



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Rosa-Alcázar, Ana Isabel; Olivares-Rodríguez, José; Olivares-Olivares, Pablo
El Papel de la Planificación de la Interacción en el Tratamiento de Adolescentes con Fobia Social
Generalizada
Terapia Psicológica, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 205-211
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525212>

- 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

El Papel de la Planificación de la Interacción en el Tratamiento de Adolescentes con Fobia Social Generalizada*

The Role of Planned Interaction in the Treatment of Generalized Social Phobia

Ana Isabel Rosa-Alcázar

José Olivares-Rodríguez

Pablo Olivares-Olivares

University of Murcia,

Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment

(Rec: 9 de enero 2007 - Acept: 26 de noviembre 2007)

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la influencia de la interacción planificada en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada mediante la utilización de dos condiciones experimentales: 1) Tratamiento Psicológico Estructurado específico para la fobia social (Intervención en Adolescentes con Fobia Social -IAFS en adelante- Olivares, 2005), y 2) Programa de técnicas de estudio con interacción entre iguales y con el profesor. Los participantes fueron 25 adolescentes que cumplían los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de fobia social generalizada, seleccionados de entre 6 centros públicos de Educación Secundaria Obligatoria sorteados al azar de la Región de Murcia y Comunidad Valenciana (España). La edad media de la muestra fue de 14,99 años (rango entre 14-17), siendo la mayoría chicas (71,3%). Los resultados muestran que los adolescentes que recibieron Tratamiento Psicológico Estructurado (IAFS) alcanzan mejores resultados en las medidas de la ansiedad, evitación social y en los correlatos de éstas (asertividad, autoestima y adaptación) frente al grupo que recibió técnicas de estudio con interacción entre iguales.

Palabras clave: Adolescentes, fobia social generalizada, interacción planificada, tratamiento cognitivo-conductual

Abstract

The aim of this study is to analyze the influence of planned interaction in the treatment of teenagers with generalized social phobia in two experimental conditions: 1) psychologically Constructed specific Treatment for the social phobia (Intervention in Teenagers with Social Phobia -IAFS - Olivares, 2005), and 2) Program of technologies of study with interaction between children and teachers. Participants were 25 teenagers who fulfilled the criteria needed by the DSM-IV-TR (APA, 2002) for the diagnosis of widespread social phobia, selected among six public centers of Secondary Obligatory Education randomly, from the Region of Murcia and Valencia Community (Spain). The mean age of the sample were 14.99 years (ranging from 14 to 17), being the majority of them girls (71.3 %). The results show that teenagers who received Psychologically Constructed Treatment (IAFS) reached better results in the measures of anxiety, social avoidance and in the correlates of these (assertiveness, self-esteem, and adjustment) in comparison to the group that received technologies of study with interaction between equals.

Key words: Teenagers, social generalized phobia, planned interaction, cognitive - behavioural treatment.

* This research was funded by SEJ2004-01471/PSIC grant from Ministry of Education and Science (Spain).

** Correspondence to: José Olivares, Ph. D. University of Murcia, Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment. P. O. Box 4021. Espinardo (Murcia) 30100, Spain. Email: jorelx@um.es

Introducción

Son numerosos los estudios que han venido poniendo de manifiesto que los adolescentes constituyen una población de alto riesgo para el padecimiento del Trastorno de ansiedad social. Estudios recientes indican que las consecuencias que este trastorno puede generar en el proceso de adaptación del adolescente son graves; entre ellas, podemos destacar los efectos directos del trastorno en el bajo rendimiento académico, con el consiguiente riesgo de abandono escolar (Beidel & Turner, 1998), el desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Ingram, Ramel, Chavira & Scree, 2001; Olivares & García-López, 2001; Stein, et al., 2001) o la mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de alcohol u otras circunstancias tóxicas (Clark & Kirisci, 1996; DeWit, McDonald & Offord, 1999).

En 1998 se elaboró un paquete de tratamiento multicomponente, inserto dentro de un Proyecto para la Detección e Intervención Temprana de Adolescentes con Fobia Social en el contexto comunitario, que ha sido recientemente protocolizado (Intervención en Adolescentes con Fobia Social, *IAFS*; Olivares, 2005). Dicho programa se ha mostrado reiteradamente eficaz en la reducción y eliminación de este problema en la población adolescente. Así, se ha aplicado en estudios de caso único (Olivares, Piqueras & García-López, 2004; Olivares, Piqueras & Rosa, 2006), en diseños pre-experimentales (Olivares & García-López, 2001; Olivares, Rosa & Vera-Villaruel, 2003) y en estudios cuasi-experimentales con grupos de control pasivo o puro (Olivares & García-López, 2001; Olivares, ed, 2002; Olivares, Rosa & Olivares, 2006; Olivares, Rosa & Olivares, 2007; Olivares, Rosa & Piqueras, 2005). Además, desde la perspectiva meta-analítica, Olivares, et al., (2003) y Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos y Orgilés (2003), indicaron que los tamaños del efecto alcanzados por el *IAFS* eran superiores al resto de tratamientos con los que se comparó (*CBGT-A*, *SASS* y *CBT*).

No obstante, no basta con saber que un tratamiento es superior a la no intervención o a uno o más protocolos de intervención, sino que se requiere obtener información sobre su eficacia relativa, es decir, sobre si los efectos se deben a elementos específicos del tratamiento (interacción entre los sujetos, reestructuración cognitiva, etc.) o a factores inespecíficos como, por ejemplo, características del paciente o del terapeuta, expectativas hacia el tratamiento, atención y apoyo prestado por el terapeuta, y su relación eficacia-eficiencia (Masia-Warner et al., 2003). En un estudio meta-analítico realizado por Taylor (1996) en el que reunió 24 estudios que aplicaron técnicas de exposición sola, terapia cognitiva (reestructuración cognitiva sin exposición), combinación de ambas o entrenamiento en habilidades sociales, así como la consideración de grupos de control placebo o de lista de espera, encontró que, a

excepción de la lista de espera ($d_+ = -0,13$), los demás tipos de intervención presentaron mejoras del pretest al posttest, incluidos los grupos placebos ($d_+ = 0,48$).

En este contexto y siguiendo con la línea de investigación de nuestro equipo, el trabajo que se presenta pretende estimar el peso de la interacción entre adolescentes y adultos no planificada, enmascarada en un programa de Técnicas de Estudio (*L²SER*) frente al protocolo *IAFS* en un grupo de adolescentes con fobia social generalizada.

Método

Participantes

Participaron 25 adolescentes que cumplieran los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de fobia social generalizada seleccionados de entre 6 centros públicos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO, en adelante) sorteados al azar de la Región de Murcia (3 centros) y Comunidad Valenciana (3 centros). La edad media de la muestra fue de 14,98 años (SD: 0.89; rango: 14-17), siendo la mayoría chicas (71,3%). Ninguno había recibido tratamiento psicológico previo. Un 10% presentaban antecedentes familiares con fobia social, destacando las madres.

Procedimiento

El procedimiento utilizado pasó por las siguientes fases: (i) Administración del SPAI y el SAS-A a una muestra de 675 adolescentes voluntarios matriculados en los centros mencionados en la sección de participantes; (ii) Corrección de los cuestionarios, selección de los sujetos a partir de los puntos de corte previamente determinados (SPAI ≥ 97 ; SAS-A ≥ 57 -Olivares, García-López, Turner, La Greca & Beidel, 2002-) y cita a los adolescentes que superaban éstos para ser entrevistados. En esta fase, 95 sujetos superaron los puntos de corte; (iii) 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, 75 sujetos cumplieron los criterios para el diagnóstico de Fobia Social [27 con Fobia Social Generalizada y 48 Fobia Social Específica]. Sólo fueron seleccionados en esta investigación los sujetos con fobia social generalizada; de éstos 2 rechazaron participar en el tratamiento alegando falta de disponibilidad de tiempo o dificultades horarias. No fue excluido ningún sujeto por presentar trastornos incompatibles con los requisitos de la intervención; (iv) Solicitud del consentimiento paterno escrito para que sus hijos participasen en la investigación con fines estrictamente clínicos y confidenciales; (v) Distribución aleatoria de los

sujetos a las condiciones experimentales, las cuales quedaron integradas por 4 subgrupos, tres de 6 sujetos y uno de 7; (vi) Evaluación pretest, aplicación del tratamiento y evaluaciones relativas al postest y al seguimiento.

El programa fue aplicado en el contexto comunitario (centros educativos de ESO), dentro del marco general del Programa para la *Detección e Intervención Temprana de Adolescentes con Fobia Social* 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 a los seis meses los siguientes instrumentos de evaluación:

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 y 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).

The Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; LaGreca & López, 1998) adaptada a población española por Olivares et al., (2005), la cual presenta una estructura trifactorial: (a) la subescala de miedo a la evaluación negativa (SAS-AFNE), (b) la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños (SAS-A Extraños) y (c) la subescala de ansiedad y evitación social en general (SAS-A General).

Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa & Corral, 1987): instrumento diseñado para evaluar el grado en el que un trastorno puede afectar a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. La fiabilidad en población adulta española es de 0.94 con el coeficiente alfa de Cronbach.

- *Society and Adolescent Self Image* (SASI; Rosenberg, 1965), desarrollada con el objetivo de medir el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Se desconocen las propiedades psicométricas de esta escala en población adolescente española.
- *Rathus Assertivity Scale* (RAS; Rathus, 1973), que estudia las conductas asertivas del sujeto. El Coeficiente alfa de consistencia interna varía entre 0.73 y 0.86 (Salaberría & Echeburúa, 1995).

Cuestionario de Competencia social (Valles, 2003), en las versiones tutor y padres. Está constituido por 12 ítems de habilidad social: participar en grupos, exponer trabajos, iniciar y mantener conversaciones, mostrarse tranquilo, expresar opiniones, trabajos, hacer nuevas amistades, hablar en público, decir no a peticiones no razonables, responder

a críticas injustas. Esta escala fue cumplimentada por los tutores y los padres como medida de evaluación externa.

Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1996), a partir de la cual se registró el número de situaciones sociales de actuación y relación señaladas como fóbicas en su sección de fobia social, el cual se tomó como variable dependiente para el cálculo de la significación clínica de los efectos del tratamiento. 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 seguimiento) y otro inter (Grupo Técnicas de estudio y Grupo IAFS). Cada uno de los grupos estuvo integrado por 12/13 adolescentes. La integridad del tratamiento se controló mediante el manual IAFS (Olivares, 2005). El grupo técnicas de estudio recibió un programa de 12 sesiones sobre cómo mejorar las habilidades de estudio, en concreto el método L²SER, consistente en entrenamiento en lectura rápida, lenta, subrayado, esquemas y repaso. En la fase de subrayado y esquemas los alumnos tenían que confrontar en su grupo lo que habían realizado, durante un tiempo de 90 minutos en cada fase. Las sesiones se llevaron a cabo en los centros educativos en un horario asequible a los alumnos y siempre por las mañanas.

Tratamiento

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*. Se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la fobia social, se planifican los logros que el sujeto querría alcanzar (conductas objetivo) y se examinan las expectativas respecto del tratamiento y cada una de las conductas objetivo. (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 él giran casi todas las actividades. Se aplica tanto en vivo (exposiciones simuladas y reales) como en imaginación. (iv) *Técnicas de reestructuración cognitiva*. El objetivo de este componente es que los participantes aprendan a identificar los pensamientos automáticos negativos que ellos mismos producen cuando evocan situaciones pasadas, anticipan situaciones sociales o están inmersos en una situación social que les genera respuestas de ansiedad. Se fundamenta en la terapia cognitiva de Beck

y se aplica siguiendo un proceso que incluye las etapas educativa, de entrenamiento y aplicación, así como el formato A-B-C de Ellis para discutir pensamientos automáticos e irracionales.

Al terminar las sesiones en grupo se proporcionan las tareas para casa, consistentes en exposiciones in vivo ante contextos naturales y relativos al contenido de la(s) sesión(es) que se haya(n) ya trabajado en el contexto clínico.

El programa Técnicas de estudio constó de 12 sesiones sobre cómo mejorar las habilidades de estudio con el método L²SER, consistente en entrenamiento en lectura rápida, lenta, subrayado, esquemas y repaso, durante un tiempo de 90 minutos en cada fase. En la fase de subrayado y esquema los alumnos individualmente tenían que confrontar en su grupo y delante del profesor lo que habían realizado. Las sesiones se llevaron a cabo en los centros educativos en un horario asequible a los alumnos y siempre por las mañanas.

Resultados

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis comparativos tanto intra como intergrupo. En los intergrupo verificamos la ausencia de diferencias en el pretest entre las condiciones experimentales mediante la realización de una comparación de medias o frecuencias (Prueba T de muestras independientes o Chi-Cuadrado de Pearson) atendiendo al tipo de variable medida. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Para la evaluación de los efectos del tratamiento en el posttest y en el seguimiento aplicamos una prueba T de comparación de medias independientes. También calculamos los tamaños del efecto (diferencia media tipificada, Hedges & Olkin, 1985), resultantes de comparar las diferencias entre los grupos en los diferentes momentos temporales (pretest, posttest y seguimiento). Los valores d_+ positivos reflejaban una mejora del primer grupo frente al segundo. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 14.0 (2007) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams & Gurevitch, 2000).

Respecto de las comparaciones intragrupo, realizamos un Anova de medidas repetidas en las variables dependientes y posteriormente analizamos las comparaciones dos a dos.

Comparaciones intergrupo

Las medias, desviaciones típicas y nivel de significación estadística de la prueba T de las variables que miden ansiedad y evitación social están recogidas en la Tabla 1. Como podemos observar se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el posttest y en el segui-

to en todas las variables medidas a favor del grupo IAFS, excepto en competencia social padres en el posttest.

La Tabla 2 presenta los valores de las medidas relativas a la autoestima, la adaptación y la asertividad. De nuevo, los datos muestran diferencias significativas entre los grupos tanto en el posttest (excepto adaptación) como en el seguimiento, siendo el Grupo IAFS el que mejores puntuaciones alcanza frente al grupo Técnicas de estudio.

En la Tabla 3 podemos observar los valores de los TE entre el grupo IAFS (interacción planificada) y el grupo Técnicas de estudio con interacción no planificada, apoyando los resultados anteriormente descritos.

Comparaciones intragrupo

El análisis de las medidas intragrupo (Anova de medidas repetidas y comparaciones post-hoc), realizado en las dos condiciones experimentales, indicó que los sujetos del Grupo IAFS redujeron sus puntuaciones en el posttest y seguimiento en ansiedad y evitación social y aumentaron sus puntuaciones en autoestima, asertividad y adaptación respecto del pretest con un nivel de significación estadística muy alto ($p \leq .00$). En cuanto a la comparación posttest-seguimiento, tan sólo se producen mejoras en SAS-A FNE y Competencia social (profesores). En el Grupo Técnicas de estudio sólo se hallaron diferencias significativas entre el pretest y el resto de momentos temporales en las siguientes variables: Número de fobias, Asertividad y Adaptación ($p \leq .05$).

Discusión y conclusiones

Nuestros resultados, a nivel general, nos permiten concluir que el programa IAFS con interacción planificada alcanza mayores resultados en casi todas las variables frente al grupo Técnicas de estudio con interacción no planificada en el tratamiento de adolescentes con fobia social, siendo esa eficacia observada por los padres y tutores de los chicos/as. Por tanto, la interacción no planificada no supone apenas mejora en los sujetos que recibieron el programa de técnicas de estudio con interacción.

Deteniéndonos en las variables de forma pormenorizada, hemos podido observar que el grupo IAFS mejora en todas las variables medidas tanto las directamente como las indirectamente relacionadas con el problema planteado, así, autoestima y asertividad. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por otros autores (Olivares, *et al.*, 2002; Olivares, Rosa & Piqueras 2005; Olivares, Rosa & Olivares, 2006).

Los efectos producidos por el programa IAFS han sido registrados tanto por los padres 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. Así, los resultados del Grupo IAFS en las variables *Competencia social Padres y Profe-*

Tabla 1
Respuestas de ansiedad y evitación social de la fobia social

VARIABLE DEPENDIENTE	MOMENTO TEMPORAL	IAFS		Técnicas estudio		T
		n	M (SD)	n	M (SD)	
SPAI-Fobia social	Pretest	12	121.91 (11.10)	13	115.83 (17.09)	T (23) = -1.044; p = .307
	Postes	12	65.43 (24.50)	13	92.36 (35.11)	T (23) = 3.106; p = .005
	Segto 6	12	55.49 (33.49)	13	88.19 (40.08)	T (23) = 3.888; p = .001
SPAI-Diferencia	Pretest	12	94.58 (22.09)	13	100.40 (14.33)	T (23) = 0.788; p = .439
	Postes	12	52.04 (19.91)	13	100.40 (14.33)	T (23) = 3.061; p = .006
	Segto 6	12	44.07 (20.25)	13	86.64 (33.22)	T (23) = 3.827; p = .001
SPAI-Agorafobia	Pretest	12	22.33 (9.54)	13	19.46 (5.89)	T (23) = -0.913; p = .371
	Postes	12	9.50 (6.06)	13	15.38 (7.53)	T (23) = 2.139; p = .043
	Segto 6	12	9.95 (7.81)	13	16.69 (12.12)	T (23) = 1.636; p = .115
SAS-A General	Pretest	12	16.08 (4.79)	13	17.23 (6.79)	T (23) = .484; p = .633
	Postes	12	7.66 (2.22)	13	14.61 (7.07)	T (23) = 3.251; p = .004
	Segto 6	12	7.58 (3.26)	13	14.92 (5.46)	T (23) = 54.031; p = .001
SAS-A Extraños	Pretest	12	26.00 (3.07)	13	23.07 (6.88)	T (23) = -1.350; p = .190
	Postes	12	14.08 (3.52)	13	20.15 (7.81)	T (23) = 2.465; p = .022
	Segto 6	12	13.41 (4.18)	13	20.38 (7.36)	T (23) = 2.873; p = .009
SAS-A Total	Pretest	12	75.83 (5.76)	13	68.92 (16.71)	T (23) = -1.358; p = .188
	Postes	12	42.75 (10.38)	13	60.76 (17.65)	T (23) = 3.076; p = .005
	Segto 6	12	38.58 (13.78)	13	62.69 (17.69)	T (23) = 3.776; p = .001
SAS-A FNE	Pretest	12	33.75 (5.80)	13	29.53 (4.78)	T (23) = -1.986; p = .059
	Postes	12	21.00 (6.31)	13	25.46 (6.74)	T (23) = 2.851; p = .009
	Segto 6	12	17.00 (7.47)	13	38.15 (7.41)	T (23) = 3.744; p = .001
Competencia social padres	Pretest	12	36.25 (8.01)	13	38.00 (25.33)	T (23) = 0.229; p = .821
	Postes	12	53.75 (9.56)	13	44.46 (22.91)	T (23) = -1.302; p = .206
	Segto 6	12	57.50 (7.22)	13	40.92 (26.41)	T (23) = -2.099; p = .047
Competencia social profesores	Pretest	12	24.58 (12.51)	13	31.61 (23.97)	T (23) = 0.907; p = .374
	Postes	12	46.25 (13.16)	13	27.76 (24.00)	T (23) = -2.357; p = .027
	Segto 6	12	58.33 (7.48)	13	28.15 (23.20)	T (23) = -4.297; p = .000
Número de situaciones sociales fóbicas	Pretest	12	7.25 (1.28)	13	9.07 (2.81)	T (23) = 2.057; p = .051
	Postes	12	1.00 (1.47)	13	3.53 (2.22)	T (23) = 3.333; p = .003
	Segto 6	12	0.16 (0.38)	13	4.84 (3.50)	T (23) = 4.587; p = .000

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; SAS-A: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes
IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Segto 6: Seguimiento a los 6 meses

Tabla 2
Otras medidas relacionadas

VARIABLE DEPENDIENTE	MOMENTO TEMPORAL	IAFS		Técnicas estudio		T
		n	M (SD)	n	M (SD)	
Autoestima	Pretest	12	21.91 (3.77)	13	20.84 (2.33)	T (23) = -0.860; p = .399
	Postes	12	28.83 (7.81)	13	18.69 (4.17)	T (23) = -4.094; p = .000
	Segto 6	12	30.58 (5.66)	13	21.07 (5.58)	T (23) = -4.221; p = .000
Adaptación	Pretest	12	21.58 (4.27)	13	21.15 (6.80)	T (23) = -0.187; p = .853
	Postes	12	13.50 (5.71)	13	17.00 (6.35)	T (23) = -1.444; p = .162
	Segto 6	12	12.08 (6.14)	13	16.07 (6.58)	T (23) = 1.569; p = .131
Asertividad	Pretest	12	-25.83 (13.58)	13	-14.61 (15.98)	T (23) = 1.883; p = .072
	Postes	12	5.75 (20.81)	13	-8.53 (16.77)	T (23) = -1.897; p = .070
	Segto 6	12	16.16 (23.24)	13	-2.53 (19.33)	T (23) = -2.194; p = .039

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social.
Segto 6: Seguimiento a los 6 meses

sores siguen la misma tendencia que el resto de variables dependientes, es decir, conforme los sujetos van mejorando, sus ganancias son ratificadas tanto por padres como por profesores. En cambio, los profesores de los sujetos del grupo Técnicas de estudio no observaron mejoras en los chicos en los distintos momentos temporales, aunque sí observan cierta mejoría los padres en el postest, no manteniéndose las mismas en el seguimiento.

Los tamaños del efecto apoyan los resultados, observando que en todas las variables el grupo IAFS (interacción planificada), aun obteniendo puntuaciones más bajas en el inicio de la investigación, es decir, antes de iniciar el tratamiento (como sucede en diez de las variables medidas), alcanza mejores resultados inmediatamente después de la intervención y en el seguimiento que el grupo Técnicas de estudio (interacción no planificada).

Centrándonos en las comparaciones intra-grupo, el Grupo IAFS mejora significativamente respecto del pretest, tanto en el postest como en el seguimiento, en todas las variables relacionadas con la ansiedad y evitación social, la autoestima, la adaptación y el número de situaciones sociales temidas, lo que es coherente tanto con los hallazgos de otras investigaciones previas con población española con este trastorno (véase por ejemplo Salaberría & Echeburúa, 1995), como con los datos de otros estudios con muestras americanas (así Beidel, Turner, Hamlin & Morris, 2000). Frente a ello, el Grupo Técnicas de estudio con interacción tan sólo produce mejorías en las variables número de fobias, asertividad y adaptación.

En cuanto a investigaciones futuras, consideramos que sería importante realizar comparaciones entre estos grupos frente a un grupo control puro con el fin de analizar si el grupo Técnicas de estudio (con interacción no planificada) produce alguna diferencia frente al primero mencionado, entrando entonces en el tema de variables inespecíficas de los tratamientos. De igual modo, podríamos plantearnos la pregunta de si el grupo con interacción no planificada podría tratarse de un grupo placebo ya que tan sólo aporta al tratamiento de estos sujetos el componente de la interacción en pequeño grupo. Por otro lado, sería importante realizar seguimientos a más largo plazo ya que los efectos de las condiciones experimentales serían mucho más notorios, pues consideramos 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.

Para continuar trabajando en esta línea, podríamos incluir diferentes tipos de grupos placebo (por ejemplo, con interacción, con habilidades sociales, con exposición, etc.) con el fin de comprobar qué efecto añaden en el tratamiento de adolescentes con fobia social. Por otra parte, el desmantelamiento del paquete IAFS nos permitiría analizar lo que aporta cada componente en la mejora de estos sujetos.

Tabla 3
Tamaños del efecto entre grupos en las diferentes variables

VARIABLE DEPENDIENTE	MOMENTO TEMPORAL	IAFS vs. Técnicas estudio
		TE
SPAI-Fobia social	Pretest	-0.221
	Postes	0.851
	Segto 6	0.850
SPAI-Diferencia	Pretest	0.304
	Postes	2.705
	Segto 6	1.477
SPAI-Agorafobia	Pretest	-0.352
	Postes	0.825
	Segto 6	0.631
SAS-A General	Pretest	0.187
	Postes	1.256
	Segto 6	1.557
SAS-A Extraños	Pretest	-0.522
	Postes	0.952
	Segto 6	1.110
SAS-A Total	Pretest	-0.524
	Postes	1.174
	Segto 6	1.457
SAS-A FNE	Pretest	-0.768
	Postes	0.657
	Segto 6	2.740
Competencia social padres	Pretest	-0.088
	Postes	0.502
	Segto 6	0.810
Competencia social profesores	Pretest	-0.350
	Postes	0.472
	Segto 6	1.658
Número de situaciones sociales fóbicas	Pretest	-0.792
	Postes	1.284
	Segto 6	1.774
Autoestima	Pretest	0.332
	Postes	0.672
	Segto 6	1.631
Adaptación	Pretest	-0.072
	Postes	0.557
	Segto 6	0.603
Asertividad	Pretest	-0.726
	Postes	0.732
	Segto 6	0.846

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (cuarta edición, texto revisado). Barcelona: Masson.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Hamlin, V. & Morris, T. L. (2000). The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): External and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31, 75-87.
- Clark, D. B. & Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233.
- DeWitt, D. J., McDonald, K. & Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms on drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Ingram, R. E., Ramel, W., Chavira, D. & Scree, C. (2001). Social anxiety and depresión En W. R. Crozier & L. E Alden (dirs.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 357-380). New York: John Wiley and Sons Ltd.
- 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.
- Masia-Warner, C. L., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G. & Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 42, 1076-1084.
- Olivares, J. (dir. y coord.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- 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., García-López, L. J., Turner, S., La Greca, A. M. & 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, 467-476.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. & García-López, L. J. (2004). Tratamiento de un joven con fobia social generalizada (pp. 67-91). En: Espada, J. P., Olivares J. & Méndez, F. X. (coord.). *Terapia Psicológica. Casos Prácticos* (pp. 67-91). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Piqueras, J. & Rosa, A. I. (2006). Detección e intervención temprana en mutismo selectivo. En F. X. Méndez, J. P. Espada & M. Orgilés (coord.), *Intervención Psicológica y educativa con niños y adolescentes: Estudio de casos escolares* (pp. 337-361). Madrid: Pirámide.
- 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. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 565-580.
- Olivares, P. J., Rosa, A. I. & Olivares, J. (2007). Validez social de la intervención en adolescentes con fobia social: Padres frente a profesores. *Terapia Psicológica*, 25, 63-71.
- 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., Piqueras, J. A., Ramos, V. & Orgilés, M. (2003). Una revisión cuantitativa del tratamiento psicológico de la fobia social en niños y adolescentes medida a través del SPAI y SPAI-C. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 589-616.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Vera-Villaruel, P. E. (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.
- Rathus, S. A. (1973). 30-items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M.S., Adams, D.C. & Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Salaberria, K. & Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Silverman, W. & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule. (ADIS-IV-C)*. New York: Graywind Publications.
- SPSS 14.0 (2007). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höttler, M., Lieb, R. & 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.
- 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., 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.
- Valles, A. (2003). *Cuestionario de Competencia Social: Versión Tutor y versión Padres*. Manuscrito no Publicado.