan alto dicho acuerdo cuando se refería a las respuestas de evitación. Dichos autores refieren que los padres aparecen como mejores informadores sobre las conductas evitativas, puesto que los adolescentes tienden a minimizar sus respuestas de evitación ante las situaciones sociales. Ello, quizás, sea debido a la presencia de una de las distorsiones más frecuentes citadas por Fernández-Ballesteros (1986): la Deseabilidad social, es decir, intentar causar buena impresión a la persona evaluadora. No obstante, a juicio de La Greca & López (1998), debieran ser los adolescentes la principal fuente de información, sin que ello suponga obviar la contribución de los padres y/o profesores en la evaluación. En un meta-análisis realizado por Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés & López-Gollonet (2003) sobre 26 estudios independientes que trataban adolescentes con fobia social, concluyeron que los niños/adolescentes valoraban más positivamente los cambios producidos por el tratamiento ($d_+ = 1,24$) frente a los padres ($d_+ = 0,82$) y profesores ($d_+ = 0,94$). En cuanto a los instrumentos de medida, observaron que los autoinformes que medían directamente la fobia social alcanzaban los mejores resultados, en concreto el SAS-A ($d_+ = 1,84$), aunque el resto de instrumentos mostraron una eficacia media, siendo, por tanto, un instrumento sensible al cambio. Este dato apoya los resultados antes mencionados en los que se constata el efecto directo del tratamiento de la fobia social sobre este constructo, así como en relación con la mejora indirecta de otras variables tanto clínicas como de personalidad relacionadas con él. No obstante, fue la entrevista el instrumento más sensible a los cambios ($d_+ = 2,47$), quizás debido a que los investigadores miden con mayor detalle la mejora de los sujetos que éstos mismos (autoinformes) o que sus familiares (informes de terceros).

Uno de los instrumentos ampliamente utilizados para la evaluación de la fobia social es la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A; La Greca & López, 1998), basada en el modelo conceptual de Watson & Friend (1969) y no en los criterios del DSM referentes a la fobia social. Contiene tres subescalas, la subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE), la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños (SAD-Extraños) y la subescala de ansiedad y evitación social en general (SAD-General); además de la versión general (SAS-A Total) tanto contestada por los niños/adolescentes y por los padres (SAS-A Padres) y profesores (SAS-A Profesores). El objetivo de este trabajo es presentar los datos aportados por los padres (en casa y situaciones extraescolares) y profesores (situaciones escolares), mediante la versión creada para ello de esta escala (SAS-A Padres y SAS-A/Profesores) con el fin de analizar si ambos agentes coinciden en la percepción de la mejora tanto entre ellos como con los propios adolescentes.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 59 adolescentes, y sus respectivos padres/madres y profesores, que cumplían los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de fobia social generalizada. La edad media de los adolescentes fue de 14,89 años (SD: 0.80; rango: 14-17), siendo la mayoría chicas (67,8%). Ninguno había sido tratado previamente ni por éste ni por otros problemas psicológicos. El nivel socioeconómico de los padres fue principalmente medio (59,3%), seguido de bajo (37,3%). En cuanto al nivel de estudios de los padres, destacó la categoría Bachillerato (48%) y Primarios (35%). La Tabla 1 muestra otros datos relevantes de los adolescentes por condición experimental.

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra experimental

		Grupo IAFS (N=20)	Grupo Educativo (N=19)	Grupo Lista Espera (N=20)
EDAD (media en años)*		15,00	14,94	14,75
GÉNERO (%)	HOMBRES	5 (25%)	6 (31,6%)	8 (40%)
	MUJERES	15 (75%)	13 (68,4%)	12 (60%)
CURSO ESCOLAR	3º ESO	5 (25%)	6 (31,6%)	6 (30%)
	4º ESO	10 (50%)	8 (42,1%)	13 (65%)
	1º Bach	5 (25%)	5 (26,3%)	1 (5%)
NÚMERO DE SITUACIONES TEMIDAS		8.40	7,52	7.55
COMORBILIDAD (Porcentaje)	Trastorno de pánico	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
	Agorafobia	0 (0%)	3 (15,8%)	3 (15%)
	Mutismo selectivo	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
	Trastorno de ansiedad generalizada	5 (25%)	1 (5,3%)	6 (30%)
	Trastorno obsesivo compulsivo	0 (0%)	2 (10,5%)	0 (0%)
	Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad	5 (25%)	0 (0%)	4 (20%)
	Fobia específica	11 (55%)	7 (36,8%)	15 (75%)
	Trastorno por estrés postraumático	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)
	Episodio depresivo mayor	3 (15%)	0 (0%)	1 (5%)
	Trastorno distímico	3 (15%)	7 (36,8%)	3 (15%)
	Abuso de alcohol	0 (0%)	4 (21,1%)	3 (15%)
	Abuso de sustancias (cafeína, etc.) ***	0 (0%)	2 (10,5%)	3 (15%)
ABANDONOS DEL TRATAMIENTO (Porcentaje)		0%	0%	0%

Procedimiento

El reclutamiento de los sujetos siguió las siguientes fases: (a) Administración del SPAI y el SAS-A a una muestra de 2.250 adolescentes voluntarios matriculados en 8 centros seleccionados aleatoriamente de la Región de Murcia (España); (b) Corrección de los cuestionarios, selección de los sujetos a partir de los puntos de corte previamente determinados (SPAI \geq 97; SAS-A \geq 57 –Olivares, García-López, Turner, La Greca & Beidel, 2002–) y cita a los que superaban éstos para ser entrevistados. En esta fase, 324 sujetos (14,4%) superaron los puntos de corte; (c) Entrevista mediante el ADIS-IV-C (Silverman & Albano, 1996), siguiendo primero el proceso recogido en la sección de fobia social y después del resto de las secciones de la entrevista, si se verificaba que el sujeto cumplía los criterios para dicho diagnóstico. Tras la entrevista, 180 sujetos cumplieron los criterios para el diagnóstico de Fobia Social (65 -36,1%- con Fobia Social Generalizada y 115 -63,8%- Fobia Social

Específica). (d) Requerimiento del consentimiento paterno escrito para que sus hijos participasen en la investigación y autorización para realizar grabaciones audiovisuales con fines estrictamente clínicos. 6 sujetos rechazaron participar argumentando no tener tiempo o presentar dificultades horarias. (e) Distribución aleatoria de los 59 sujetos a las condiciones experimentales, las cuales estuvieron integradas por 6 subgrupos de 9-10 sujetos en cada caso, y evaluación pretest, aplicación del tratamiento y evaluaciones relativas al postest y al seguimiento. Aplicaron el tratamiento los autores, psicólogos con experiencia en el tratamiento de la fobia social.

La evaluación fue realizada por dos grupos independientes de colaboradores, previamente entrenados para tal fin. El primer grupo realizó la evaluación pretest y de seguimiento a los seis meses. El segundo el postest y el seguimiento a los seis meses. El equipo sólo tuvo conocimiento del conjunto de los datos referidos a las distintas medidas cuando terminó la recogida de información relativa al seguimiento.

El programa fue aplicado en el contexto comunitario (centros educativos), dentro del marco general de un Programa para la *Detección e Intervención Temprana en Sujetos Adolescentes* que se lleva a cabo en la Unidad de Terapia de Conducta, del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia (España).

Instrumentos de evaluación

Todos los sujetos completaron en el pretest, postest y seguimiento *The Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A; LaGreca & López, 1998) adaptada a población española por Olivares, Ruiz, Hidalgo, García-López, Rosa, & Piqueras (2005), la cual presenta una estructura trifactorial (a) la subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE), (b) la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños (SAD-Extraños) y (c) la subescala de ansiedad y evitación social en general (SAD-General); además, la versión general (SAS-A Total) fue contestada también por los padres (SAS-A/Padres) y los profesores (SAS-A/Profesores). La consistencia interna para la puntuación total es de 0.91 y para el miedo a la evaluación negativa de 0.94. La correlación ítems-test es superior a 0.40 en todos los casos. Además, y como instrumento de screening, completaron *The Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI; Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989), que incluye tres puntuaciones: fobia social, agorafobia y diferencia. Olivares, García-López, Hidalgo, Turner & Beidel (1999) estudiaron las propiedades psicométricas del SPAI en población adolescente española, indicando que se habían alcanzado coeficientes adecuados de consistencia interna (0.955, 0.835 y 0.955 para los valores *Fobia Social*, *Agorafobia* y *Diferencia*, respectivamente). La entrevista, *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (ADIS-IV-C; Silverman & Albano, 1996), fue utilizada para verificar el diagnóstico de los sujetos seleccionados a través de los autoinformes. Esta entrevista ha demostrado de modo excelente su fiabilidad test-retest e interjueces en su aplicación a los trastornos de ansiedad, incluida la Fobia Social.

Diseño

Utilizamos un diseño experimental con un factor intra (pretest, postest y seguimientos) y otro inter (Grupo Control lista de espera –LE–, Grupo de Transmisión de Información –TI, en adelante– y Grupo IAFS). El grupo control lista de espera estuvo integrado por 20 adolescentes; la condición experimental relativa a la transmisión de información contó con 19, y el grupo de tratamiento psicológico estuvo compuesto por 20. La integridad del tratamiento se controló mediante dos manuales: uno relativo al IAFS (Olivares, 2005) y otro para la TI confeccionado ad hoc y no publicado. Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en los

centros educativos en un horario asequible a los alumnos; siempre por las mañanas.

Tratamientos

Los tratamientos aplicados fueron dos:

(1) *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (IAFS; Olivares, 2005). El Programa IAFS consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de duración por sesión y periodicidad semanal. Los elementos básicos del programa son: (i) *Componente Educativo*, (ii) *Entrenamiento en Habilidades Sociales*, (iii) *Exposición en vivo* (exposiciones simuladas y reales) y en imaginación, (iv) *Técnicas de reestructuración cognitiva* para identificar los pensamientos automáticos negativos que los sujetos producen cuando evocan situaciones pasadas, anticipan situaciones sociales o están inmersos en una situación social que les genera respuestas de ansiedad. Al terminar las sesiones en grupo se proporcionan las tareas para casa, consistentes en exposiciones en vivo ante contextos naturales y relativos al contenido de la/s sesión/es que se haya/n trabajado en el contexto clínico.

(2) *Transmisión de Información (TI)*. El manual de trabajo elaborado *ad hoc* incluyó información cualificada, específica y relativa a la ansiedad en general y a la ansiedad social en particular. Constó de 12 sesiones de 90 minutos de duración, con una periodicidad semanal y coordinadas por un terapeuta y una coterapeuta. La dinámica de las sesiones incluía siempre una fase descriptiva y/o explicativa (lo que ocurre y por qué ocurre a la luz de nuestros conocimientos), eliminando cualquier descripción relativa al modelado, instrucciones respecto de la exposición o incitación al respecto. Para el desarrollo de las explicaciones y descripciones relativas a las fases de vulnerabilidad, génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social se utilizó la propuesta de Olivares & Caballo (2003). Las descripciones y explicaciones siempre fueron seguidas de un intervalo temporal que varió entre 5 y 10 minutos para la reflexión y redacción al respecto. La puesta en común consistió en la lectura de las reflexiones redactadas por los miembros del grupo relativas a los contenidos informados/explicados. Tales “reflexiones” podían ser meramente descriptivas de su propio caso o elaboraciones más complejas, pero siempre referidas al tema que nos había ocupado.

Resultados

Análisis estadísticos

Se llevaron a cabo Anovas de medidas parcialmente repetidas donde el factor intergrupo fue el tipo de intervención (Grupo Control lista de espera, Grupo de Transmisión

Tabla 2: Anovas de medidas parcialmente repetidas de las variables dependientes

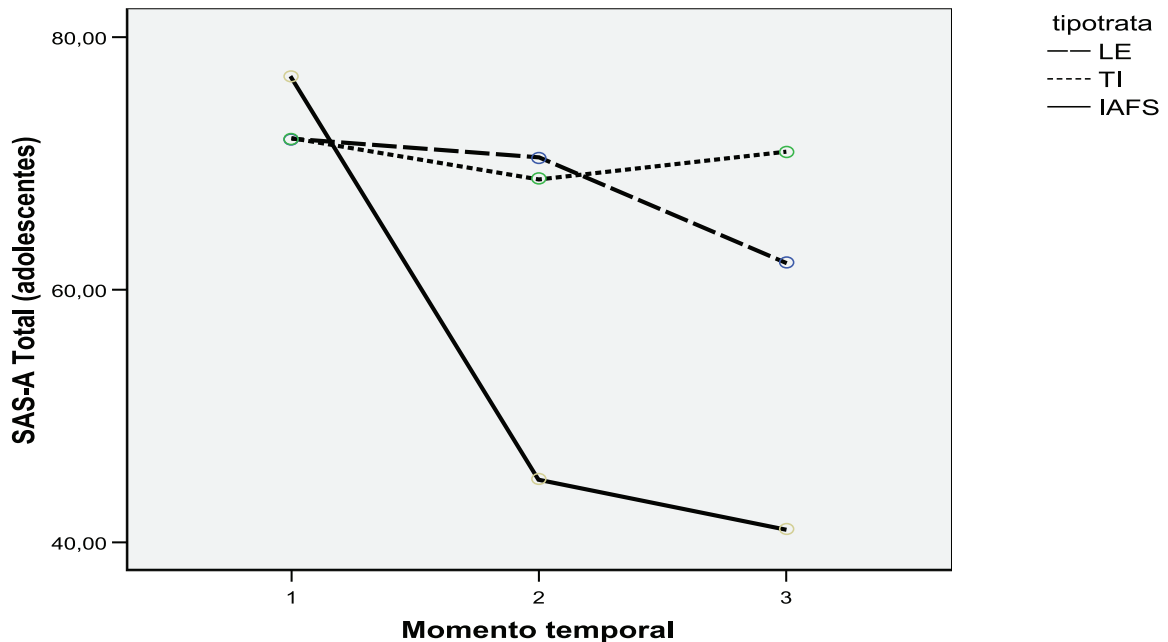
		IAFS		TI		Grupo LE		F
		n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	
SPAI-Fobia social	Pretest	20	129.86 (19.20)	19	119.49 (9.90)	20	124.08 (13.67)	F intra = 51.072, p = .000
	Postest	20	67.99 (23.38)	19	112.36 (11.71)	20	125.93 (17.05)	F inter = 41.558, p = .000
	Segto 6	20	59.52 (30.94)	19	113.73 (12.00)	20	128.21 (18.90)	F interac. = 45.702, p = .000
SAS-A Total (adolesc.)	Pretest	20	76.85 (7.60)	19	71.89 (7.13)	20	71.85 (8.69)	F intra = 44.857, p = .000
	Postest	20	45.05 (10.39)	19	68.84 (7.73)	20	70.40 (9.08)	F inter = 20.584, p = .000
	Segto 6	20	41.10 (17.02)	19	70.89 (8.57)	20	62.20 (19.33)	F interac. = 24.427, p = .000
SAS-A Padres	Pretest	20	67.85 (7.64)	19	63.68 (8.31)	20	67.15 (9.45)	F intra = 7.963, p = .001
	Postest	20	45.90 (17.42)	19	72.31 (9.96)	20	(5.98)	F inter = 59.115, p = .000
	Segto 6	20	31.75 (11.48)	19	72.89 (10.88)	20	79.80 (8.17)	F interac. = 67.597, p = .000
SAS-A Profesores	Pretest	20	75.50 (8.38)	19	74.05 (10.99)	20	78.55 (7.00)	F intra = 154.329 p = .000
	Postest	20	(14.24)	19	72.73 (10.43)	20	80.35 (6.43)	F inter = 86.408, p = .000
	Segto 6	20	26.55 (8.30)	19	73.21 (10.94)	20	80.05 (7.76)	F interac. = 162.627, p = .000

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; SAS-A: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social, TI: Transmisión de información; LE: Lista de espera; Segto 6: Seguimiento a los 6 meses

de Información y Grupo IAFS) y el factor intra, los momentos temporales de evaluación (pretest, postest y seguimiento a los 6 meses). Estos anovas se realizaron con cada variable dependiente (SASA-total, SAS-A padres y SAS-A profesores, SPAI- Fobia Social). También calculamos los tamaños del efecto (d , diferencia media tipificada, Hedges y Olkin, 1985) resultantes de comparar las diferencias en el postest y seguimiento entre las diferentes condiciones

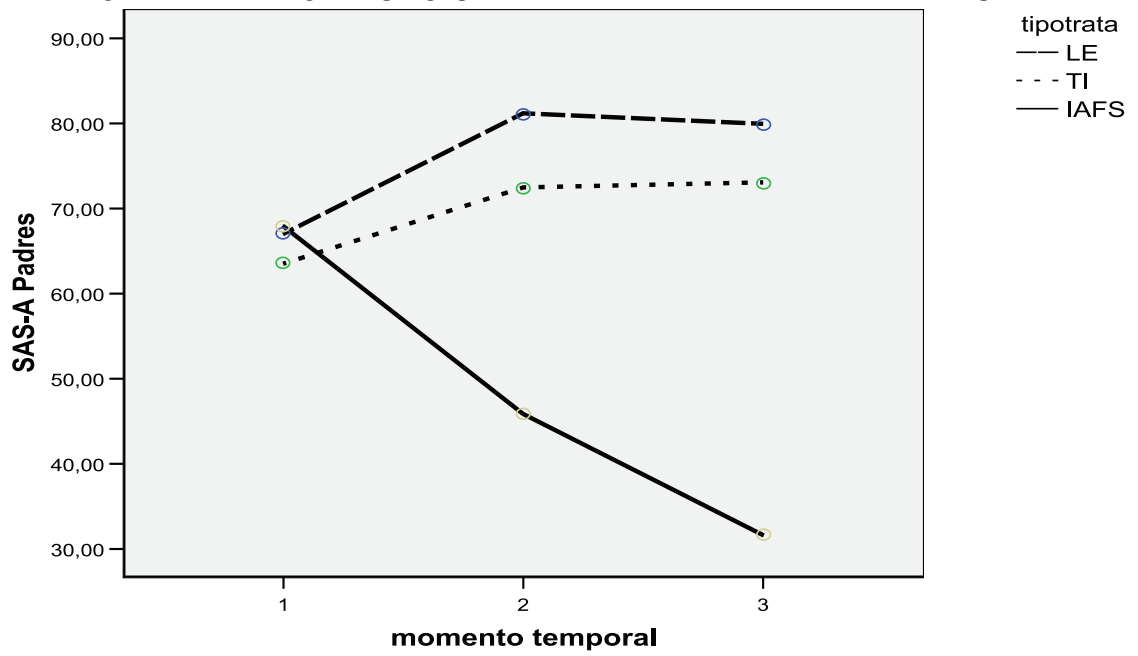
experimentales (Grupo IAFS frente a Grupo TI y Grupo lista de espera y Grupo TI frente a Grupo lista de espera). Los valores d_+ positivos reflejaban una mejora del primer grupo. Los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 14.0 (2007) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

Figura 1: Medias marginales por grupo en la SAS-A Total en distintos momentos temporales



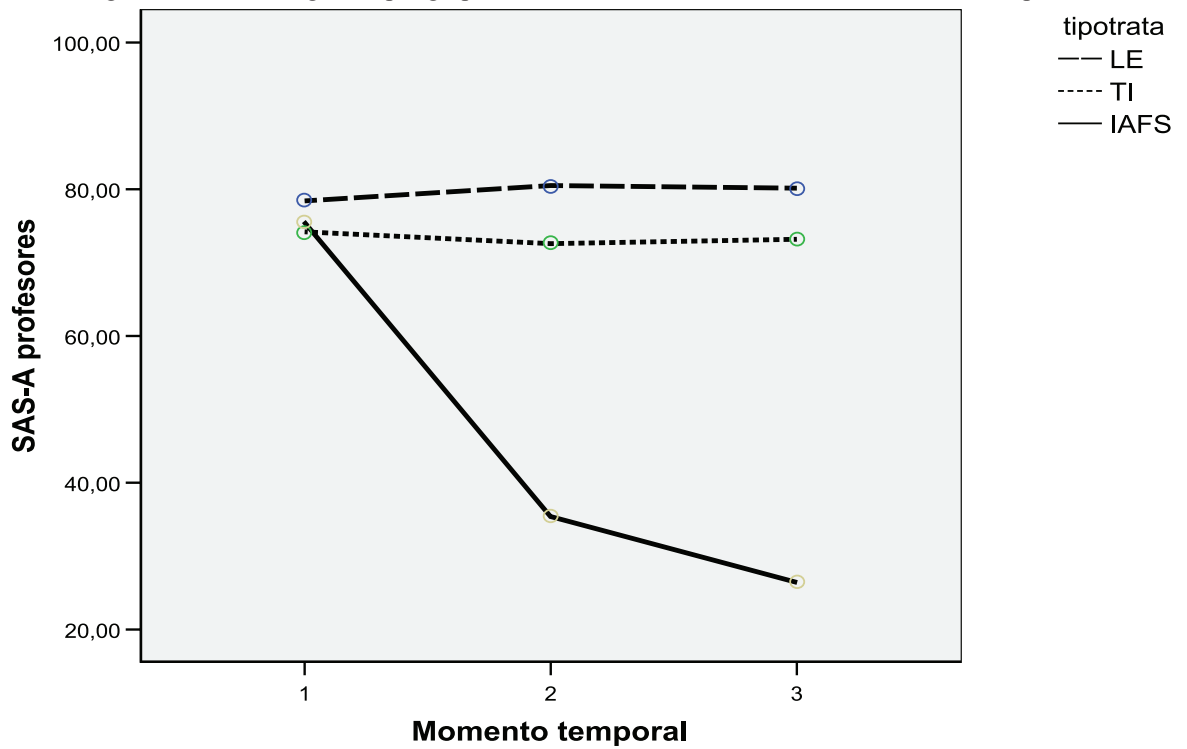
(Momento temporal: 1= pretest, 2= postest, 3= seguimiento)

Figura 2: Medias marginales por grupo en la SAS-A Padres en distintos momentos temporales



(Momento temporal: 1= pretest, 2= posttest, 3= seguimiento)

Figura 3: Medias marginales por grupo en la SAS-A Profesores en distintos momentos temporales



(Momento temporal: 1= pretest, 2= posttest, 3= seguimiento)

Tabla 3: Tamaños del efecto entre grupos en diferentes momentos temporales

Instrumentos	Evaluación	IAFS vs. TI	IAFS vs. LE	TI vs. LE
SPAI-Fobia social	Postest	2.33	2.77	0.90
	Seguimiento 6	2.24	2.62	0.89
SAS-A Total (adolescent.)	Postest	2.53	2.38	0.18
	Seguimiento 6	2.15	1.13	-0.56
SAS-A Padres	Postest	1.81	2.64	1.04
	Seguimiento 6	3.59	4.72	0.70
SAS-A Profesores	Postest	2.91	3.97	0.86
	Seguimiento 6	4.72	6.52	0.71

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; SAS-A: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; TI: Transmisión de Información; LE: Lista de Espera.

Para analizar el grado de concordancia entre las distintas versiones (informadores) del test (SAS-A total niños, SAS-A padres y SAS-A profesores) se calcularon las correlaciones de Pearson entre las versiones del test en cada momento temporal.

Anovas de medidas parcialmente repetidas

Las medias, desviaciones típicas y nivel de significación estadística del Análisis de Varianza de las variables que miden ansiedad están recogidas en la Tabla 2. Como podemos observar se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el postest y en el seguimiento en todas las variables medidas, informadas tanto por los padres como por los profesores. Si observamos la Figura 1 podemos apreciar que, según la información dada por los adolescentes (SAS-A total), es el grupo IAFS es el que alcanza mayor reducción desde el pretest al postest y seguimiento. En cambio los grupos TI y control lista de espera, en el postest, apenas alcanzan reducciones; no obstante, en el seguimiento, sí podemos apreciar cierta disminución del grupo Lista de espera frente al grupo TI aunque sus diferencias no son significativas. En la Figura 2, el grupo IAFS, atendiendo a la información dada por los padres (SAS-A padres), reduce sus puntuaciones desde el pretest al postest y del postest al seguimiento. Por el contrario, los grupos TI y lista de espera aumentan incluso sus puntuaciones en ansiedad, no siendo significativas las diferencias entre sí. En la Figura 3, atendiendo a la información aportada por los profesores observamos la misma tendencia que en la Figura 2.

Estos datos son confirmados por los tamaños del efecto (TE) hallados entre los grupos en el postest y en el seguimiento (véase la Tabla 3). Observamos que los TE son muy altos para las comparaciones entre el grupo IAFS vs. TI e

IAFS vs. LE, mientras que son mucho más bajos para las comparaciones TI vs. LE.

Correlaciones de Pearson

El grado de concordancia de las puntuaciones obtenidas entre los datos aportados por los profesores, padres y niños, indicó que en el pretest la correlación entre las puntuaciones aportadas por los adolescentes y los profesores fue no significativa ($p = .461$), mientras que la obtenida entre adolescentes y padres fue significativa ($p = .021$) pero baja ($\chi^2 = .299$), y entre padres-profesores fue media ($\chi^2 = .671$; $p = .000$). En el postest, la correlación entre las puntuaciones aportadas por los adolescentes y los profesores fue bastante alta ($\chi^2 = .744$; $p = .000$), al igual que entre adolescentes y padres ($\chi^2 = .660$; $p = .000$), habiendo mayor concordancia entre padres-profesores ($\chi^2 = .941$; $p = .000$). Finalmente, en el seguimiento, podemos observar casi la misma tendencia que en el postest; así, las correlaciones adolescentes-profesores ($\chi^2 = .561$; $p = .000$) y adolescentes-padres ($\chi^2 = .587$; $p = .000$) fueron significativas, aumentando la concordancia entre padres-profesores ($\chi^2 = .969$; $p = .000$).

Discusión y Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue analizar si los datos aportados por diferentes agentes de información (adolescentes, sus padres y sus profesores), mediante la versión creada para ello de esta escala (SAS-A total, SAS-A Padres y SAS-A Profesores), coinciden en la percepción de la mejora, atendiendo al tipo de tratamiento recibido, con el fin de analizar la validez social de los cambios. Analizando por partes este objetivo, hemos podido observar que el programa multicomponente para la fobia social en adolescentes (IASF) llevado a cabo en un contexto comunitario frente a Transmisión de Información y control de lista de espera

es altamente eficaz. Nuestros resultados indicaron una disminución de las respuestas de ansiedad social del grupo IAFS frente al grupo TI y control tanto en el postest como en el seguimiento, siendo percibidos estos cambios tanto por los propios adolescentes (SAS-A Total, SPAI- Fobia social) como por sus padres (SAS-A Padres) y profesores (SAS-A Profesores). Estos resultados coinciden con otros hallados tanto en población adolescente (Hofmann & DiBartolo, 2000; Olivares & García-López; 2001; Olivares, García-López, Beidel, Turner, Albano & Hidalgo, 2002; Olivares, Rosa & Olivares, 2006) como adulta (Taylor, 1996; Turner, Beidel, Cooley, Woody & Mecer, 1994). No obstante, pudimos comprobar que en el pretest, los padres ven mejor a los adolescentes que ellos mismos, mientras que sucede lo contrario con la percepción de los profesores. En el postest, comprobamos que los padres y los adolescentes del grupo IAFS coinciden con su percepción, mientras que los profesores perciben mucho mejor a los chicos que ellos mismos. Por el contrario, en los grupos TI y LE, tanto padres como profesores perciben a los chicos con mayor ansiedad social que ellos mismos. En el seguimiento, los padres y profesores del grupo IAFS perciben a los chicos mejor que ellos mismos, mientras que sucede lo contrario en los grupos TI y Lista de espera. Esta mayor mejoría apreciada por los adolescentes aún no siendo realmente tratados, quizás pueda deberse al efecto de la deseabilidad social ya que son ellos los que están directamente relacionados con el terapeuta y no los padres ni los profesores.

En cuanto a los tamaños del efecto, observamos que éstos fueron muy altos al comparar el grupo IAFS frente a las otras dos condiciones experimentales, siendo consistentes estos resultados con los hallados en investigaciones previas (Olivares *et al.* 2006; Olivares, Rosa & Vera-Villaruel, 2003). Ello nos lleva a la conclusión de que los efectos producidos en las tres condiciones experimentales habían sido registrados tanto por los padres (en casa y en situaciones extraescolares) como por los profesores de los adolescentes en el ámbito educativo, permitiéndonos ello constatar empíricamente la validez social de los cambios a través de agentes externos y la sensibilidad del instrumento a los cambios (Olivares *et al.*, 2006).

La segunda parte de nuestro objetivo era comprobar el grado de concordancia de estos datos, es decir, analizar si la correlación entre las distintas medidas aportadas por los adolescentes, padres y profesores era significativamente alta o no. Pudimos comprobar que esta concordancia varía atendiendo al momento temporal, es decir, en el pretest, no hay correlación entre profesores-adolescentes y ésta es muy baja entre padres-adolescentes, mientras que entre padres-profesores es media. En el postest, la concordancia de las puntuaciones entre todos los agentes aumentan, siendo media-alta entre profesores y padres con adolescentes y muy alta entre profesores-padres. En el seguimiento, la tendencia es la misma que en el postest,

aunque las correlaciones entre profesores y padres con los chicos bajan. Por tanto, esto nos lleva a concluir que existe bastante acuerdo entre padres-profesores pero éste es menor cuando se trata de concordancia con los propios adolescentes, que son realmente quienes presentan el problema. A pesar de ello, podríamos indicar que existe validez social ya que la tendencia de las puntuaciones y las correlaciones son significativas. No obstante, parece que los adolescentes, sean o no tratados, tienden a mejorar sus puntuaciones debido quizás al efecto de la deseabilidad social, mientras que estas mejorías no son percibidas por los agentes externos si los chicos realmente no están recibiendo el tratamiento adecuado. Por tanto, los padres-profesores serían unos buenos observadores del cambio terapéutico real en los chicos. Esto coincide con lo indicado por DiBartolo, Albano, Barlow y Heimberg (1998), quienes argumentan que, pese a que el acuerdo padres-hijos es elevado en cuanto a la severidad de las respuestas cognitivas, no lo es en relación a las respuestas de evitación, apareciendo los padres, en consonancia con nuestros resultados, como mejores informadores sobre este último aspecto ya que los adolescentes tienden a informar menos de sus respuestas de evitación ante situaciones sociales, quizá con la intención de causar una buena impresión al evaluador.

En general podemos concluir que las mejoras obtenidas por los sujetos que han recibido tratamiento psicológico alcanzan diferencias estadísticamente significativas cuando se las compara con los efectos producidos por la Transmisión de Información, mientras que estos últimos no difieren de los obtenidos en el Grupo Control Lista de Espera. Es más, los sujetos de la condición IAFS mejoran progresivamente sus resultados (6 meses), coincidiendo con los datos obtenidos previamente por Olivares *et al.* (2003) y Olivares *et al.* (2005) y pueden explicarse argumentando que una vez adquiridas las herramientas y estrategias entrenadas en las sesiones de tratamiento los sujetos progresarían con el paso del tiempo tanto en el dominio de su destreza para la aplicación de lo aprendido como en el rango de situaciones sociales en las que lo aplican. No ocurre nada de ello en los sujetos de la condición TI ni del Grupo Control Lista de Espera, siendo esto observado por los sujetos experimentales y por sus padres y profesores.

Respecto a las investigaciones futuras, consideramos que sería importante incluir a los compañeros en el grupo de agentes sociales (test sociométrico), junto a padres y profesores, a fin de incrementar la validez social de los cambios generados. Otro aspecto interesante 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 de la fobia social. También sería interesante poder realizar seguimientos más largos para seguir evaluando la tendencia de los datos en los diferentes grupos y a través de los diferentes agentes.

References

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición, texto revisado). Washington, DC: APA.
- Beidel, D.C., Ferrell, C., Alfano, C.A. & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846.
- Di Bartolo, P. M., Albano, A. M., Barlow, D.H. & Heimberg, R.G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 213-220.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Los autoinformes como datos de conducta cognitiva en evaluación conductual. *Análisis de Modificación de Conducta*, 12, 27-42.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Hofmann, S. G. & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behaviour Therapy*, 31, 499-515.
- La Greca, A. M. & López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Olivares, J. (dir. y coord.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. & Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (2001). A new multicomponent treatment for adolescents with generalized social phobia: Results of a pilot study. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M. & 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., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. & Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M. & López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 599-622.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Olivares, P. J. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 565-580.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Piqueras, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Vera-Villaruel, P. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Rosa, A. I. & Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 85-97.
- Rosenberg, M., Adams, D. C. & Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Silverman, W. & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule. (ADIS-IV-C)*. Nueva York: Graywind Publications.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. & Cooley, M. R. (1994). *Social Effectiveness Therapy: A program for overcoming social anxiety and social phobia*. Mt. Pleasant, SC: Turndel.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & 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. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-45.