



Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada¹

José Olivares-Rodríguez², Ana Isabel Rosa-Alcázar y Pablo J. Olivares-Olivares
(*Universidad de Murcia, España*)

(Recibido 29 de marzo de 2005/ Received March 29, 2005)
(Aceptado 9 de junio 2006 / Accepted June 9, 2006)

RESUMEN. El objetivo de este estudio experimental es analizar la eficacia diferencial de la atención individualizada (tutoría) en el programa multicomponente Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) con un grupo de 25 adolescentes escolarizados que presentaban fobia social generalizada. La edad media de los sujetos es de 15,32 años, siendo la mayoría chicas (64%) que cursaban 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente a dos condiciones experimentales: programa IAFS sin tutoría y programa IAFS con 6 sesiones de tutoría obligatorias. La evaluación se llevó a cabo antes, después del tratamiento y en un seguimiento a los seis meses de terminado el tratamiento. Los resultados muestran la eficacia tanto a corto como a medio plazo (6 meses) del programa en las medidas que evalúan directamente la ansiedad y evitación social, así como en los correlatos relativos a la autoestima, la adaptación y las habilidades sociales en ambas condiciones, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

PALABRAS CLAVE. Fobia social. Adolescentes. Atención individualizada. Eficacia. Estudio experimental.

ABSTRACT. The aim of this experimental study is to provide the differential efficiency of the individualized attention in the multicomponent package IAFS -Interventions in

¹ Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda del Proyecto I+D (Ref. SEJ2004-01471/PSIC).

² Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Edificio "Luis Vives". Campus Universitario de Espinardo. Universidad de Murcia. Apdo. 4021. 30080 Espinardo. Murcia (España). E-mail: jorelx@um.es

Adolescents with Social Phobia with 25 adolescents under generalized social phobia. The mean age of the subjects was 15.32 years, being the majority girls (64%) that were dealing 3° and 4° of Secondary Obligatory Education. The subjects were randomly assigned to two experimental conditions: program IAFS without the individualized attention, and program IAFS with six obligatory meetings of individualized attention. The assessment was carried out before and after the treatment and during the follow-up. The results show the effectiveness of the program IASF in the measures that assess directly the anxiety and social avoidance and in the variables related to them, like social skills, self-esteem and adaptation but no significant differences between them are found.

KEYWORDS. Social phobia. Adolescents. Individualized attention. Efficacy. Experimental study.

RESUMO. O objectivo deste estudo experimental é analisar a eficácia diferencial da atenção individualizada (tutoria) no programa multicomponente Intervenção em Adolescentes com Fobia Social (IAFS) com um grupo de 25 adolescentes que apresentavam fobia social generalizada. A idade média dos sujeitos é de 15,32 anos, sendo a maioria raparigas (64%) que frequentavam o 3° e 4° do Ensino Secundário Obrigatório (ESO). Os sujeitos foram distribuídos aleatoriamente por duas condições experimentais: programa IAFS sem tutoria e programa IAFS com 6 sessões de tutoria obrigatórias. A avaliação foi levada a cabo antes, depois do tratamento e em seguimento aos seis meses após ter terminado o tratamento. Os resultados mostram a eficácia tanto a curto como a médio prazo (6 meses) do programa nas medidas que avaliam directamente a ansiedade e o evitamento social, assim como nos correlatos relativos à auto-estima, adaptação e as competências sociais em ambas as condições, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas entre elas.

PALAVRAS CHAVE. Fobia social. Adolescentes. Atenção individualizada. Eficacia. Estudo experimental.

Introducción

La fobia social es el tercer trastorno psicológico con mayores tasas de prevalencia, tras la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol (American Psychiatric Association, 2000). Se trata de un problema de salud pública grave que 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 tanto en lo que refiere a la población adulta (véase Baños, Quero y Botella, 2005; Olivares y García-López, 2002 o Ruipérez, García-Palacios y Botella, 2002) como por lo que respecta a la infancia y a la adolescencia (Olivares *et al.*, 2002; Olivares, Piqueras y Rosa, 2006). Las consecuencias que el trastorno de ansiedad social puede generar en el proceso de adaptación del adolescente son graves y variadas, destacando el bajo rendimiento académico –con el consiguiente riesgo de abandono escolar- (Beidel y Turner, 2005), el desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Essau, Conradt y

Petermann, 1999; Stein *et al.*, 2001) o el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (DeWit, McDonald y Offord, 1999). Estos efectos, unidos al hecho de que la fobia social es un trastorno cuyo inicio más frecuente se sitúa en la adolescencia media tanto en otros países (Beidel y Turner, 2005) como en el nuestro (Olivares *et al.*, 2006), oscilando su prevalencia entre 1,6-4% en niños y 5-10% en adolescentes (Wittchen, Stein y Kessler, 1999), ponen de relieve la importancia que una estrategia de detección e intervención temprana en este problema 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.

Pese a la escasez de programas de tratamiento específicos para la fobia social, desarrollados con la finalidad de detectarla e intervenir tempranamente en su reducción/eliminación y del reducido número de trabajos publicados sobre su tratamiento en el marco comunitario a edades tempranas (véase, por ejemplo, Masia, Klein, Storch y Corda, 2001 u Olivares, Rosa y Vera-Villarroel, 2003), uno de éstos, el Programa para la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) (Olivares, 2005) ha mostrado su eficacia en el tratamiento de adolescentes españoles con fobia social generalizada frente a grupos de control lista de espera (Olivares, Rosa y Piqueras, 2005) y frente a otros tratamientos alternativos (Olivares, García-López, Turner, La Greca y Beidel, 2002), así como tamaños del efecto superiores a los tratamientos de este orden con los que se le ha comparado (Olivares, Rosa, Caballo, García-López y Orgilés, 2003), lo que nos lleva a concluir positivamente sobre su bondad para el tratamiento de la fobia social en población adolescente española. Además, en un estudio reciente (García-López, Olivares e Hidalgo, 2005) se ha indicado que algunos de estos instrumentos adaptados a esta población son sensibles a los cambios producidos por los tratamientos. Sin embargo, ello no resulta suficiente para dar por concluido el proceso de construcción de un tratamiento, pues como recuerdan Masia, Storch, Fisher y Klein (2003), entre otras muchas cuestiones, se requiere profundizar en el conocimiento de las variables mediadoras y moderadoras del cambio terapéutico. En este sentido, en el presente trabajo pretendemos estudiar el peso que el componente atención individualizada tiene en los efectos generados por el programa IAFS, que se aplica en 12 sesiones, con formato de grupo, a razón de una sesión semanal de 90 minutos de duración. Aunque las revisiones de la literatura científica especializada realizadas muestran la inexistencia de estudios empíricos sobre esta cuestión, los resultados del meta-análisis realizado por Olivares, Rosa, Caballo *et al.* (2003) posibilitan concluir que la combinación de sesiones de tratamiento grupal e individual podría permitir a los sujetos obtener mejores resultados que cuando ambos componentes se aplican por separado; el tratamiento aplicado en grupo conllevaría la maximización de la exposición a estímulos sociales temidos y las sesiones individuales harían el programa más sensible a las necesidades particulares, al tiempo que incrementarían la adherencia e implicación de los participantes en el tratamiento.

No obstante, pese a los beneficios potenciales, la combinación del entrenamiento en grupo con el seguimiento individual también presenta claros inconvenientes que es preciso ponderar, pues suponen implicaciones importantes para la relación costes-eficacia del tratamiento. Así, un seguimiento individualizado conlleva un incremento de

los costes temporales, tanto desde la perspectiva de los terapeutas como de los participantes; respecto de los primeros requiere un incremento considerable de los costes económicos pues, por ejemplo, para el tratamiento de un solo grupo de 10 sujetos supondría un incremento de los costes temporales que, al margen del que habría de añadirse derivado de los desplazamientos, y aplicando el mínimo previsible (15 minutos por sesión individual) se situaría en los 150 minutos (equivalente a sesión y media de entrenamiento en grupo), en el supuesto más restrictivo, pues, en el máximo deseable (30 minutos por sesión individual) ello implicaría emplear 300 minutos (5 horas) para tal actividad. En consecuencia, nuestro objetivo es valorar la pertinencia de minimizar hasta donde sea posible estos costes, sin que ello conlleve pérdida de eficacia del programa, pues ha de tenerse en cuenta que el protocolo IAFS es una herramienta para ser aplicada en el contexto comunitario (ámbito escolar) por los profesionales de la Psicología, por lo que ésta sería solo una más de sus tareas dentro del quehacer cotidiano. Desde la perspectiva de los participantes, el control del tiempo de aplicación del IAFS a los mínimos imprescindibles también presenta implicaciones relevantes, habida cuenta que, por ejemplo, muchos rechazan su participación porque bien ellos mismos, bien sus padres, consideran innecesaria o excesiva la pérdida de ese tiempo en detrimento del que se dedica al estudio; no olvidemos que pese a que ya cumplan los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social, cuando son detectados tempranamente la interferencia del trastorno en la actividad cotidiana del adolescente todavía no es muy alarmante, uniéndose a ello el hecho de que los adultos interpretamos como bueno el que los chicos dediquen al estudio el mayor tiempo posible, sin advertir que en estos casos ello encubre una respuesta de evitación de la actuación y la relación social.

Por todo ello, el presente estudio experimental (Montero y León, 2005) tiene como objetivo aportar evidencia empírica que ayude a clarificar la contribución relativa del componente atención individualizada al efecto producido por la aplicación del programa IAFS, dentro del marco general del Programa para la Detección Temprana e Intervención en Sujetos Adolescentes con Fobia Social que se lleva a cabo en del ámbito institucional de la Unidad de Terapia de Conducta, del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia (España). Para la confección de este artículo se ha procurado atender a las directrices propuestas por Ramos-Álvarez y Catena (2004).

Método

Participantes

Los sujetos participantes en este estudio fueron 25 adolescentes que cumplían los criterios requeridos por el *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000) para el diagnóstico de fobia social generalizada. La edad media fue de 15,32 años (DT = 0,94; rango: 14-17), siendo la mayoría chicas (64%) que cursaban 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) (36%). El 60% no presentaba antecedentes familiares con trastornos psicológicos. Ninguno había sido tratado previamente por problemas de

tipo psicológico. En total, 24 sujetos asistieron a todas las sesiones (12 sesiones) y sólo uno no asistió a la sesión décima. La Tabla 1 muestra otros datos relevantes de los sujetos por condición experimental.

TABLA 1. Medidas de otras variables referentes a los sujetos.

<i>Variables</i>			<i>IAFS sin tutoría</i> (<i>n</i> = 13)	<i>IAFS 6 tutorías</i> (<i>n</i> = 12)
Edad	Media		15,31	15,33
	Desviación típica		0,75	1,15
Género	Chicos		5 (38,5)	4 (33,3)
	Chicas		8 (61,5)	8 (66,7)
Curso	3º ESO		5 (38,5)	4 (33,3)
Escolar	4º ESO		5 (38,5)	4 (33,3)
	1º Bachillerato		3 (23,1)	4 (33,3)
Número de situaciones sociales fóbicas de...	Relación con otros	Media	3,46	4,08
		Desviación típica	1,27	1,78
	Actuación ante otros	Media	2,69	2,33
		Desviación típica	1,18	1,61
Comorbilidad	Trastorno de angustia sin agorafobia		3 (23,1%)	3 (25,0%)
	Agorafobia		1 (7,7%)	1 (8,3%)
	Trastorno de ansiedad generalizada		5 (38,5)	4 (33,3%)
	Trastorno obsesivo-compulsivo		0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Fobia específica		7 (53,8%)	5 (41,7)
	Trastorno por estrés postraumático		0 (0,0%)	2 (16,7%)
	Episodio depresivo mayor		1 (7,7%)	1 (8,3%)
	Trastorno distímico		3 (23,1%)	3 (25,0)
	Consumo de alcohol		0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Abuso del consumo de otras sustancias tóxicas		0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Trastorno de personalidad por evitación		2 (15,4%)	1 (8,3%)
	Mutismo selectivo		1 (7,7%)	1 (8,3%)
	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad		1 (7,7%)	1 (8,3%)

IASF: Intervención en Adolescentes con Fobia Social (Olivares, 2005).

M: Media; DT: Desviación típica.

Procedimiento

El reclutamiento de los sujetos siguió el siguiente proceso: a) se administró el *Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)* y la *Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)* a una muestra de 427 sujetos de 3º y 4º de ESO y 1º de Bachillerato en cuatro centros de la región de Murcia y de la Comunidad Valenciana seleccionados aleatoriamente. La participación de los chicos fue voluntaria y contó siempre con el consentimiento escrito de los padres; b) corrección de los cuestionarios, selección de los participantes a partir de los puntos de corte previamente determinados ($SPAI \geq 97$; $SAS-A \geq 57$) (Olivares, García-López, Turner *et al.*, 2002) y cita con los 66 adolescentes que los

superaban para ser entrevistados; c) entrevista siguiendo las pautas del *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV-C)* (Silverman y Albano, 1996); en primer lugar, se aplicó el apartado relativo a la sección de fobia social y, a continuación, el resto de las secciones de la entrevista cuando se verificaba que el sujeto cumplía los criterios para dicho diagnóstico; a estos sujetos se les informó en privado de las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos de evaluación aplicados; d) selección de los sujetos, información a los padres o tutores y requerimiento del consentimiento escrito de éstos para que el chico pudiera participar en el programa; e) distribución aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales, las cuales estuvieron integradas por 3 subgrupos de 4-5 sujetos en cada caso: 13 en la condición IAFS sin tutoría y 12 en la IAFS con tutoría; y f) evaluación pretest, aplicación del tratamiento y posteriores evaluaciones relativas al postest y al seguimiento. Los autores, terapeutas con experiencia, aplicaron el tratamiento en las dos condiciones, siguiendo el reparto de papeles recogido en el protocolo del programa IAFS. La evaluación fue hecha por cuatro colaboradores (dos parejas hombre-mujer) entrenados específicamente para realizar las tareas de selección, diagnóstico y evaluación pre y post-tratamiento; una pareja realizó la evaluación pretest y la del seguimiento a los seis meses, la otra solo evaluó el postest. El equipo únicamente tuvo conocimiento del conjunto de los datos cuando se terminó la recogida de información del seguimiento.

Diseño

Se utilizó un diseño experimental con un factor intra (pretest, postest y seguimiento) y otro inter (IAFS sin tutoría *versus* IAFS seis tutorías). La integridad del tratamiento se controló mediante un manual escrito (véase Olivares, 2005). 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 asequible a los alumnos, siempre por las mañanas. No se produjo mortalidad experimental. Las dos condiciones experimentales fueron evaluadas antes de iniciar el tratamiento (pretest), inmediatamente después de terminado (postest) y a los 6 meses (seguimiento).

Instrumentos

Todos los sujetos completaron en el pretest, postest y seguimiento los siguientes instrumentos de evaluación:

- *The Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)* (Turner, Beidel, Dancu y 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: 0,95, 0,83 y 0,95 para fobia social, agorafobia y diferencia, respectivamente.
- *The Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)* (LaGreca y López, 1998) adaptada a población española por Olivares, Ruiz *et al.* (2005), de la cual seleccionamos la subescala de miedo a la evaluación negativa (*Fear of Negative Evaluations, FNE*) y la puntuación total (*SAS-A total*). La consistencia interna

- para la escala total es de 0,91 y para el miedo a la evaluación negativa de 0,94. La correlación items-test es superior a 0,40 en todos los casos.
- Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (CCHP) (Gilkinson, 1942) modificado por Paul (1966) con el objeto de evaluar tanto el miedo como la seguridad a hablar en público (antes, durante y después de la actuación). Los resultados mostraron que la consistencia interna de la escala era alta (0,87) y poseía una elevada validez concurrente.
 - Autoverbalizaciones durante la Situación de Hablar en Público (AHP) (Hofmann y DiBartolo, 2000) que evalúa las respuestas cognitivas ante la situación de hablar en público y está integrada por dos subescalas: autoverbalizaciones positivas y autoverbalizaciones negativas. La consistencia interna y la fiabilidad test-retest son altas.
 - Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa y 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 de consistencia interna en población adulta española es de 0,94.
 - Escala de Autoestima (*Society and Adolescent Self Image, SASI*) (Rosenberg, 1965) desarrollada con el objetivo de medir el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma.
 - Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA) (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001), que evalúa el nivel de dificultad interpersonal que presenta el sujeto a través de diferentes aspectos: asertividad, relaciones heterosexuales, hablar en público, relaciones familiares y amigos.
 - Entrevista *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Versión (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 su fiabilidad test-retest e interjueces en su aplicación a los trastornos de ansiedad, incluida la fobia social.

Junto a estos instrumentos, se registró, mediante cámara oculta de vídeo la duración y la ocurrencia o no de correlatos motores en la tarea de hablar en público ante una audiencia integrada por tres adolescentes, desconocidos para los sujetos experimentales y previamente entrenados para el desempeño de sus papeles (estar atento a la charla, mostrar indicios de aburrimiento y mostrar indiferencia). Las variables medidas fueron tiempo que el sujeto mira al interlocutor (mirar), número de pausas iguales o menores a dos segundos (pausas), número de pausas mayores a dos segundos (silencio), porcentaje de tiempo hablado (habla) y número de muletillas utilizadas (repeticiones). Estas variables solo fueron registradas en el postest por dos observadores independientes cuya tasa de acuerdo fue del 99%.

Tratamiento

El programa aplicado fue la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) (Olivares, 2005) que consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de

duración por sesión y periodicidad semanal. Los componentes básicos del programa son cuatro: a) componente educativo; se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la fobia social, se planifican conductas objetivo y se examinan las expectativas que tiene el sujeto, tanto respecto del tratamiento como para cada una de las conductas objetivo antes mencionadas; b) 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; c) exposición; es el elemento central del programa, en torno al cual giran casi todas las actividades que se planifican para el entrenamiento durante las sesiones de tratamiento; puede aplicarse en vivo (exposiciones simuladas –ensayo de conducta, representación de papeles o intercambio de éstos o reales) o en imaginación; d) 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 vividas, anticipan situaciones sociales que van a vivir 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 finalizar las sesiones en grupo se proporcionan las tareas para casa, consistentes en exposiciones en vivo ante contextos naturales y relativos al contenido de la sesión que se hubiera trabajado. El programa incluye la posibilidad de tratar a los participantes en sesiones de tutoría individualizada, variando sus contenidos en función de las necesidades específicas que presenten los sujetos tutorizados y su duración en un rango que sitúa el mínimo previsible en 15 minutos/sesión y en 30 minutos/sesión el máximo deseable. En ellas se hace un seguimiento de las tareas para casa (por ejemplo, la planificación de las tareas de autoexposición) y se tratan cuestiones relativas a los contenidos y actividades transmitidos y entrenados para su aplicación en las sesiones en grupo. En el presente trabajo, el componente tutoría constituye la variable independiente, estableciéndose dos condiciones o niveles: no recibir ninguna atención individualizada fuera del contexto de entrenamiento en grupo (IAFS sin tutoría) o recibir obligatoriamente atención individual, a razón de una sesión de tutoría por cada dos sesiones de entrenamiento, es decir, 6 sesiones de atención individual, a demanda de los terapeutas –siempre en la sesión par de tratamiento y cuando previamente no lo hubiese requerido el propio sujeto- o del propio sujeto (IAFS con tutoría).

Resultados

Se llevaron a cabo análisis comparativos tanto intra como intergrupo. En cuanto a los análisis intergrupo, procedimos, en primer lugar, a comprobar la existencia de diferencias en el pretest entre ambos grupos mediante la realización de una comparación de medias o frecuencias atendiendo al tipo de variable medida (prueba *t* de Student o *Chi-cuadrado* de Pearson). Los resultados, tanto de las variables sociodemográficas como de las variables dependientes indicaron que no existían diferencias estadísticamente

significativas entre ambos grupos; es decir, los grupos estaban inicialmente equiparados, lo que nos permitía realizar la evaluación intergrupo de los efectos del tratamiento en el postest y en el seguimiento; para este análisis realizamos una comparación de medias mediante la prueba *t* de Student. También calculamos los tamaños del efecto (diferencia media tipificada, Hedges y Olkin, 1985), resultantes de comparar las diferencias entre pretest-postest y pretest-seguimiento (6 meses) del grupo 6 tutorías frente a las del grupo sin tutoría. Los valores d_+ positivos reflejaban una mejora del primer grupo frente al segundo. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico *SSPS 11.0* y *MetaWin 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, se realizó la prueba de comparación de medias independientes (*t* de Student). Finalmente, analizamos la significación clínica del tratamiento mediante dos criterios: a) remisión total de los requisitos para el diagnóstico de fobia social o, lo que es lo mismo, reducción a cero del número de situaciones sociales fóbicas informadas en el pretest; y b) remisión parcial entre el 75-99,99%, el 50-74,99% y < 49,99% del número inicial del número de situaciones sociales fóbicas informadas en el pretest por los sujetos. Utilizamos la prueba *Chi-cuadrado* de Pearson para el análisis de estos datos.

Comparaciones intergrupo

En las Tablas 2 y 3 se muestran las medias y desviaciones típicas junto el nivel de probabilidad de la prueba *t* de las variables que miden ansiedad y solo evitación social. Como podemos observar no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables mencionadas entre ambos grupos de tratamiento, en ninguno de los momentos temporales (postest y seguimiento). Estos datos son confirmados mediante los tamaños del efecto (TE) que como podemos observar son, en general, bajos excepto en las variables número de situaciones sociales y autoverbalizaciones, cuyos TE son medios a favor del grupo que recibe 6 tutorías.

TABLA 2. Respuestas de ansiedad y evitación social.

		<i>IAFS 6 tutorías</i>		<i>IAFS sin tutoría</i>		<i>p</i>	<i>TE</i>
		<i>n</i>	<i>M (DT)</i>	<i>n</i>	<i>M (DT)</i>		
<i>SPAI-Fobia social</i>	Pretest	12	118,58 (15,25)	13	116,46 (14,45)	0,742	-
	Posttest	12	63,17 (12,19)	13	65,62 (14,04)	0,647	0,174
	Seguimiento	12	56,42 (14,03)	13	61,00 (15,01)	0,441	0,302
<i>SPAI-Diferencia</i>	Pretest	12	95,92 (10,17)	13	94,77 (11,55)	0,795	-
	Posttest	12	51,92 (12,29)	13	55,46 (14,21)	0,513	0,256
	Seguimiento	12	48,83 (11,91)	13	53,15 (12,23)	0,381	0,345
<i>SPAI-Agorafobia</i>	Pretest	12	25,67 (10,67)	13	19,69 (7,43)	0,116	-
	Posttest	12	10,42 (4,36)	13	8,92 (4,54)	0,411	-0,324
	Seguimiento	12	7,58 (4,9)	13	7,69 (4,46)	0,950	0,024
<i>SAS-A</i>	Pretest	12	63,67 (3,31)	13	62,77 (3,81)	0,537	-
Total	Posttest	12	43,42 (5,62)	13	45,08 (5,57)	0,466	0,286
	Seguimiento	12	42,92 (5,12)	13	43,08 (5,60)	0,941	0,029
	Pretest	12	76,08 (3,89)	13	75,38 (3,73)	0,651	-
CCHP	Posttest	12	94,17 (4,13)	13	92,77 (4,87)	0,449	0,298
	Seguimiento	12	107,25 (4,53)	13	105,62 (4,94)	0,399	0,331
	Pretest	12	6,50 (2,81)	13	6,15 (1,82)	0,716	-
Número de situaciones sociales fóbicas	Posttest	12	1,75 (2,30)	13	3,15 (2,88)	0,194	0,515
	Seguimiento	12	1,75 (2,18)	13	2,54 (2,76)	0,483	0,305
	Pretest	12	4,08 (1,78)	13	3,46 (1,27)	0,322	-
Número de situaciones sociales fóbicas de relación	Posttest	12	0,75 (1,21)	13	1,54 (1,71)	0,201	0,510
	Seguimiento	12	0,92 (1,31)	13	1,23 (1,74)	0,617	0,193
	Pretest	12	2,33 (1,61)	13	2,69 (1,18)	0,530	-
Número de situaciones sociales fóbicas de actuación	Posttest	12	1,00 (1,21)	13	1,62 (1,26)	0,226	0,483
	Seguimiento	12	0,83 (1,03)	13	1,31 (1,82)	0,293	0,309

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; *SAS-A*: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; CCHP: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público.

TABLA 3. Medida del componente cognitivo de la fobia social.

		<i>IAFS 6 tutorías</i>		<i>IAFS sin tutoría</i>		<i>p</i>	<i>TE</i>
		<i>n</i>	<i>M (DT)</i>	<i>n</i>	<i>M (DT)</i>		
AHP	Pretest	12	25,75 (2,34)	13	26,46 (2,36)	0,458	-
	Posttest	12	19,92 (2,50)	13	21,46 (2,54)	0,139	0,589
	Seguimiento 6	12	15,92 (2,50)	13	17,81 (2,43)	0,172	0,544
<i>SAS-A</i>	Pretest	12	28,67 (1,87)	13	28,62 (1,71)	0,944	-
<i>FNES</i>	Posttest	12	20,67 (2,19)	13	21,00 (2,24)	0,710	0,143
	Seguimiento 6	12	20,00 (2,17)	13	20,00 (2,12)	0,999	0,000

AHP: Autoverbalizaciones ante una situación para hablar en público; *SAS-A (FNE)*: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de miedo a la evaluación negativa).

La Tabla 4 presenta los resultados que ambas condiciones de tratamiento generan en otros correlatos o variables relacionadas como la autoestima, la adaptación, las habilidades sociales y las medidas observacionales. De nuevo, los datos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los TE son

igualmente bajos excepto en las variables adaptación ($d_+ = 0,671$) en el seguimiento y habilidades sociales (CEDIA) tanto en el postest ($d_+ = 0,759$) como en el seguimiento ($d_+ = 0,832$) a favor del grupo que incluye 6 sesiones de tutoría.

TABLA 4. Otras medidas relacionadas.

		IAFS 6 tutorías		IAFS sin tutoría		<i>p</i>	<i>TE</i>
		<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>		
Autoestima	Pretest	12	25,42 (1,78)	13	24,69 (1,55)	0,288	-
	Postest	12	29,42 (2,11)	13	29,46 (1,51)	0,951	-0,021
	Seguimiento	12	29,50 (1,57)	13	28,54 (1,76)	0,164	0,553
Adaptación	Pretest	12	20,08 (1,73)	13	20,62 (1,76)	0,454	-
	Postest	12	13,92 (2,23)	13	14,77 (1,83)	0,306	0,403
	Seguimiento	12	14,50 (2,15)	13	15,85 (1,72)	0,097	0,671
CEDIA	Pretest	12	77,50 (5,90)	13	80,15 (4,98)	0,235	-
	Postest	12	57,25 (5,99)	13	61,46 (4,67)	0,061	0,759
	Seguimiento	12	49,25 (5,86)	13	53,85 (4,79)	0,042	0,832
Mirar	Postest	12	68,58 (22,37)	13	70,61 (21, 32)	0,818	-0,089
Pausas	Postest	12	6,83 (3,40)	13	7,46 (3,50)	0,654	0,176
Silencio	Postest	12	4,29 (2,24)	13	3,92 (2,07)	0,673	-0,165
Habla	Postest	12	28,33 (11,69)	13	23,15 (9,74)	0,240	0,466
Repetición	Postest	12	4,87 (2,72)	13	5,88 (2,90)	0,380	0,346

CEDIA: Cuestionario de Evaluación de Dificultades en la Interacción en la Adolescencia.

Comparaciones intragrupo

El análisis de las medidas intragrupo (ANOVA de medidas repetidas y *t* de Student), realizado en ambas condiciones experimentales, indicó que los sujetos de ambos grupos redujeron sus puntuaciones en ansiedad y evitación social, y aumentaron éstas en las variables autoestima, adaptación, habilidades sociales y variables observacionales relacionadas con el habla, hallándose diferencias significativas respecto del pretest con un nivel de significación muy elevado ($p < 0,001$).

Significación clínica

La significación clínica de los cambios fue determinada mediante el examen del porcentaje de sujetos que presentaba una disminución del número de situaciones sociales temidas informadas en el pretest que implicaba una remisión del 100% (dejar de cumplir los criterios para el diagnóstico de fobia social), 99,99-75%, 50-74,99% y menos de un 50%. Como podemos observar no existen diferencias significativas entre ambos grupos ni en el postest ni en el seguimiento. No obstante, estos resultados hay que interpretarlos con cautela debido al tamaño muestral.

TABLA 5. Resultados de eficacia en tantos por ciento.

<i>Medidas</i>	<i>100%</i>	<i>75-99,99%</i>	<i>50-74,99%</i>	<i><49,99%</i>
Postratamiento				
IAFS 6 tutorías	50,0% (6)	8,3% (1)	8,3% (1)	33,4% (4)
IAFS sin tutoría	30,8% (4)	7,7% (1)	7,7% (1)	53,8% (7)
	$\chi^2_3 = 1,118; p = 0,758$			
Seguimiento				
IAFS 6 tutorías	50,0% (6)	8,3% (1)	25,0% (3)	16,7% (2)
IAFS sin tutoría	38,4% (5)	15,4% (2)	15,4% (2)	30,8% (4)
	$\chi^2_3 = 1,253; p = 0,740$			

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el componente tutoría no implica adición estadísticamente significativa en la mejora de los resultados tras la intervención en ninguna de las variables relacionadas con la ansiedad y evitación social ni en otros correlatos relacionados. Estos resultados encuentran también su confirmación en los datos derivados de los registros obtenidos en la prueba observacional (Dar una charla), dado que tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en estas medidas. De igual modo, los datos relativos al tamaño del efecto abundan en la misma dirección, pues sus valores son muy bajos, excepto en algunas variables, tales como número de situaciones sociales, autoverbalizaciones, adaptación y habilidades sociales, en las cuales los datos favorecen al grupo que ha recibido 6 sesiones de tutoría (atención individualizada), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Actualmente, no existen estudios que nos permitan establecer un análisis comparativo y discutir nuestros resultados. Los únicos intentos que conocemos en este sentido son referidos a los trabajos en los que se ha comparado el tratamiento individual frente al grupal en población adulta. Un ejemplo en este sentido es el estudio realizado por Scholing y Emmelkamp (1993), quienes analizaron los efectos del tratamiento en grupo frente al tratamiento individual en tres condiciones experimentales (exposición en vivo, exposición en vivo seguida de terapia cognitiva y exposición en vivo combinada con terapia cognitiva), concluyendo que no existían diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento.

En cuanto a las comparaciones intra-grupo, hay que indicar que ambas condiciones experimentales mejoran significativamente, tanto en el postest como en el seguimiento, en todas las variables relacionadas con la ansiedad y evitación social, resultados que se muestran consistentes con otras investigaciones previas tanto en adolescentes (Olivares, Rosa, Caballo *et al.*, 2003) como en adultos (Moreno, Méndez y Sánchez, 2000). De igual modo, las mejoras se producen también en otras variables relacionadas como la autoestima, la adaptación o las habilidades sociales, también de forma coherente con los resultados obtenidos en estudios anteriores por nuestro equipo (Olivares, Rosa *et al.*, 2003; Olivares, Ruiz *et al.*, 2005; Piqueras, 2005; Ramos, 2004; Ruiz, 2003). Finalmente, el número de situaciones sociales temidas también disminuye tras la intervención, siendo nuestros datos consistentes con los hallados en otras investigaciones que han

utilizado puntuaciones equivalentes a través, por ejemplo, de las escalas de severidad clínica del *ADIS-IV-C/P* (Beidel, Turner, Hamlin y Morris, 2000; Masia *et al.*, 2001).

En síntesis, a partir de los resultados que acabamos de exponer, podemos afirmar que el programa IAFS es eficaz en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada, con o sin tutorías, tanto a corto como a medio plazo. Esta conclusión tiene notables implicaciones de cara a la aplicabilidad del programa, es decir, aún en el caso de que el psicólogo que trabaja en un centro educativo no dispusiera de tiempo para aplicar complementariamente la atención individualizada o los participantes o sus tutores pusieran pegas fundamentadas en los costes temporales, el programa IAFS podría ser aplicado sin que los resultados difiriesen estadísticamente de los obtenidos al añadir el componente de atención individualizada (tutoría). No obstante, antes de concluir que este componente (la tutoría) podría ser eliminado, ya que no añade mejoras estadísticamente significativas y si supone un incremento muy importante de los costes temporales, económicos, de personal, etc., sería necesario contemplar y analizar algunas cuestiones más. En este sentido, por ejemplo, desconocemos ¿qué ocurriría si incrementásemos a 12 el número de sesiones de tutoría, si duplicásemos el número de sujetos por grupo de tratamiento dentro de cada condición experimental, si la tutoría se redujese a demanda opcional, es decir, los terapeutas o los participantes la solicitaran en función de las necesidades observadas o las dificultades encontradas? ¿Se mantendría en todos y cada uno de los casos esta misma tendencia en los resultados a largo plazo? Hasta tanto no dispongamos de esta información solo podemos concluir lo ya indicado líneas atrás: no debería dejar de aplicarse el programa porque no se pudiera dar respuesta adecuada a las necesidades de tiempo requeridas para desarrollar la atención individualizada complementaria. En esta misma línea, sería interesante investigar en condiciones controladas acerca de la contribución de los distintos componentes del programa IAFS para determinar cuál o cuáles resultan más eficaces para producir el cambio terapéutico, así como analizar si éstos actúan de manera sumativa o interactiva y explicar cuáles son las razones por las que se opera el cambio constatado; éstos, junto a otros aspectos, tales como investigar si los tratamientos son más eficaces en formato grupal o individual, analizar 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), verificar en qué medida pueden mejorarse las relaciones coste-eficacia incrementando el tamaño del grupo de tratamiento, etc. siguen estando pendientes para avanzar en la mejora del programa IAFS.

Finalmente, deseamos recordar que los resultados presentados solo son interpretables en el contexto de la detección e intervención temprana, es decir, cuando tanto la consolidación como la generalización del trastorno, su cronicidad, todavía permite abordar su tratamiento (reducción/eliminación) con intervenciones menos costosas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed., texto revisado). Washington, DC: APA.
- Baños, R. M., Quero, S. y Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computarizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 23-42.
- Beidel D. C. y Turner S. M. (2005). *Childhood anxiety disorders. A guide to research and treatment*. Nueva York: Routledge.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Hamlin, V., y Morris, T. L. (2000). The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): External and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31, 75-87.
- DeWitt, D. J., McDonald, K. y Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- García-López, L. J., Olivares, J. e Hidalgo, M. D. (2005). A pilot study on sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia in Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 385-392.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Speech Monographs*, 9, 141-160.
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- 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.
- Inglés, C., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104.
- 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.
- Masia, C., Storch, E., Fisher, P. y Klein, R. (2003). Avances recientes y nuevas tendencias en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social en jóvenes. *Psicología Conductual*, 11, 623-641.
- Moreno, P.J., Méndez, F.X. y Sánchez, J. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: A meta-analytic review. *Psicothema*, 12, 246-352.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método de informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Olivares, J. (Ed.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- 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., 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., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y 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. 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*, 467-476.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, *18*, 207-212.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V., García-López, L. J. y Orgilés, M. (2003). El tratamiento psicológico de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, *11*, 599-622.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, *17*, 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Vera-Villarroel, 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. y Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometrics properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*, 85-97.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Piqueras, J. A. (2005). *Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Murcia.
- Ramos, V. (2004). *Efecto de la retroalimentación audiovisual en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Murcia.
- Ramos-Álvarez, M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *4*, 173-189.
- 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.
- 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
- Ruiz, J. (2003). *Estudio de las relaciones entre eficacia y eficiencia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS), en función del tamaño del grupo*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, Facultad de Psicología. Murcia.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 667-681.

- Silverman, W. y Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule. (ADIS-IV-C)*. Nueva York: Graywind Publications.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höttler, 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.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.