



Transmisión de información cualificada frente a tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada¹

José Olivares², Ana I. Rosa-Alcázar y Pablo J. Olivares-Olivares
(*Universidad de Murcia, España*)

RESUMEN. Se presentan los resultados de un estudio experimental realizado en el contexto comunitario con adolescentes españoles que presentan fobia social generalizada. El objetivo es aportar evidencia empírica respecto de la eficacia de la transmisión de información cualificada, específica y relativa a la ansiedad en general y a la ansiedad social en particular, frente al tratamiento psicológico estructurado y sistemático. Los 59 sujetos participantes (67,9% mujeres y 32,1% varones), de edades comprendidas entre 14 y 17 años, fueron asignados al azar a tres condiciones experimentales: tratamiento psicológico estructurado, transmisión de información cualificada y grupo control lista de espera. Los resultados muestran que los adolescentes que recibieron tratamiento psicológico estructurado alcanzan mejores resultados en las medidas de la ansiedad y de la evitación social, en los correlatos de éstas (asertividad, autoestima, habilidades sociales y adaptación) y en los indicadores de eficacia clínica que los que sólo recibieron transmisión de información cualificada o ningún tratamiento. También se constata la eficacia de la transmisión de información en la mejora de la autoestima.

PALABRAS CLAVE. Adolescentes. Fobia social generalizada. Transmisión información. Tratamiento estructurado cognitivo-conductual. Estudio experimental.

ABSTRACT. We present the results of a controlled trial conducted in the community context, with Spanish adolescents, who have generalized social phobia. The aim is to

¹ Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación SEJ2004-01471/PSIC financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia.

² Correspondencia: Universidad de Murcia. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. P. O. Box 4021. 30100 Espinardo. Murcia (España). E-mail: jorelx@um.es

provide empirical evidence regarding the effectiveness of qualified and specific information transmission on general anxiety and social anxiety compared with the structured and systematic psychological treatment. The 59 subjects (67.9% women and 32.1% males), aged between 14 and 17 years, were randomly assigned to three experimental conditions: formal psychological treatment, qualified information transmission and waiting list control group. The results show that adolescents who received structured psychological treatment reach better results in measures of anxiety and social avoidance, in the correlates of these (assertiveness, self-esteem, social skills and adaptation) and in clinical performance indicators compared with who only received qualified information transmission or no treatment. It also notes the efficacy of information transmission on improving self-esteem.

KEYWORDS. Adolescents. Generalized social phobia. Information transmission. Structured cognitive-behavioral therapy. Experimental study.

La fobia social se caracteriza por un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público. Sus tasas de prevalencia oscilan entre el 3% y el 13% (American Psychiatric Association, 2002), lo que la sitúa como el trastorno de ansiedad más frecuente en población clínica y comunitaria (Fairbrother, 2002; Scholling y Emmelkamp, 1996). Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que este trastorno de ansiedad tiene su inicio más frecuente en la infancia y la adolescencia (Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001; Olivares, Piqueras y Rosa, 2006), siendo actualmente el trastorno más diagnosticado durante esta fase de la vida (Albano, Detweiler y Logsdon-Conradson, 1999). Presenta un curso crónico y altas tasas de comorbilidad en los niños/adolescentes que lo padecen, destacando sus efectos en el rendimiento académico, en el desarrollo de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas, además de las consecuencias derivadas de la cronicidad de su curso (Essau, Conradt y Petermann, 1999). Pese a la relevancia, tanto de sus tasas de prevalencia como de sus efectos en el desarrollo individual y social del niño/adolescente, las primeras publicaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos en estas edades son recientes (véase Beidel y Turner, 2005). Uno de éstos, la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) (Olivares, 2005), se ha aplicado de manera reiterada en población adolescente española encontrando su eficacia apoyo empírico persistente (Olivares y García-López, 2001; Olivares, García-López, Beidel, *et al.*, 2002; Olivares, Rosa y Olivares, 2006; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005). No obstante, pese a contar ya con abundante evidencia empírica y experimental sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos respecto de la ansiedad social en la infancia y la adolescencia (Beidel *et al.*, 2001; Olivares *et al.*, 2003), todavía suele ser una práctica más frecuente que algunos profesionales de la Pedagogía, la Psicopedagogía y la Psicología, y en menor medida padres y profesores, utilicen la transmisión de información como modalidad de “tratamiento/ayuda” de/para este problema. Por ello, en el presente estudio experimental (Montero y León, 2007) el objetivo es confrontar entre

sí (intra) y con un grupo control de lista de espera (inter), los efectos generados por un tratamiento psicológico, sistemático y estructurado (IAFS), con los cambios producidos por una intervención de carácter educativo basada exclusivamente en la transmisión de información cualificada sobre la ansiedad en general y la ansiedad social en particular, en una muestra de adolescentes españoles con diagnóstico de fobia social generalizada (American Psychiatric Association, 2002). Para la confección de este artículo se ha procurado atender a las directrices propuestas por Ramos- Álvarez, Moreno-Fernández, Valdés-Conroy y Catena (2008).

Método

Participantes

Participaron 59 adolescentes que cumplían los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) para el diagnóstico de fobia social generalizada. Estos adolescentes estaban matriculados en ocho centros públicos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) que fueron seleccionados al azar de entre los que existen en la región de Murcia (tres centros), en la Comunidad Valenciana (tres centros) y en Castilla-La Mancha (dos centros). La edad media de la muestra fue de 14,89 años ($DT = 0,80$; rango: 14-17), siendo la mayoría mujeres (67,9%). Ninguno había recibido tratamiento psicológico. La Tabla 1 muestra otros datos relevantes de la muestra.

TABLA 1. Datos descriptivos de la muestra.

| | | Grupo IAFS (n = 20) | Grupo educativo (n = 19) | Grupo lista de espera (n = 20) |
|-------------------------------|--|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Edad (media en años)* | | 15 | 14,94 | 14,75 |
| Género (%) | Varones | 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 Bachillerato | 5 (25%) | 5 (26,3%) | 1(5%) |
| Número de situaciones temidas | | 8,40 | 7,52 | 7,55 |
| | 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%) |
| Comorbilidad (%) | Fobia específica | 11 (55%) | 7 (36,8%) | 15 (75%) |
| | Trastorno por estrés posttraumático | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (5%) |
| | Episodio depresivo mayor | 3 (15%) | 0 (0%) | 1 (5%) |

TABLA 1. Datos descriptivos de la muestra (cont.)

| | Grupo IAFS (n = 20) | Grupo educativo (n = 19) | Grupo lista de espera (n = 20) |
|--|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Trastorno distímico | 3 (15%) | 7 (36,8%) | 3 (15%) |
| Abuso de alcohol | 0 (0%) | 4 (21,1%) | 3 (15%) |
| Abuso de sustancias(caféina, etc.) | 0 (0%) | 2 (10,5%) | 3 (15%) |
| Abandonos del tratamiento (%) | 0% | 0% | 0% |

Procedimiento

Se procedió del modo que sigue.

- Administración del *Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)* y del *Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)* a una muestra de 2.250 adolescentes voluntarios matriculados en los centros mencionados en la sección de participantes.
- 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 y Beidel, 2002) y citación de los adolescentes que los superaban para ser entrevistados. En esta fase superaron los puntos de corte 324 sujetos (14,4%).
- Entrevista con la *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-IV-C)* (Silverman y Albano, 1996), aplicando primero el proceso recogido en la sección de fobia social y después el del resto de las secciones de la entrevista, cuando 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 -36,2%- fobia social generalizada y 115 -63,8%- fobia social específica). Sólo fueron seleccionados para esta investigación los sujetos con fobia social generalizada; de éstos, seis rechazaron participar en el tratamiento alegando falta de tiempo o dificultades horarias. No fue excluido ningún sujeto por presentar trastornos incompatibles con los requisitos de la intervención.
- Solicitud del consentimiento paterno escrito para que sus hijos participasen en la investigación con fines estrictamente clínicos y confidenciales.
- Distribución aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales, las cuales quedaron integradas por seis subgrupos, cinco de diez sujetos y uno con nueve.
- Evaluación pretest, aplicación del tratamiento y evaluaciones relativas al postest y a los seguimientos.

Aplicaron el tratamiento los dos primeros autores, psicólogos con experiencia en el tratamiento de la fobia social con adolescentes. Del grupo IAFS se obtuvieron datos en el seguimiento a los 12 meses, pero no de los grupos control y transmisión de información cualificada porque a sus integrantes les fue ofertada la posibilidad de recibir tratamiento tras la primera evaluación de seguimiento realizada a los seis meses. La evaluación fue realizada por seis colaboradores previamente entrenados para tal fin, agrupados en parejas hombre-mujer. La primera pareja realizó la evaluación pretest y del

seguimiento a los doce meses, la segunda la evaluación posttest y la tercera el seguimiento a los seis meses. El equipo sólo tuvo conocimiento del conjunto de las distintas medidas cuando terminó la segunda evaluación de seguimiento (a los 12 meses). El tratamiento fue aplicado dentro del marco general del Programa para la Detección e Intervención Temprana de Adolescentes con Fobia Social que se realiza en la Unidad de Terapia de Conducta, del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia (España).

Instrumentos

Todos los sujetos completaron en el pretest, posttest y seguimiento los siguientes instrumentos.

- *Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). Incluye tres dimensiones: *Fobia social*, *Agorafobia* y *Diferencia*. Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (1999) estudiaron sus propiedades psicométricas en población adolescente española, indicando coeficientes adecuados de consistencia interna para cada una de las subescalas (0,95, 0,83 y 0,95, respectivamente).
- *Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A*; LaGreca y López, 1998). La adaptación a población española de Olivares *et al.* (2005) presenta una estructura trifactorial: *Miedo a la Evaluación Negativa-FNE*, *Ansiedad y Evitación Social ante Extraños-SAD Extraños*, y *Ansiedad y Evitación Social en General-SAD General*. Esta última fue contestada también por los padres (SAS-A/Pa) y los profesores (SAS-A/Pf). La consistencia interna hallada por Olivares *et al.* (2005) para la puntuación total fue de 0,91 y para *Miedo a la Evaluación Negativa* de 0,94.
- *Fear of Negative Evaluation Scale (FNES*; Watson y Friend, 1969). Mide el miedo a la evaluación negativa y consta de 30 ítems con dos posibilidades de respuesta (*verdadero* o *falso*) relacionados con los componentes cognitivos del trastorno. La fiabilidad test-retest, con un mes de intervalo, es de 0,78 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,94 para población española (Salaberría y Echeburúa, 1995).
- *Social Avoidance and Distress Scale (SADS*; Watson y Friend, 1969). Mide la ansiedad y evitación ante situaciones sociales. Fue validada en población adolescente de habla española obteniendo una consistencia interna de 0,92 y una correlación test-retest de 0,85 (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2000).
- *Social Phobia Scale (SPS*; Mattick y Clarke, 1998). Diseñada para medir la ansiedad de actuación (por ejemplo, comer o beber en público). La consistencia interna fue de 0,90 en población adolescente española (García-López *et al.*, 2000).
- *Personal Report of Confidence as Speaker (PRCS*) de Gilkinson (1942). Se empleó la versión de Paul (1966) con el objeto de evaluar el miedo y la seguridad a hablar en público (antes, durante y después de la actuación). Los resultados con población adolescente española mostraron una consistencia interna alta - 0,89 (García-López, Olivares y Vera-Villarroel, 2003).

- *Autoverbalizaciones durante la Situación de Hablar en Público* (AHP; Hofmann y DiBartolo, 2000). Permite obtener una medida general de las respuestas cognitivas ante la situación de hablar en público y dos medidas relativas a las dos subescalas que la integran: *Autoverbalizaciones positivas* y *Autoverbalizaciones negativas*. Los autores informan una adecuada consistencia interna (coeficientes alfa que oscilan entre 0,75 y 0,84 para la escala positiva y entre 0,83 y 0,86 para la escala negativa) y fiabilidad test-retest.
- Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa y Corral, 1987). 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 medida con el coeficiente alfa de Cronbach en población española es de 0,94 (Echeburúa y Corral, 1987).
- *Society and Adolescent Self Image (SASI)*; Rosenberg, 1965). Desarrollada con el objetivo de medir el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalbo (2007) realizan la validación de la escala en una muestra de estudiantes universitarios españoles e informan de una alta consistencia interna y estabilidad temporal tras un período de cuatro semanas.
- *Rathus Assertivity Scale (RAS)*; Rathus, 1973). Mide las conductas asertivas del sujeto. Su coeficiente alfa de consistencia interna varía entre 0,73 y 0,86 para población española (Salaberría y Echeburúa, 1995).
- Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA; Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001). Instrumento construido para discriminar entre sujetos con habilidades sociales y con déficit en éstas. Su consistencia interna y la fiabilidad test-retest para la puntuación total es de 0,94 y 0,84, respectivamente.
- *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-IV-C)*; Silverman y Albano, 1996). Se utilizó como entrevista diagnóstica para registrar 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 mostrado una excelente fiabilidad test-retest e interjueces en su aplicación a la fobia social.

Diseño

Se utilizó 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 cualificada –TI- y grupo intervención en adolescentes con fobia social –IAFS-). El grupo LE estuvo integrado por 20 adolescentes, el TI por 19 y el IAFS 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 y siempre por las mañanas.

Tratamientos

- 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:
 - 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.
 - Entrenamiento en habilidades sociales. Integra contenidos y actividades tales como iniciar y mantener conversaciones, actuar asertivamente, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades, así como entrenamiento en habilidades para hablar en público.
 - 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.
 - 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 en vivo ante contextos naturales y relativas al contenido de la(s) sesión(es) que se haya(n) ya trabajado en el contexto clínico. Pese a que el IAFS incluye la posibilidad de aplicar atención individualizada de forma complementaria al entrenamiento en grupo, en este estudio no se hizo uso de este recurso atendiendo a los resultados obtenidos en un trabajo previo (Olivares *et al.*, 2006).

- 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 (véase la Tabla 2). Tuvo el mismo formato que el programa IAFS: 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), excluyendo cualquier descripción relativa al modelado, instrucciones respecto de la exposición o incitación al respecto. Las explicaciones de la ansiedad y el miedo tuvieron como referencia el Modelo bifactorial de Mowrer (1960), las aportaciones de Eysenck y Calvo (1992) para dar cuenta de cómo y por qué interfiere la ansiedad en el rendimiento, las conclusiones de Calvo, Eysenck y Castillo (1997) sobre las repercusiones negativas de la ansiedad en los procesos relacionados con la interpretación y

TABLA 2. Contenidos y sesiones del Programa Transmisión de Información Cualificada (TI).

| | | <i>Contenidos</i> |
|-----------------|----|---|
| <i>Sesiones</i> | 1 | Ejemplos y explicación de los conceptos básicos de miedo, ansiedad y fobia. Diferencias y semejanzas. El miedo y la edad: explicación del curso evolutivo y la prevalencia de los miedos. Descripción y presentación audiovisual de casos de miedo en distintas edades. Normas del programa (asistencia, confidencialidad, etc.). |
| | 2 | Recuerdo de las diferencias y semejanzas entre miedo, ansiedad y fobia. Nuevos ejemplos. Presentación del modelo bifactorial propuesto por Mowrer para explicar el poder de las respuestas de evitación y ejemplos al respecto. Ejercicios de redacción. Lecturas a cargo del terapeuta y co-terapeuta. |
| | 3 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. El mutismo selectivo. Vídeo sobre el comportamiento cotidiano de tres niños mudos selectivos en distintas situaciones sociales. Ejercicios de redacción. Lecturas al respecto a cargo del terapeuta y co-terapeuta. |
| | 4 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. Explicación del papel del contexto social negativo en la vulnerabilidad de las personas a padecer ansiedad social. Ejercicios de redacción. Lecturas a cargo de los terapeutas. |
| | 5 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. Efectos de la interacción de los factores personales con el contexto social negativo en la génesis de la ansiedad social. Ejercicios de redacción. Lecturas a cargo del terapeuta y co-terapeuta. |
| | 6 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. Modelos explicativos del inicio de la fobia social. Ejercicios de redacción. Lecturas a cargo de los terapeutas. |
| | 7 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. La hipótesis sobre la transición desde la timidez hasta la fobia social. ¿Siempre aparece “de golpe” la fobia social? El proceso de generalización. Ejercicios de redacción. Lecturas a cargo del terapeuta y co-terapeuta. |
| | 8 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. Explicación del mantenimiento (I). Los sesgos en el control de la atención. Ejercicios de redacción al respecto. Lecturas a cargo del terapeuta y co-terapeuta . |
| | 9 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. Explicación del mantenimiento (II). Los sesgos en el procesamiento de la información. Ejercicios de redacción. Lecturas a cargo del terapeuta y co-terapeuta. |
| | 10 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. Explicación del mantenimiento (III). Efectos del aislamiento, el rechazo y el olvido. Ejercicios de redacción. Lecturas al respecto a cargo del terapeuta y co-terapeuta. |
| | 11 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. La fobia social y la cultura. Documental sobre el <i>Taijin Kyofusho</i> japonés. Ejercicios de redacción. Lecturas al respecto a cargo del terapeuta y co-terapeuta. |
| | 12 | Comentarios de los miembros del grupo relativos a los contenidos informados/explicados en la sesión anterior. Descripción de ejemplos de personas famosas con distintos trastornos de ansiedad incluida la ansiedad social (Elfriede Jelinek, Premio Nobel de Literatura o Howard Hughes empresario, aviador pionero, director de cine, etc.). Ejercicios de redacción. Lecturas al respecto a cargo del terapeuta y co-terapeuta. |

el juicio, y el trabajo de Lang y Craske (1997) sobre el efecto de la ansiedad en el funcionamiento general de los procesos de memoria. Para el desarrollo de las explicaciones y descripciones de las fases de vulnerabilidad, génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social se utilizó la propuesta de Olivares y 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.

Análisis estadísticos

Se llevaron a cabo análisis comparativos tanto intra como intergrupo. En los intergrupo se verificó la ausencia de diferencias en el pretest entre las condiciones experimentales mediante la realización de una comparación de medias o frecuencias atendiendo al tipo de variable medida (ANOVA o chi-cuadrado de Pearson). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Para la evaluación de los efectos del tratamiento en el posttest y en los seguimientos se aplicó un ANOVA y comparaciones *post-hoc* cuando los resultados de la primera mostraron diferencias estadísticamente significativas. También se calcularon los tamaños del efecto (d , diferencia media tipificada, Hedges y Olkin, 1985) resultantes de comparar las diferencias entre pretest-posttest y pretest-seguimiento a los seis meses (grupo IAFS frente a las del grupo TI y el grupo LE; grupo TI frente a grupo LE). Los valores d_+ positivos reflejaban una mejora del primer grupo. Los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico *SPSS 11.0* y *MetaWin 2.0* (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

Respecto de las comparaciones intragrupo, se realizó un ANOVA de medidas repetidas en las variables dependientes y, posteriormente, utilizando el procedimiento de Bonferroni, se analizaron las comparaciones dos a dos. Finalmente, se estudió la significación clínica del tratamiento mediante dos criterios referidos al número de situaciones sociales fóbicas informadas en el pretest en la sección de fobia social del ADIS-IV-C: a) remisión total de los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social o, lo que es lo mismo, reducción a cero del número de situaciones sociales fóbicas; y b) remisión entre el 75%-99% del número inicial de situaciones sociales fóbicas informadas. Para el análisis de estos datos se utilizó el chi-cuadrado de Pearson.

Resultados

Comparaciones intergrupo

Las medias, desviaciones típicas y la significación estadística del análisis de varianza de las variables que miden ansiedad y evitación social están recogidas en las Tablas 3 y 4. Como se puede observar, se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el posttest y en el seguimiento en todas las variables medidas. El análisis *post-hoc* indica que el grupo IAFS mejora sus puntuaciones en el posttest y en el seguimiento respecto del grupo TI y al grupo LE en todas las variables. El grupo TI también presenta diferencias estadísticamente significativas en las variables SPAI-Agorafobia y SAS-A General respecto del grupo LE.

TABLA 3. Respuestas de ansiedad y evitación social de la fobia social.

| | | IAFS | | TI | | LE | | F |
|-------------------|---------|------|----------------|----|----------------|----|----------------|----------------------------------|
| | | n | M (DT) | n | M (DT) | n | M (DT) | |
| SPAI-Fobia social | Pretest | 20 | 129,86 (19,20) | 19 | 119,49 (9,90) | 20 | 124,08 (13,67) | $F_{(2,58)} = 2,39; p = 0,100$ |
| | Postest | 20 | 67,99 (23,38) | 19 | 112,36 (11,71) | 20 | 125,93 (17,05) | $F_{(2,58)} = 55,77; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 59,52 (30,94) | 19 | 113,73 (12) | 20 | 128,21 (18,90) | $F_{(2,58)} = 53,08; p = 0,000$ |
| SPAI-Diferencia | Pretest | 20 | 99,69 (29,58) | 19 | 100,15 (9,05) | 20 | 101,78 (15,43) | $F_{(2,58)} = 0,05; p = 0,943$ |
| | Postest | 20 | 55,24 (21,10) | 19 | 94,31 (9,27) | 20 | 101,64 (16,17) | $F_{(2,58)} = 46,29; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 47,92 (24,96) | 19 | 95,42 (9,80) | 20 | 104,25 (17,11) | $F_{(2,58)} = 53,46; p = 0,000$ |
| SPAI-Agorafobia | Pretest | 20 | 23,80 (10,59) | 19 | 19,62 (7,24) | 20 | 22,55 (9,93) | $F_{(2,58)} = 1; p = 0,371$ |
| | Postest | 20 | 12,25 (5,76) | 19 | 18,05 (5,90) | 20 | 27,80 (17,47) | $F_{(2,58)} = 9,79; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 11,45 (7,91) | 19 | 18,84 (6,34) | 20 | 24 (7,64) | $F_{(2,58)} = 14,73; p = 0,000$ |
| SAS-A General | Pretest | 20 | 17,90 (5,34) | 19 | 16,10 (1,23) | 20 | 16,30 (4,28) | $F_{(2,58)} = 1,09; p = 0,342$ |
| | Postest | 20 | 8,55 (1,60) | 19 | 15,36 (2,47) | 20 | 14,90 (3,46) | $F_{(2,58)} = 41,52; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 9,10 (3,80) | 19 | 16,21 (2,83) | 20 | 12,90 (5,06) | $F_{(2,58)} = 15,22; p = 0,000$ |
| SAS-A Extraños | Pretest | 20 | 26,30 (3,31) | 19 | 25,05 (3,51) | 20 | 24,65 (3,26) | $F_{(2,58)} = 1,30; p = 0,279$ |
| | Postest | 20 | 13,95 (4,46) | 19 | 23,42 (3,77) | 20 | 23,35 (3,60) | $F_{(2,58)} = 37,35; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 13,40 (5,35) | 19 | 24 (3,88) | 20 | 20,90 (6,63) | $F_{(2,58)} = 19,77; p = 0,000$ |
| SAS-A Total | Pretest | 20 | 76,85 (7,60) | 19 | 71,89 (7,13) | 20 | 71,85 (8,69) | $F_{(2,58)} = 2,65; p = 0,079$ |
| | Postest | 20 | 45,05 (10,39) | 19 | 68,84 (7,73) | 20 | 70,40 (9,08) | $F_{(2,58)} = 47,80; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 41,10 (17,02) | 19 | 70,89 (8,57) | 20 | 62,20 (19,33) | $F_{(2,58)} = 18,53; p = 0,000$ |
| SAS-A Padres | Pretest | 20 | 67,85 (7,64) | 19 | 63,68 (8,31) | 20 | 67,15 (9,45) | $F_{(2,58)} = 1,33; p = 0,273$ |
| | Postest | 20 | 45,90 (17,42) | 19 | 72,31 (9,96) | 20 | 81,00 (5,98) | $F_{(2,58)} = 45,30; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 31,75 (11,48) | 19 | 72,89 (10,88) | 20 | 79,80 (8,17) | $F_{(2,58)} = 127,29; p = 0,000$ |
| SAS-A Profesores | Pretest | 20 | 75,50 (8,38) | 19 | 74,05 (10,99) | 20 | 78,55 (7) | $F_{(2,58)} = 1,30; p = 0,280$ |
| | Postest | 20 | 35,50 (14,24) | 19 | 72,73 (10,43) | 20 | 80,35 (6,43) | $F_{(2,58)} = 97,27; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 26,55 (8,30) | 19 | 73,21 (10,94) | 20 | 80,05 (7,76) | $F_{(2,58)} = 204,90; p = 0,000$ |
| SPS | Pretest | 20 | 43,75 (10,38) | 19 | 42,26 (9,15) | 20 | 42,05 (9,85) | $F_{(2,58)} = 0,17; p = 0,838$ |
| | Postest | 20 | 19,95 (7,03) | 19 | 39,73 (8,89) | 20 | 38,80 (11,16) | $F_{(2,58)} = 29,21; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 18,25 (10,36) | 19 | 40,05 (8,34) | 20 | 35,50 (15,89) | $F_{(2,58)} = 18,02; p = 0,000$ |
| SADS | Pretest | 20 | 22,20 (4,17) | 19 | 20,21 (3,61) | 20 | 20,50 (3,35) | $F_{(2,58)} = 1,63; p = 0,203$ |
| | Postest | 20 | 14,55 (6,21) | 19 | 19,78 (4,03) | 20 | 18,40 (4,92) | $F_{(2,58)} = 5,45; p = 0,007$ |
| | Segto 6 | 20 | 11 (6,82) | 19 | 20,42 (3,84) | 20 | 17,35 (6,30) | $F_{(2,58)} = 13,31; p = 0,000$ |
| PRCS | Pretest | 20 | 75,50 (11,99) | 19 | 82,05 (9,19) | 20 | 82,30 (9,04) | $F_{(2,58)} = 2,84; p = 0,067$ |
| | Postest | 20 | 103,90 (15,56) | 19 | 82,57 (9,31) | 20 | 82,25 (10,70) | $F_{(2,58)} = 20,49; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 111,95 (21,40) | 19 | 82,42 (8,22) | 20 | 85,70 (14,09) | $F_{(2,58)} = 21,17; p = 0,000$ |

Notas. SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; SAS-A: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; SPS: Escala de Fobia social; SADS: Escala de Ansiedad y Evitación Social; PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; IAFS: grupo intervención en adolescentes con fobia social; TI: grupo transmisión de información; LE: grupo lista de espera; Segto 6: seguimiento a los seis meses.

TABLA 4. Número de situaciones sociales fóbicas.

| | | IAFS | | TI | | LE | | F |
|--|---------|------|-------------|----|-------------|----|-------------|----------------------------------|
| | | n | M (DT) | N | M (DT) | n | M (DT) | |
| Número de situaciones sociales fóbicas | Pretest | 20 | 8,40 (1,95) | 19 | 7,52 (1,95) | 20 | 7,55 (1,76) | $F_{(2,58)} = 1,37; p = 0,262$ |
| | Postest | 20 | 1 (1,33) | 19 | 7,26 (1,66) | 20 | 8,25 (1,44) | $F_{(2,58)} = 139,57; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 1,60 (2,87) | 19 | 7,36 (1,64) | 20 | 8,20 (2,01) | $F_{(2,58)} = 50,96; p = 0,000$ |

Notas. IAFS: grupo intervención en adolescentes con fobia social; TI: grupo transmisión de información; LE: grupo lista de espera; Segto 6: seguimiento a los seis meses.

Esta tendencia también se produce en las variables que miden el componente cognitivo de la ansiedad social (véase la Tabla 5), confirmándose estos datos en los tamaños del efecto (TE) hallados (TE) (véase la Tabla 6).

TABLA 5. Componente cognitivo de la fobia social.

| | | IAFS | | TI | | LE | | F |
|----------------|---------|------|--------------|----|--------------|----|--------------|----------------------------------|
| | | n | M (DT) | n | M (DT) | n | M (DT) | |
| AHP | Pretest | 20 | 26,10 (7,58) | 19 | 22,21 (6,51) | 20 | 21,50 (6,02) | $F_{(2, 58)} = 2,63; p = 0,077$ |
| | Postest | 20 | 15,00 (4,82) | 19 | 21,05 (5,52) | 20 | 23,15 (6,67) | $F_{(2, 58)} = 10,90; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 14,90 (8,98) | 19 | 21,68 (5,09) | 20 | 22,30 (8,23) | $F_{(2, 58)} = 5,70; p = 0,006$ |
| SAS-A (FNE) | Pretest | 20 | 33,90 (5,06) | 19 | 31,36 (3,65) | 20 | 31,40 (3,91) | $F_{(2, 58)} = 2,29; p = 0,110$ |
| | Postest | 20 | 22,55 (6,63) | 19 | 29,26 (3,47) | 20 | 32,25 (4,33) | $F_{(2, 58)} = 19,56; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 19 (8,97) | 19 | 30,10 (3,51) | 20 | 28,45 (8,83) | $F_{(2, 58)} = 12,26; p = 0,000$ |
| FNES | Pretest | 20 | 25,75 (3,62) | 19 | 24,73 (3,57) | 20 | 23,70 (3,43) | $F_{(2, 58)} = 1,67; p = 0,197$ |
| | Postest | 20 | 17,25 (5,08) | 19 | 23,42 (3,96) | 20 | 23,10 (4,33) | $F_{(2, 58)} = 11,84; p = 0,000$ |
| | Segto 6 | 20 | 14,50 (8,27) | 19 | 24,36 (3,81) | 20 | 22,35 (5,80) | $F_{(2, 58)} = 13,61; p = 0,000$ |

Notas. 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); FNE: Escala de Miedo a la Evaluación negativa; IAFS: grupo intervención en adolescentes con fobia social; TI: grupo transmisión de información; LE: grupo lista de espera; Segto 6: seguimiento a los seis meses.

TABLA 6. Tamaños del efecto entre grupos en diferentes momentos temporales.

| Variables | 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 |
| SPAI-Diferencia | Postest | 2,32 | 2,42 | 5,76 |
| | Seguimiento 6 | 2,43 | 2,58 | 0,61 |
| SPAI-Agorafobia | Postest | 0,97 | 1,17 | 0,72 |
| | Seguimiento 6 | 1,01 | 1,58 | 0,72 |
| SASA-General | Postest | 3,22 | 2,31 | -0,15 |
| | Seguimiento 6 | 2,07 | 0,83 | -0,78 |
| SASA-Extraños | Postest | 2,24 | 2,27 | -0,02 |
| | Seguimiento 6 | 2,21 | 1,21 | -0,55 |
| SAS-A Total | 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 |
| SPS | Postest | 2,42 | 1,98 | -0,09 |
| | Seguimiento 6 | 2,26 | 1,26 | -0,35 |
| SADS | Postest | 0,97 | 0,67 | -0,29 |
| | Seguimiento 6 | 1,65 | 0,95 | -0,57 |
| PRCS | Postest | 1,62 | 1,58 | -0,03 |
| | Seguimiento 6 | 1,76 | 1,42 | 0,27 |
| Situaciones sociales fóbicas | Postest | 1,08 | 5,12 | 0,62 |
| | Seguimiento 6 | 2,39 | 2,61 | 0,45 |
| AHP | Postest | 1,14 | 1,37 | 0,33 |
| | Seguimiento 6 | 0,90 | 0,84 | 0,09 |
| SAS-A FNES | Postest | 1,23 | 1,69 | 0,74 |
| | Seguimiento 6 | 1,58 | 1,36 | -0,24 |
| FNES | Postest | 1,32 | 1,21 | -0,07 |
| | Seguimiento 6 | 1,48 | 1,07 | -0,39 |
| Autoestima | Postest | -0,02 | 1,35 | 1,59 |
| | Seguimiento 6 | 0,51 | 1,52 | 1,39 |

TABLA 6. Tamaños del efecto entre grupos en diferentes momentos temporales (cont.).

| <i>Variables</i> | <i>Evaluación</i> | <i>IAFS vs. TI</i> | <i>IAFS vs. LE</i> | <i>TI vs. LE</i> |
|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Adaptación | Postest | 2,08 | 1,57 | -0,35 |
| | Seguimiento 6 | 0,74 | 0,92 | -0,66 |
| Asertividad | Postest | 1,71 | 1,88 | 0,46 |
| | Seguimiento 6 | 1,58 | 1,69 | 0,35 |
| Habilidades sociales | Postest | 1,39 | 1,65 | -0,04 |
| | Seguimiento 6 | 1,58 | 1,29 | -0,05 |

Notas. IAFS: grupo intervención en adolescentes con fobia social; TI: grupo transmisión de información; LE grupo lista de espera. SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; SAS-A: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; SPS: Escala de Fobia Social; SADS: Escala de Ansiedad y Evitación Social; PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público. 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); FNE: Escala de Miedo a la Evaluación Negativa.

La Tabla 6 presenta los valores de las medidas relativas a la autoestima, la adaptación, la asertividad y el resto de las habilidades sociales. De nuevo, los datos muestran diferencias significativas entre los grupos tanto en el postest como en el seguimiento, siendo el grupo IAFS el que mejores puntuaciones alcanza excepto en la variable autoestima y en el postest frente al grupo TI. Otro tanto ocurre entre el grupo TI y el grupo LE, destacando las puntuaciones del primero, en autoestima. Los TE son altos, no siguiendo la misma dirección los obtenidos entre el grupo TI y el grupo LE.

TABLA 7. Otras medidas relacionadas.

| | | <i>IAFS</i> | | <i>TI</i> | | <i>LE</i> | |
|----------------------|---------------------------------|-------------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| | | <i>n</i> | <i>M (SD)</i> | <i>n</i> | <i>M (SD)</i> | <i>n</i> | <i>M (SD)</i> |
| Autoestima | Pretest | 20 | 21,05 (3,50) | 19 | 18,10 (3,58) | 20 | 20,10 (4,95) |
| | $F_{(2,58)} = 2,63; p = 0,081$ | | | | | | |
| | Postest | 20 | 27,50 (5,05) | 19 | 27,57 (3,25) | 20 | 20,35 (5,31) |
| | $F_{(2,58)} = 16,04; p = 0,000$ | | | | | | |
| | Seguimiento 6 | 20 | 28,95 (5,77) | 19 | 26,52 (3,06) | 20 | 20,45 (5,17) |
| | $F_{(2,58)} = 16,33; p = 0,000$ | | | | | | |
| Adaptación | Pretest | 20 | 20,80 (5,28) | 19 | 21,52 (2,93) | 20 | 21,85 (3,21) |
| | $F_{(2,58)} = 0,36; p = 0,695$ | | | | | | |
| | Postest | 20 | 13,45 (4,82) | 19 | 2 (2,92) | 20 | 20,70 (4,21) |
| | $F_{(2,58)} = 25,14; p = 0,000$ | | | | | | |
| | Seguimiento 6 | 20 | 12,50 (7) | 19 | 21,78 (2,89) | 20 | 18,60 (5,90) |
| | $F_{(2,58)} = 14,01; p = 0,000$ | | | | | | |
| Asertividad | Pretest | 20 | -29,10 (14,14) | 19 | -23,94 (10,17) | 20 | -24,05 (12,85) |
| | $F_{(2,58)} = 1,09; p = 0,34$ | | | | | | |
| | Postest | 20 | 3,70 (18,86) | 19 | -21,94 (8,27) | 20 | -26,85 (12,15) |
| | $F_{(2,58)} = 27,79; p = 0,000$ | | | | | | |
| | Seguimiento 6 | 20 | 9,25 (26,22) | 19 | -22,47 (8,25) | 20 | -26,15 (12,41) |
| | $F_{(2,58)} = 21,19; p = 0,000$ | | | | | | |
| Habilidades sociales | Pretest | 20 | 98,50 (18,57) | 19 | 87,68 (16,37) | 20 | 89,25 (18,54) |
| | $F_{(2,58)} = 2,10; p = 0,131$ | | | | | | |
| | Postest | 20 | 58,35 (17,02) | 19 | 82,84 (17,52) | 20 | 82,25 (10,70) |
| | $F_{(2,58)} = 10,04; p = 0,00$ | | | | | | |
| | Seguimiento 6 | 20 | 46,45 (30,94) | 19 | 85,94 (14,50) | 20 | 84,70 (27) |
| | $F_{(2,58)} = 15,60; p = 0,000$ | | | | | | |

Notas. IAFS: grupo intervención en adolescentes con fobia social; TI: grupo transmisión de información; LE: grupo lista de espera.

Comparaciones intragrupo

El análisis de las medidas intragrupo (ANOVA de medidas repetidas y *t* de Student), realizado en las distintas condiciones experimentales, indicó que los sujetos del grupo IAFS redujeron sus puntuaciones en ansiedad ($F = 61,79, p = 0,002$) y evitación social ($F = 31,12, p = 0,000$), y aumentaron sus puntuaciones en autoestima ($F = 30,55, p = 0,000$), habilidades sociales ($F = 41,06, p = 0,000$), asertividad ($F = 36,78, p = 0,000$) y adaptación respecto al pretest ($F = 17,36, p = 0,000$), aumentando sus valores con el transcurso del tiempo. En el grupo TI se hallaron diferencias significativas entre el pretest y el resto de momentos temporales en las siguientes variables: SAS-A extraños ($F = 6,32, p = 0,004$), SAS-A FNE ($F = 9,84, p = 0,000$), SAS-A padres ($F = 23,15, p = 0,000$), SPAI-fobia social ($F = 7,32, p = 0,002$), SPAI-diferencia ($F = 6,83, p = 0,003$), SPS ($F = 4,55, p = 0,017$), SIAS ($F = 6,57, p = 0,004$), FNE ($F = 9,84, p = 0,000$), AHP ($F = 4,67, p = 0,016$), asertividad ($F = 3,81, p = 0,031$) y autoestima ($F = 31,79, p = 0,000$). Finalmente, respecto del grupo LE no se hallaron diferencias entre la mayor parte de las medidas del pretest y el resto de momentos temporales, excepto en SAS-A general ($F = 3,81, p = 0,031$), SAS-A extraños ($F = 4,71, p = 0,015$), SAS-A total ($F = 4,21, p = 0,022$), SAS-A padres ($F = 38,15, p = 0,000$) y adaptación ($F = 5,27, p = 0,010$). Hemos de observar que se produce un aumento de las puntuaciones en las medidas de la SAS-A padres de los grupos TI y LE; es decir, los padres apreciaron un empeoramiento en sus hijos del pretest al postest y en las medidas de seguimiento.

Significación clínica

Analizando la remisión al 100%, los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos experimentales tanto en el postest ($X^2 = 46,80, p < 0,00$) como en el seguimiento a los seis meses ($X^2 = 26,36, p < 0,00$). Se observa que sólo el grupo IAFS alcanza en el postest porcentajes de éxito clínico notables (60%) que se mantienen en el seguimiento a los seis meses (60%) y se incrementan en el seguimiento a los 12 meses (75%). En cuanto a la remisión 75%-99%, se obtienen diferencias significativas entre los grupos experimentales tanto en el postest ($X^2 = 36,56, p < 0,00$) como en el seguimiento a los seis meses ($X^2 = 24,18, p < 0,00$) a favor del grupo IAFS frente a los otros grupos en el postest (25%) y en el seguimiento (25%). En la medida de seguimiento realizada a los 12 meses a los sujetos del grupo IAFS, un 75% de éstos ya no cumplían los criterios para el diagnóstico de fobia social (remisión del 100%). Los grupos TI y LE no alcanzan estas mejoras en ningún caso.

Discusión

Los efectos producidos en las tres condiciones experimentales han sido registrados tanto por los padres (en casa y en situaciones extraescolares) como por los profesores de los adolescentes en el ámbito educativo. Ello nos permite constatar empíricamente la validez social de los cambios a través de agentes externos. Los resultados obtenidos en el grupo IAFS, en las variables SAS-A/Padres y SAS-A/Profesores, siguen la misma tendencia que los del resto de variables dependientes, es decir, conforme los sujetos van mejorando sus avances son ratificados tanto por padres como por profesores.

Frente a ello los padres y profesores de los sujetos de los grupos TI y LE (control) registraron un empeoramiento progresivo en todas las variables, excepto en autoestima. Ésta es la única variable en la que el grupo TI obtuvo mejores resultados que el grupo IAFS en el posttest, manteniéndose en la medida de seguimiento a los seis meses. Una interpretación de estos resultados puede fundamentarse en el supuesto de que el conocimiento de los mecanismos explicativos dados a conocer en las sesiones de transmisión de información produjese en los adolescentes un cambio cognitivo en su percepción que se traduciría en un aumento importante de su valía personal, la cual se iría desvaneciendo con el paso del tiempo al no producirse cambios concretos en su vida cotidiana (véase Olivares y Caballo, 2003). Es decir, dado que el cambio no deviene de la exposición a las situaciones sociales temidas, sino de la auto-reestructuración cognitiva, a corto plazo ello produciría una mejor autovaloración en los sujetos de la condición TI, pero la ausencia de cambios reales terminaría extinguiendo “el espejismo”. En cambio, dado que los sujetos del grupo IAFS sí tuvieron que exponerse, ello les habría generado inicialmente una elevada frustración acompañada de una constelación de pensamientos negativos, todo lo cual habría ido inicialmente en detrimento de la percepción de su valía. En síntesis, padres y profesores refrendan los resultados obtenidos por los sujetos experimentales en lo relativo a la eficacia del tratamiento psicológico y a la ineficacia de la transmisión de información cualificada.

Los resultados también muestran que los padres de los adolescentes de la muestra no coinciden con éstos en la valoración de la evolución de la ansiedad social, medida con el SAS-A. Este dato coincide con los resultados obtenidos 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 cuanto a la significación clínica de los cambios, los resultados muestran que los sujetos del grupo IAFS presentan mayores tasas de recuperación que los de los otros dos grupos, tanto en el posttest como en los seguimientos. También en contra de lo esperado no se han hallado diferencias en la significación clínica de los cambios generados por los grupos LE y TI. En relación con el tamaño del efecto los resultados obtenidos no se han presentado en todos los casos en el orden esperado ($TE_{IAFS} \geq TE_{TI} \geq TE_{GC}$), ya que la transmisión de información no ha producido, en general, mejores resultados que las variables inespecíficas que pudieran haber afectado a los sujetos del grupo LE.

En las comparaciones *intra* el grupo IAFS mejora significativamente respecto del pretest, tanto en el posttest como en el seguimiento a los seis meses, en todas las variables relacionadas con la ansiedad y evitación social, la autoestima, la adaptación, las habilidades sociales 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 y Echeburúa, 1995) como con los datos de otros estudios 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). En cambio el grupo TI y el grupo LE sólo mejoran en algunas variables. Ello nos lleva a concluir que la transmisión de información, aunque sea cualificada, específica y se transmita de forma estructurada, no produce efectos importantes en los adolescentes que cumplen los criterios para el diagnóstico de fobia social generalizada (American Psychiatric Association, 2002), pues las mejoras carecen de significación estadística y son siempre inferiores al 75% respecto de los criterios de significación clínica, lo que en general no difiere del efecto producido por las variables inespecíficas que pudieran afectar a los sujetos del grupo control LE.

En consecuencia, podemos concluir que las mejoras obtenidas por los sujetos que han recibido tratamiento psicológico estructurado alcanzan diferencias estadísticamente significativas cuando se las compara con los efectos producidos por la transmisión de información, mientras que éstos últimos no difieren de los obtenidos en el grupo control LE. Es más, los sujetos de la condición IAFS mejoran progresivamente sus resultados tanto a corto plazo (seis meses) como, sobre todo, a largo plazo (doce meses), momento en el que consiguen las mejores puntuaciones en todas las dimensiones evaluadas. Estos datos son coherentes con los obtenidos previamente por Olivares *et al.* (2003, 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. En cambio, no ocurriría nada de ello en los sujetos de la condición TI ni LE. Por lo tanto, los resultados obtenidos nos permiten afirmar que la transmisión de información, aun en el mejor de los casos, es decir cuando se presenta estructurada y es cualificada, no resulta suficiente para producir cambios significativos en los adolescentes que presentan fobia social generalizada, por lo que los efectos de su aplicación aislada no difieren de los cambios presentados por los sujetos que no reciben tratamiento alguno.

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 (Cunha, Soares, Pinto-Gouveia, 2008). Otro aspecto 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, diferenciando, por ejemplo, entre fobia social leve, moderada y gravemente generalizada, a fin de ponderar cómo se distribuye la eficacia mostrada por el tratamiento psicológico estructurado en el rango de edad estudiado (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas, 2007). Finalmente, sería recomendable continuar con la elaboración y adaptación de instrumentos de evaluación para la fobia social en diferentes poblaciones (López-Pina, Olivares-Rodríguez y Sánchez-García, 2008; Vera-Villarroel *et al.*, 2007).

Referencias

- Albano, A.M., Detweiler, M.F. y Logsdon-Conradson, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions with socially phobic children. En S.W. Russ y T.H. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp. 255-280). Nueva York: Plenum Press.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (cuarta edición, texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- Beidel, D.C., Ferrell, C., Alfano, C.A. y Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846.
- 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.
- Calvo, M.G., Eysenck, M.W. y Castillo, M.D. (1997). Interpretative bias in test anxiety: The time course of predictive inference. *Cognition and Emotion*, 11, 43-63.
- Cunha, M., Soares, I. y Pinto-Gouveia, J. (2008). The role of individual temperament, family and peers in social anxiety disorder: A controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 565-580.
- Di Bartolo, P.M., Albano, A.M., Barlow, D.H. y Heimberg, R.G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 631-655.
- 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.
- Eysenck, M.W. y Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.
- Fairbrother, N. (2002). The treatment of social phobia. 100 years ago. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1291-1304.
- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and The Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-López, L.J., Olivares, J. y Vera-Villarreal, P. (2003). Revisión de instrumentos de evaluación de la fobia social validados para población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151-160.
- 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. *Behaviour 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.

- Lang, A.J. y Craske, M. (1997). Information processing and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 451-455.
- López-Pina, J.A., Olivares, J. y Sánchez-García, R. (2008). Rasch modeling of the Spanish self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (L-SAS-CA-SR). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 233-245.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. y Grijalbo, F. (2007). The Rosenberg Sel-Esteeen: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Mattick, R.P., y Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for warning research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 347-862.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. Nueva York: Wiley.
- Olivares, J. (Ed.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J. y 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. y 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. y Beidel, D. (1999). The Social Phobia ans Anxiety In ventory. 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.E., García-López, L.J., Orgilés, M. y 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. y 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, J., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Paul, G.L. (1966). *Insight vs desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Ramos-Álvarez, M., Moreno-Fernández, M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2008). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology: A guide for creating research papers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 751-764.
- 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., Adams, D.C., y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1996). Treatment of generalized social phobia: Results at long-term follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 447-452.
- Silverman, W. y Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule. (ADIS-IV-C)*. Nueva York: Graywind Publications.
- 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.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C. y Salinas, J.M. (2007). Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 709-724.
- Vera-Villarroel, P., Olivares, J., Kuhne, W., Rosa-Alcázar, A.I., Santibáñez, C. y López-Pina, J.A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) en una muestra de adolescentes chilenos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 795-806.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-45.

Recibido 24 de julio, 2008
Aceptado 7 de enero, 2009