

Anuario de Psicología
2009, vol. 40, nº 1, 23-42
© 2009, Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona

Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa*

Ana I. Rosa-Alcázar
Pablo J. Olivares-Olivares
Marina Iniesta
Universidad de Murcia

Se presentan los resultados de un estudio cualitativo de revisión de la eficacia de los tratamientos psicológicos utilizados en la fobia social en niños y adolescentes. Se localizaron 26 investigaciones: 5 artículos son diseños de caso único, 6 presentan los datos de un solo grupo tratado y aportan medidas pretest-postest y 16 informes son grupos de comparación entre tratamientos psicológicos y control o tratamiento farmacológico. Los programas más utilizados son The Social Effectiveness Therapy for Children; The Social Effectiveness Therapy for Adolescents Spanish version, SET-Asv y la Intervención en Adolescentes con Fobia Social, siendo la exposición el componente más utilizado en la mayoría de las investigaciones. En la mayor parte de los estudios que presentan datos de seguimiento, se produce un mantenimiento y/o mejora de los resultados del postest al seguimiento no sólo en la variable ansiedad social, sino también en habilidades sociales, depresión, autoestima, etc. Todos los programas resultan eficaces en el tratamiento de la fobia social en el rango de edad estudiado. Se constata la inexistencia de artículos de investigación a este respecto en las bases de datos consultadas en los países americanos de habla hispana y portuguesa.

Palabras clave: *tratamiento, fobia social, niños, adolescentes.*

Psychological treatments in social phobia in childhood and adolescence: a qualitative review

We present the results of a qualitative review of the efficacy of psychological treatments used for social phobia in children and adolescents. We located

* El presente estudio ha sido realizado con la ayuda a la investigación SEJ2004-01471/PSIC proporcionada por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología, Campus de Espinardo, Universidad de Murcia. Apdo. 4021, 30100 Murcia (España). Correo electrónico: jorelx@um.es.
Original recibido: septiembre 2008. Aceptación final: enero 2009.

26 research: 5 articles were case studies, 6 articles used pretest-posttest assessments of a single group and 16 reports were group comparisons between psychological treatments and control or pharmacological treatment. The most frequently used programs were Social Effectiveness Therapy for Children; Social Effectiveness Therapy for Adolescents Spanish version, SET-Asv and Intervention with Adolescents with Social Phobia. In most of the studies that present follow-up information, there was a continuation and/or improvement of the results of the post-test in the follow-up, not only in the social anxiety variable, but also in social skills, depression, self-esteem, etc. The programs are effective for social phobia in the age range studied. We confirm the non-existence of research articles on this subject in the databases consulted in Spanish- and Portuguese-speaking countries.

Key words: treatment, social phobia, children, adolescents.

Durante muchos años los problemas relativos a la ansiedad social en niños y adolescentes no han sido considerados por la comunidad científica lo suficientemente relevantes como para atraer la atención de clínicos e investigadores. En concreto, la ansiedad social y el resto de problemas relacionados con ella, tales como la timidez o el aislamiento, han sido considerados como condiciones transitorias en el desarrollo del niño (Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001; Beidel y Turner, 1998; Carducci, 1999; Sanson, Pedlow, Cann, Prior y Oberkud, 1996). Ha sido en los últimos años cuando el estudio de las habilidades implicadas en la relación social durante la infancia y la adolescencia ha suscitado un notable interés, debido a la constatación de su importancia para el desarrollo integral de los niños. Tanto los estudios con población comunitaria como los llevados a cabo con muestras clínicas han estudiado las tasas de comorbilidad en los niños/adolescentes con fobia social, destacando el bajo rendimiento académico –con el consiguiente riesgo de abandono escolar (Beidel y Turner, 1998)–, el desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Olivares y García-López, 2001) o el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (DeWit, McDonald y Offord, 1999), sin olvidar los efectos derivados de la persistencia de este trastorno en la vida adulta, su consolidación y generalización, y los efectos que ello suma a los ya existentes: la cronificación del sufrimiento, el aislamiento social, los problemas laborales, las dificultades para formar una pareja y mantenerla, etc., los cuales suelen contribuir de forma decisiva a que se desarrolle un cuadro depresivo grave acompañado de ideas suicidas e intentos de suicidio. Algunos estudios han investigado cuál es el orden cronológico de aparición de los trastornos psicopatológicos. Los resultados muestran que la fobia social precede a la mayor parte de sus trastornos comórbidos, a excepción de la fobia específica y los trastornos de personalidad (Rappaport, Paniccia y Judd, 1995).

El niño o adolescente con fobia social suele presentar miedo a hablar, a leer, a comer, a escribir en público; miedo a jugar, a usar servicios públicos, a hablar a figuras de autoridad y a relacionarse en situaciones formales (Beidel y Turner, 2005).

Los estudios sobre la fobia social o trastorno de ansiedad social informan de una prevalencia que oscila entre el 1.6% y el 4% en la población infantil (Essau *et al.*, 1999); el 2% y el 8% en adolescentes (Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003) y el 5% y el 10% en estudios con muestra mixta de niños y adolescentes (Wittchen, Stein, y Kessler, 1999). Tales datos hacen de la fobia social uno de los trastornos mentales más frecuentes tanto en población infantil como adolescente (Albano, Detweiler y Logsdon-Conradsen, 1999).

El inicio de este problema se sitúa entre los 8-16 años en los estudios con muestras comunitarias, mientras que en población clínica la edad media de inicio se halla entre los 11-12 años (Bados, 2001; Jiménez, Sáiz, Bascarán e Iglesias, 1999).

Las primeras publicaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos en estas edades son relativamente recientes, tanto las realizadas por equipos de investigadores de países como Estados Unidos y Australia (Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow, 1995; Beidel, Turner y Morris, 1997; Chavira y Stein, 2002; Hayward, Varady, Albano, Thienemann, Henderson y Schatzberg, 2000; Masia-Warner, Klein, Storch y Corda, 2001; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000), como las de investigadores españoles (Olivares y García-López, 2001; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005) o las de grupos de distintas nacionalidades (Olivares, García-López, Beidel, Turner, Albano e Hidalgo, 2002). No obstante, como puede observarse, nos encontramos ya con un número suficiente de trabajos en relación con el tratamiento de la fobia social, en el contexto infanto-juvenil, como para hacer posible y necesaria una revisión específica de éstos con el fin de analizar la eficacia del tratamiento psicológico en este problema, deteniéndonos en las técnicas, instrumentos de medida y las variables más influyentes en la eficacia y eficiencia de sus efectos. Esta revisión cualitativa comprende estudios de caso único, estudios de un solo grupo (pre-experimentales) y diseños de comparación entre grupos (tratados frente a control o tratados entre sí). La revisión de la eficacia se justifica porque: (1) No se dispone de estudios de revisión recientes sobre este problema en población infantil y adolescente, (2) desde hace dos décadas existe un interés creciente por el tratamiento psicológico de la fobia social en la infancia y adolescencia, (3) se precisa incrementar nuestro conocimiento respecto de los protocolos de tratamiento que han probado su eficacia en las aplicaciones realizadas con este trastorno y en esta población.

Búsqueda y selección de los estudios

Los criterios conceptuales y metodológicos que nos permitieron incluir con rigor un informe de investigación fueron los siguientes: *a)* referirse al tratamiento de niños y adolescentes con fobia social utilizando procedimientos diagnósticos reconocidos internacionalmente (DSM y/o CIE, en cualquiera de sus versiones), *b)* aplicar algún tratamiento psicológico, *c)* incluir medidas postest, y algún seguimiento opcionalmente, *d)* estar escrito en inglés, castellano o francés y *e)* estar publicado entre 1980-2008.

Como procedimientos de búsqueda de los estudios se utilizaron fuentes formales e informales. En primer lugar, se realizaron búsquedas computerizadas en las bases PsycLIT, CSIC –ISOC–, MEDLINE y PsycDOC, comprendiendo los años 1980-2007, con las palabra-clave “fobia social”, “ansiedad social”, “adolesc*”, “niñ*”, “tratamiento”, “social phobia”, “infan*”, “child*”, “adolesc*”, “treatment” buscadas en el título y en el abstract. En segundo lugar, se escribieron cartas a investigadores de reconocido prestigio solicitándoles el envío de trabajos, publicados o no. En tercer lugar, se revisaron las referencias de los meta-análisis ya publicados sobre el tema (Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés y López-Gollonet, 2003; Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos y Orgilés, 2003). Finalmente, se revisaron las referencias de los estudios recuperados.

El proceso de búsqueda supuso la consulta de más de 195 referencias, y nos permitió identificar y recuperar un total de 25 informes que cumplieron con los criterios de selección: 5 de los cuales fueron diseños de caso único, 5 grupos de tratamiento pretest-postest y los 16 restantes grupos de comparación (bien entre tratamientos o con grupos de control). Los artículos seleccionados estaban escritos en inglés y castellano y procedían de tres países: EE UU (10 artículos), España (15 artículos) y Australia (1 artículo).

Estudios analizados

Los estudios pueden ser categorizados en tres grupos: (1) Estudios de caso único (N = 1), (2) Diseños pretest-postest sin grupo de comparación, y (3) Diseños experimentales con grupos de comparación y asignación aleatoria de los sujetos a los tratamientos. Presentamos por separado cada una de estos estudios. Véase tabla 1.

Estudios de n= 1

En la literatura científica existen varios informes de caso que muestran la eficacia de la terapia de conducta. En España, Díaz (1997) trata a una adolescente de 17 años, diagnosticada de fobia social con crisis de angustia ante situaciones de hablar en público. El tratamiento constó de 12 sesiones que incluían los siguientes componentes: relajación progresiva y control de la respiración, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, intención paradójica, exposición en imaginación y en vivo, y prevención de recaídas. Tras la intervención, se produjo una reducción de las respuestas de ansiedad junto a una mejora de la autoestima, manteniéndose los resultados a los 6 meses de seguimiento.

Un equipo de investigación español ha aplicado diferentes protocolos de tratamiento para la mejora de la fobia social. Así, Olivares y García-López (2002) trataron con éxito el caso de una adolescente de 15 años con ansiedad en las conductas de actuación y de interacción social mediante un programa de 29 sesiones grupales e individuales; el tratamiento utilizado fue una adaptación del SET-A (*Social Effectiveness Therapy for Adolescents Spanish version, SET-Asv*;

TABLA 1. INVESTIGACIONES ANALIZADAS SOBRE FOBIA SOCIAL Y CARACTERÍSTICAS MÁS RELEVANTES

Autor/es	Año	Edad	N	Tipo de Fobia Social	Estudios empíricos	Porcentaje de mejoría	
						Postest	Seguimiento
DISEÑOS DE CASO ÚNICO							
Díaz	1997	17	1	No especificada	1. Respiración + RC +EHS + SP + IP + Exposición	100	100
Olivares y García-López ⁰	2000	15	1	Generalizada	1. SET-A	100	100
García-López, Olivares y Rosa ⁰	2002	16	1	Generalizada	1. CBGT-A	100	100
Piqueras, Olivares y Rosa ⁰	2004	14	1	Generalizada	1. IAFS	100	100
Pastor y Sevilla	2006	16	1	Generalizada	1. T. cognitiva + Exposición + EHS + Experimentos conductuales	100	100
DISEÑOS PRETEST-POSTEST							
Albano <i>et al.</i>	1995	14.4 (13-16)	5	Generalizada	1. CBGT-A	80	100
Masia <i>et al.</i>	2001	15.2 (14-17)	6	No especificada	1. SASS	100	-
Chavira y Stein	2002	13.42 (8-17)	12	Generalizada	1. Educativo + farmacológico	83.3	-
Olivares y García-López ⁰	2001	15.1 (14-16)	11	Generalizada	1. IAFS	100	-
Olivares, Rosa y Vera-Villarroel ¹	2003	15.0 (14-17)	20	Generalizada	1. IAFS	75	100
Beidel <i>et al.</i>	2005	14.02 (11-18)	27	No especificada	1. SET-C	59	69
DISEÑOS CON GRUPOS DE COMPARACIÓN							
Beidel <i>et al.</i>	2000	10.5 (8-12)	50	Generalizada	1. SET-C 2. Tesbsbuster (control)	67 5	- -
Beidel <i>et al.</i>	2007	14.03 (11-18)	27	No especificada	1.SET-C 2.Fluoxetina 3.Placebo	53 21 3	100 61 -
Spence <i>et al.</i>	2000	10.6 (7-14)	50	No especificada	2.CBT niños 3.CBT padres 4.Lista espera	58 87 7	53 81 -
Hayward <i>et al.</i>	2000	15.8 (14-17)	35	No especificada	1. CBGT-A 2. No tratamiento	45 4	60 44

(Continúa en la página siguiente)

Autor/es	Año	Edad	N	Tipo de Fobia Social	Estudios empíricos	Porcentaje de mejoría	
						Postest	Seguimiento
Olivares <i>et al.</i> ⁰	2002	15.9 (15-17)	59	Generalizada	1. SET-Asv 2. CBGT-A 3. IAFS 4. Sin tratamiento	71 53 67 13	78 47 73 7
García-López <i>et al.</i> ^{0,2}	2005	20.83 (20-22)	25	Generalizada	1. SET-Asv 2. CBGT-A 3. IAFS	71 53 67	75 87 100
Gallagher <i>et al.</i>	2004	(8-11)	23	No especificada	1. Intervención conductual breve 2. Lista espera	58 0	83 18
Masia <i>et al.</i>	2005	14.7 (13-17)	35	Mixta (específica y generalizada)	1. SASS 2. Lista de espera	94 12	- -
Masia <i>et al.</i>	2007	15.1 (15)	36	No especificada	1.SASS 2.Placébo (atención)	59 0	74 7
Baer y Garland	2005	15.5 (13-18)	12	No especificada	1. SET-C 2. Lista de espera	91 0	- -
Olivares, Rosa y Piqueras ¹	2005	15.05 (14-17)	34	Generalizada	1.IAFS 2.Lista de espera	59 0	70 0
Olivares, Rosa y Olivares-Olivares ¹	2006	15.32 (14-17)	25	Generalizada	1.IAFS sin tutoría 2.IAFS con 6 ses. tutoría	38 58	59 58
Olivares-Olivares, Rosa y Olivares ¹	2008	15.30 (14-18)	57	Generalizada	1. IAFS sin tutoría 2. IAFS con 6 ses. tutoría 3. IAFS con 12 ses. tutoría	35 40 45	45 55 60
Vallés, Olivares y Rosa ¹	2007	14.9 (14-16)	51	Generalizada	1. IAFS 2. Estrategias aprendizaje 3. Lista de espera	- - -	- - -
Olivares-Olivares, Rosa y Olivares ¹	2007	14.89 (14-17)	59	Generalizada	1. IAFS 2. Transmisión información 3. Lista espera	- - -	- - -
Rosa, Olivares y Olivares-Olivares ¹	2007	14.9 (14-17)	25	Generalizada	1. IAFS 2. Técnicas estudio con interacción	- -	- -

⁰IAFS: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social*. Diseño inicial (Olivares y García-López, 1998).

¹IAFS: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social*. (Olivares, 2005). CBGT-A: *Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents* (Albano *et al.*, 1991). SASS: *Skills for Academic and Social Success* (Masia *et al.*, 2001). CBT: *Cognitive Behaviour Therapy* (Spence, 1995). SET-Asv: *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version* (Olivares *et al.*, 1998). SET-C: *Social Effectiveness Therapy for Children* (Beidel *et al.*, 1998). RC: Reestructuración Cognitiva. EHS: Entrenamiento en Habilidades Sociales. SP: Solución de problemas. IP: Intención Paradójica.

²Estudio de la estabilidad de los efectos a los cinco años

Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998) compuesto por habilidades sociales, exposición y práctica programada. Los resultados indicaron una reducción de las respuestas de ansiedad social tras la intervención, manteniéndose éstos en el seguimiento a los 12 meses. Por su parte, García-López, Olivares y Rosa (2002) informan de la eficacia del programa CBGT-A (*Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents*; Albano, Marten y Holt, 1991) en un adolescente de 16 años con fobia social generalizada y comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación, trastorno obsesivo-compulsivo y episodio depresivo mayor. El programa constó de 16 sesiones en las que se entrenó al sujeto en habilidades sociales, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y exposición en vivo. La evaluación tanto a corto como a largo plazo (12 meses) indicó una reducción de las respuestas de ansiedad y del trastorno depresivo mayor. También Piqueras, Olivares y Rosa (2004) utilizan el protocolo IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*; Olivares, 2005) en el tratamiento de un adolescente de 14 años. El IAFS consta de 12 sesiones de 90 minutos de duración y periodicidad semanal, divididas en cuatro componentes: el *Educativo*, en él 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 para el tratamiento como para cada una de las conductas-objetivo antes mencionadas. El segundo componente es el *Entrenamiento en Habilidades Sociales*, el cual integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades así como un entrenamiento en hablar en público. El tercero es la *Exposición* a las situaciones temidas. El cuarto componente lo integran las *técnicas de reestructuración cognitiva*. Los resultados indicaron una reducción en las medidas de ansiedad social y una mejora en adaptación, autoestima, habilidades sociales y asertividad. El mismo paquete de tratamiento fue utilizado por estos autores con adultos jóvenes (Olivares, Piqueras y García-López, 2005), pero esta edad no es objeto de nuestra revisión.

Por último, otros dos investigadores españoles, Pastor y Sevillá (2006), informan del tratamiento de un adolescente de 16 años con fobia social que le impide tener amigos, hablar en grupo, participar en las actividades de clase, etc., sintiéndose por todo ello depresivo. Las técnicas utilizadas fueron: terapia cognitiva, experimentos conductuales, exposición y entrenamiento en habilidades asertivas. El tratamiento consistió en 19 sesiones, a razón de una por semana, tras las cuales el chico pudo participar en todas las actividades, y se alejaron los sentimientos y pensamientos depresivos, manteniéndose las mejoras a los seis meses.

Diseños pretest-postest sin grupo de comparación

Un grupo de investigadores de la Universidad de Nueva York, Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow (1995) informan del tratamiento de 5 adolescentes (dos mujeres y tres varones) de entre 13 y 16 años, mediante el programa CBGT-A (*Cognitive-behavioral Group Treatment Adolescents*), adaptación del

programa *CBGT for adults* (Heimberg, 1991). El CBGT-A fue diseñado para enseñar a los adolescentes habilidades específicas que les ayudaran a afrontar las situaciones sociales que les producían respuestas de ansiedad. El tratamiento incluye 16 sesiones de 90 minutos cada una, durante 14 semanas. Las cuatro primeras sesiones se realizan dos veces a la semana y las doce restantes con una periodicidad semanal. Se divide en dos fases de ocho sesiones cada una: (a) la fase Educativa y de Entrenamiento en habilidades (*skills building*) y (b) la fase de Exposición. Los padres participan en las sesiones educativas (1 y 2), en la sesión 8 (revisión del programa y preparación de la exposición) y en la sesión 15 (exposición). A los tres meses de seguimiento, sólo un sujeto cumplía el criterio de fobia social, el resto estaban en remisión parcial. A los doce meses de seguimiento, ninguno de los sujetos cumplía los criterios de fobia social.

También en Nueva York, otro grupo de investigadores (Masia-Warner, Klein, Storch y Corda, 2001) presentó los resultados de un nuevo tratamiento *Skills for Academic and Social Success* (SASS) en una muestra de 6 adolescentes (3 varones y 3 mujeres) afectados por Fobia Social con una edad media de 15.2 años. De éstos, un 50% obtuvieron una remisión total del problema mientras que el 50% restante obtuvo una remisión parcial. El programa de tratamiento, basado en el SET-C desarrollado por Beidel, Turner y Morris (1997), se compone de 14 sesiones en grupo, de las cuales una de ellas se dedica a Psicoeducación, otra sesión a “Pensar realístamente”, cuatro sesiones al entrenamiento en Entrenamiento en habilidades sociales, cinco sesiones a la Exposición y una sesión a la Prevención de recaídas. Incluye además dos reuniones informales (*Pizza Party*) diseñadas para que tenga lugar la aplicación en un entorno no estructurado de las habilidades sociales entrenadas.

En California, Chavira y Stein (2002) presentaron los primeros resultados de la combinación de un tratamiento psicoeducativo breve con un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (citalopram) en el tratamiento de la Fobia Social Generalizada en 12 niños y adolescentes (rango: 8-17 años). El tratamiento psicológico tuvo una duración de 8 sesiones, mientras que la del farmacológico fue 12 semanas, comenzando con una dosis de 10mg/día en la primera semana e incrementándola en intervalos de 10 mg. hasta un máximo de 40 mg/día. El programa psicológico incluyó una fase educativa, entrenamiento en habilidades sociales y ejercicios conductuales, incluyendo a los padres en la intervención. Los resultados mostraron que el 83.3% de los participantes (10 de 12) mejoraron tras el tratamiento. Los cambios fueron significativos en las puntuaciones relativas a los autoinformes sobre ansiedad social y depresión, así como en los informes de los padres sobre el incremento y la mejora en la destreza de las habilidades sociales de los niños durante el tratamiento.

En España, Olivares y García-López (2001) mostraron en un estudio intrasujeto con 11 sujetos (8 chicas y 3 chicos), de 15.1 años de edad media, con fobia social generalizada, la eficacia del programa IAFS a corto plazo tanto en medidas generales de Fobia Social como en las que examinan específicamente las respuestas cognitivas y motoras que integran este trastorno. Estos sujetos presentaban comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación (el

100% de la muestra), con el trastorno de ansiedad generalizada (el 18%), con fobias específicas (el 54%), con el episodio depresivo mayor (el 18%) y con el abuso de alcohol (el 27%). Dos años más tarde, realizan un nuevo estudio en colaboración con otro investigador chileno (Olivares, Rosa y Vera-Villarreal, 2003), con 20 adolescentes de 15 años de edad media, utilizando el mismo paquete de tratamiento. La evaluación se realizó al terminar el tratamiento y a los seis y doce meses de acabada la intervención. Los resultados mostraron la eficacia del programa tanto a corto como a largo plazo en las medidas psicométricas y en los porcentajes de mejora con significación clínica.

Recientemente, en Maryland (EE UU), Beidel, Turner, Young y Paulson (2005) informan de los resultados obtenidos, a los 3 años de seguimiento, de 27 niños y 2 adolescentes que habían sido tratados mediante el programa SET-C (*Social Effectiveness Therapy for Children*, Beidel, Turner y Morris, 2000). La edad de los niños al iniciarse el estudio de seguimiento a los 3 años era de 14.03 años, siendo un 62% niñas. De los 27 niños, tras el tratamiento 21 no presentan fobia social; aunque se produjo un incremento de las respuestas de ansiedad informadas entre el postest y la evaluación a los tres años de seguimiento, la diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa. Hemos de indicar que, a diferencia de los estudios anteriores, éste se centra sobre todo en población infantil, estando la edad de los participantes cuando se inició la intervención en el rango 8-11 años. Aunque este estudio debería aparecer en el apartado siguiente, lo presentamos en éste debido a que el grupo de control de la investigación inicial no fue evaluado en el seguimiento ya que fue tratado tras la evaluación postest.

Diseños experimentales con grupos de comparación y asignación aleatoria de los sujetos a los tratamientos

En el año 2000, los investigadores de la Universidad de Maryland y de la Universidad de Virginia, Beidel, Turner y Morris dieron a conocer los resultados de la comparación de la Terapia para la Eficacia Social (*Social Effectiveness Therapy for Children*, SET-C) frente a un grupo control, en una muestra de 50 niños cuyas edades comprendían desde los 8 hasta los 12 años. Los niños fueron asignados al azar, bien al programa de tratamiento conductual diseñado para aumentar las habilidades sociales y disminuir la ansiedad social (SET-C) o a un grupo de atención placebo (*Testbusters*) consistente en entrenamiento en técnicas de estudio y estrategias para realizar exámenes. El programa SET-C se aplicó durante 12 semanas, a razón de 2 sesiones semanales, e incluía un componente educativo, entrenamiento en habilidades sociales, exposición *in vivo*, y generalización de lo aprendido al grupo de iguales. Los resultados indicaron mejoras significativas del grupo tratado en las variables de habilidades sociales, ansiedad y miedo social, incrementándose las interacciones sociales. En cuanto a la comparación intergrupo, los datos arrojaron diferencias significativas a favor del grupo SET-C tanto en las variables que median fobia social como en otros constructos (problemas internalizantes, neuroticismo, ansiedad estado y rasgo, depresión).

Recientemente, estos investigadores (Beidel, Turner, Sallee, Ammerman, Crosby y Pathak, 2007) han comparado la eficacia del programa elaborado por ellos (SET-C) frente a un tratamiento psicofarmacológico (fluoxetina) y un grupo placebo en un grupo de niños y adolescentes de 11.1 de edad media (rango: 7-16 años) con fobia social. El objetivo era analizar la eficacia de este programa en este tramo de edad tanto a corto como a largo plazo frente al tratamiento psicofarmacológico. El grupo de Fluoxetina ($n = 33$) recibió durante 12 semanas el fármaco, hasta una dosis máxima de 40 mg./día en la semana 7; se comenzó con 10 mg/día aumentando 10 mg cada dos semanas. Además se realizó una sesión de asesoramiento con el psiquiatra de 60 minutos. Después de 12 semanas la medicación se fue retirando a razón de 20mg cada 7 días, terminando en 2 semanas. El grupo placebo ($n = 32$) recibió píldoras idénticas a las de Fluoxetina en la misma cantidad e intervalo temporal. El grupo de tratamiento psicológico ($n = 57$) recibió una sesión individual (60min.) y otra de grupo (150min.) una vez por semana durante doce semanas. Según la impresión de los clínicos en el postest, el 79% de los sujetos respondió al tratamiento con SET-C frente al 36.4% del grupo con Fluoxetina y el 6.3% del grupo Placebo. Atendiendo a los criterios de fobia social según la ADIS-IV-C, el 53% de los sujetos de la condición SET-C no cumplía los criterios de fobia social frente al 21.2% del grupo fluoxetina y el 3.1% del grupo Placebo. Los datos de seguimiento al año indican que en el grupo SET-C, el 100% de los sujetos respondieron al tratamiento y el 93% mantenía un alto nivel de funcionamiento general. Transcurrido un año, en el grupo Fluoxetina el 61% de los sujetos tampoco cumplieron los criterios para el diagnóstico de fobia social y el 55% mantenía un alto nivel de funcionamiento general. No informan de los datos del grupo placebo ya que fueron tratados tras la evaluación de los datos en el post-tratamiento. Los autores mantienen la eficacia del programa psicológico e indican la importancia de analizar en el futuro los factores que pueden predecir los mejores resultados de este tratamiento.

En Australia, Spence, Donovan, y Bechman-Toussaint (2000) compararon la efectividad de dos tratamientos diferentes, uno cognitivo-conductual, CBI (*Cognitive Behavior Therapy*) consistente en entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, exposición y reestructuración cognitiva, frente a este mismo tratamiento más la participación de los padres (CBI -Padres), junto a grupo control de lista de espera (GCLE). Este programa fue elaborado en 1995 por el primer autor. La muestra seleccionada fueron 50 niños con edades comprendidas entre 7 y 14 años (31 niños y 19 niñas), los cuales fueron asignados al azar a uno de los tres grupos (CBI, CBI +Padres; GCLE). Los resultados mostraron que ambas intervenciones fueron superiores a la lista de espera, aunque no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ellas. En el seguimiento a los 12 meses, ambas condiciones de tratamiento mantienen sus mejoras, siendo mejores las del grupo en la que intervienen los padres, pero sin alcanzar significación estadística.

En el mismo año, investigadores de distintas universidades de Estados Unidos, Hayward, Varady, Albano, Thienemann, Henderson y Schatzberg (2000) compararon otro paquete multicomponente, el CBGT-A (*Cognitive-behavioral*

group therapy for adolescents) elaborado por Albano, Marten y Holt (1991) que combina principalmente técnicas de exposición y habilidades sociales. Se seleccionaron 35 chicas adolescentes con fobia social y se distribuyeron aleatoriamente a dos condiciones experimentales: (1) grupo de tratamiento GCBT-A y (2) grupo de control. Los resultados indicaron un efecto moderado a corto plazo del CBGT-A para el tratamiento de adolescentes que padecen fobia social ya que en el post-tratamiento el 55% de los participantes seguía cumpliendo los criterios de fobia social frente a un 96% en la condición control.

En España se efectuó un estudio, entre investigadores españoles y americanos, con la intención de poner a prueba varios de los programas de tratamiento mencionados. Así, Olivares, García-López, Beidel, Turner, Albano e Hidalgo (2002) y García-López, Olivares, Turner, Beidel, Albano y Sánchez-Meca (2002) seleccionaron un total de 59 adolescentes de 15.92 años de edad media (rango: 15-17 años) y los distribuyeron en cuatro grupos: (1) SET-ASV (*Social effectiveness therapy for adolescents-spanish versión*; Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998) que, como ya indicamos, incluye una fase educativa, otra de entrenamiento en habilidades sociales y una tercera relativa a la práctica programada; (2) IAFS (*Intervención en adolescentes con fobia social*; Olivares, 2005; Olivares y García-López, 1998), que consta de una fase educativa (de transmisión de información y reconceptualización), otra de entrenamiento y una tercera relativa a las "tareas para casa"; (3) el GCBT-A (*Cognitive-behavioral group therapy for adolescents*; Albano, Marten y Holt, 1991), descrito anteriormente y (4) Grupo de control no tratado. Los resultados mostraron mejoras estadísticamente significativas en los participantes tratados frente al control, en la autoestima y en las habilidades sociales, así como una disminución de las respuestas de ansiedad social y de su interferencia en la vida familiar, las relaciones sociales y el rendimiento académico. Además, estos resultados se mantuvieron tanto a los 12 meses (García-López *et al.*, 2002) como a los 5 años de seguimiento (García-López, Olivares, Beidel, Turner, Albano y Rosa, 2005). En este último estudio, sólo participaron 25 sujetos, 8 pertenecientes al grupo tratado con CBGT-A, 9 al SET-ASV y 8 al IAFS. La edad media del grupo fue de 20.83 años, siendo el 71% mujeres. El grupo de control no presentó sujetos porque a los 12 meses de seguimiento sus participantes recibieron tratamiento psicológico. No se encontraron diferencias significativas en el seguimiento a los 5 años entre los tres grupos, manteniéndose los logros del periodo post-tratamiento.

En el 2004, tres investigadores de la Universidad de Pensilvania, Chicago y del Hospital de Cleveland (EE UU), Gallagher, Rabian y McCloskey, examinaron la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual breve en 23 niños con fobia social, con edades comprendidas entre los 8 y los 11 años. Los niños fueron asignados aleatoriamente al tratamiento y a un grupo control en lista de espera. La intervención se llevó a cabo durante 3 semanas y constó de los siguientes componentes: Psicoeducación, Estrategias cognitivas y Exposición conductual. Antes de comenzar la terapia grupal, se realizó una sesión individual con cada niño y sus padres en la que se dio información acerca del tratamiento y se realizó una jerarquía de temor y evitación individual que serviría

de guía para las sesiones de exposición. La primera sesión incluyó: transmisión de información sobre la ansiedad social, entrenamiento en la identificación de respuestas cognitivas y fisiológicas, identificación y modificación de autoverbalizaciones negativas y descripción de un ejercicio de exposición. Las sesiones 2ª y 3ª se centraron en estrategias cognitivas y ejercicios de exposición. Al final de cada sesión se asignaron tareas para casa como “el diario de situaciones de ansiedad” o un ejercicio de exposición con la ayuda de los padres. Los resultados mostraron que el grupo que recibió tratamiento psicológico obtuvo en las medidas de ansiedad y depresión una mejoría que marcó diferencias estadísticamente significativas frente al grupo control en lista de espera.

En 2003, varios investigadores de EE UU, Masia-Warner, Klein, Dent, Albano y Guardino (2003) presentaron el tratamiento de 42 adolescentes de entre 13 y 17 años (edad media: 14.7 años), 37 de ellos diagnosticados de fobia social generalizada y 5 de fobia social específica. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: (1) Aplicación del programa “School-based behavioral treatment for social anxiety disorder” y (2) Grupo de control lista de espera. En este estudio el programa fue modificado, incluyendo 12 sesiones en la escuela, dos reuniones con los profesores, 4 fines de semana en actividades de grupo en la comunidad con compañeros habilidosos socialmente y 2 sesiones educativas con los padres. Los resultados mostraron que tras la intervención un 94.4% de los sujetos habían mejorado moderada o muy notoriamente, frente a un 11.8% de los participantes del grupo de control. Además, un 66.7% había dejado de cumplir los criterios diagnósticos para la fobia social frente al 5.9% del grupo control. En dos investigaciones posteriores se aportan datos sobre la eficacia de este Programa en el postest frente a un grupo control “lista de espera” (Masia-Warner, Klein, Dent, Albano y Guardino, 2005) y su superioridad en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses respecto de un grupo de apoyo que incluía psicoeducación, relajación y apoyo para hacer frente a las respuestas de ansiedad y a las dificultades generadas por la ansiedad social y otros problemas cotidianos (Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor y Klein, 2007).

Baer y Garland (2005) de la Universidad de Columbia, aplicaron el programa SET-C modificado a 12 adolescentes de 15.5 años de edad media (rango: 13 y 18 años), que cumplían los criterios para el diagnóstico de fobia social (7 chicas y 5 chicos). El 75% presentaba diagnósticos comórbidos y el 66% tomaba medicación (fluvoxamina, citalopram, paroxetina, venlafaxina, dextroanfetamina). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento cognitivo conductual (SET-C modificado; n=6) y al grupo control lista de espera (n=6). El tratamiento se aplicó en 12 semanas a razón de una sesión semanal, de 1.5 horas de duración, en grupos de 6 adolescentes más 3 líderes de grupo (trabajador social psiquiátrico y psicólogos residentes). En la sesión 1ª se centraron en la transmisión de información y el inicio del entrenamiento en habilidades sociales; el resto de sesiones se dedicaron al entrenamiento en habilidades, excepto una sesión en la que se trabajaron estrategias en el manejo de la ansiedad. Las diez sesiones restantes se emplearon para llevar a cabo exposición en grupo a las situaciones temidas. A diferencia del

SET-C no se incluyeron sesiones de generalización mediante la interacción con los iguales, sino que se intentó alentar las tareas para casa nombrando “entrenador” a un amigo o familiar de los sujetos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de tratamiento en comparación con el grupo control en las variables que medían ansiedad social.

En España, el equipo de investigación de la Universidad de Murcia, ya mencionado, ha seguido estudiando las variables implicadas en la eficacia y eficiencia del Protocolo IAFS (Olivares, 2005). Así, Olivares, Rosa y Piqueras (2005) informan de los resultados de un estudio llevado a cabo con 34 adolescentes con fobia social generalizada, con edades comprendidas entre 14-17 años (edad media: 15.05 años). Los sujetos se distribuyeron al azar a dos condiciones experimentales: (1) Programa IAFS y (2) Grupo Lista de espera. Los resultados de las comparaciones intergrupo mostraron la eficacia tanto a corto como a largo plazo (12 meses) de los efectos del tratamiento en las medidas de autoinforme, las obtenidas en las pruebas de observación y las relativas a los correlatos relacionados con ellas: asertividad, habilidades sociales y adaptación. En este estudio indicaban, en el apartado “perspectivas de futuro”, la necesidad de analizar el papel que podría estar desempeñando en la eficacia del IAFS el componente “atención individualizada” (tutoría) que se presta a cada participante de forma complementaria al entrenamiento en grupo. De modo que en el año 2006, el equipo llevó a cabo otro estudio (Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006) en el que comparaba el Programa IAFS sin tutoría (sólo entrenamiento en grupo) frente al mismo programa con 6 sesiones de tutoría individual y obligatorias (una sesión de atención individual por cada dos sesiones de entrenamiento en grupo). Hemos de indicar que las sesiones individuales, según los autores, podrían hacer el Protocolo más sensible a las necesidades particulares, incrementando la adherencia e implicación de los participantes en el tratamiento, pero, pese a estos beneficios potenciales, la combinación del entrenamiento en grupo con el seguimiento individual también podría estar produciendo 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, al margen de que habría de añadirse el derivado de los desplazamientos, por lo que aplicando el mínimo tiempo previsible (15 minutos/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/sesión individual) ello implicaría emplear 300 minutos (5 horas) para tal actividad, por sesión de entrenamiento, además de los 90 minutos que dura el entrenamiento en grupo. Los participantes en este estudio fueron 25 adolescentes con fobia social generalizada, de 15.32 años de edad media (rango: 14-17 años), siendo la mayoría chicas (64%). Los resultados mostraron que el componente “Tutoría” no implicaba mejoras estadísticamente significativas de los resultados tras la intervención, en ninguna de las variables relacionadas con la ansiedad y la evitación social ni en otros correlatos relacio-

nados. Esta conclusión tendría notables implicaciones de cara a la aplicabilidad del programa, es decir, aun en el caso de que el/la psicólogo(a) 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 parecía añadir mejoras estadísticamente significativas y sí suponía un incremento muy importante de los costes temporales, económicos, de personal, de infraestructura, etc., los autores se plantearon la necesidad de analizar ¿qué ocurriría si se incrementara a 12 el número de sesiones de tutoría, a razón de una por cada sesión de entrenamiento? Olivares-Olivares, Rosa y Olivares (2008) intentaron responderse esta pregunta distribuyendo aleatoriamente a 57 adolescentes con fobia social generalizada a tres condiciones experimentales: “IAFS sin tutoría”, “IAFS con 6 tutorías” e “IAFS con 12 tutorías”. Los autores hallaron que el Programa IAFS seguía siendo eficaz en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada, con o sin el complemento de la atención individualizada, pero la tendencia de los datos mostraba que el tratamiento era en general más eficaz, tanto a corto como medio y largo plazo, cuantas más sesiones de tutoría recibían los participantes. No obstante, los autores subrayan la necesidad de seguir profundizando en el papel de la atención individualizada en edades tempranas utilizando mayores tamaños muestrales, estudiando comparativamente el papel de la “tutoría opcional o libre”, es decir, “a demanda de los adolescentes” frente a las modalidades ya utilizadas de “tutoría obligatoria”, identificando las características de los participantes que más se benefician de la atención individualizada, así como generalizando el estudio de los distintos niveles de esta variable a muestra clínica.

Siguiendo con la mejora y análisis de la eficacia-eficiencia del protocolo IAFS en niños y adolescentes, Vallés, Olivares y Rosa (2007) informan del estudio realizado con 51 sujetos con fobia social generalizada, de 14.9 años de edad media (rango: 14-16 años) distribuidos al azar a tres condiciones experimentales: (1) Grupo Control Pasivo consistente en una lista de espera, (2) Grupo de Control Activo tratado con un programa de Estrategias de Aprendizaje (“técnicas de estudio”), de 12 sesiones de duración que pretendían mejorar el razonamiento y la metacognición de los sujetos, y (3) Grupo de Tratamiento IAFS. La finalidad del estudio era analizar los posibles efectos inespecíficos de las intervenciones, controlados mediante el grupo placebo (“técnicas de estudio”). Los resultados indicaron que los sujetos que pertenecían al Grupo de Tratamiento IAFS frente a los del Grupo de Control Pasivo y Grupo de control Activo habían reducido significativamente, tanto a corto como a medio plazo, los valores de las dimensiones de sus respuestas de ansiedad social. Obtuvieron un mayor incremento en la frecuencia de su conducta asertiva y en la intensidad de su nivel de autoestima y experimentaron, a corto plazo, una menor interferencia del trastorno en áreas como la relativa a su vida familiar, social, académica, de pareja y tiempo libre, así como una reducción del número de

situaciones sociales temidas. Sin embargo, estas diferencias no fueron concluyentes en lo que respecta a la adaptación general, ya que los sujetos de los grupos restantes informaron una menor inadaptación en el postest. Todos estos datos, les llevaron a concluir que la mejoría de los sujetos con fobia social generalizada se debía a los efectos del programa IAFS.

En 2007, Olivares-Olivares, Rosa y Olivares estudiaron en qué medida los datos aportados por diferentes agentes de información (adolescentes, sus padres y profesores) coincidían en la percepción de la mejora de la fobia social generalizada. Se utilizó para este objetivo la puntuación total de *The Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A; La Greca, 1998; La Greca y Lopez, 1998), de la que se utilizaron tres versiones: SAS -Adolescentes, SAS-A/Padres y SAS-A/Profesores). Para ello seleccionaron 59 adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 17 años, siendo el 67.8% chicas, y los asignaron al azar a tres condiciones experimentales: Tratamiento psicológico estructurado (IAFS), Transmisión de información relativa a la ansiedad en general y a la fobia social en particular y Grupo de control lista de espera. Los resultados mostraron que los adolescentes que recibieron tratamiento psicológico estructurado alcanzaron mejores resultados en todas las variables medidas y que dichos cambios fueron percibidos por sus padres y profesores, siendo el grado de concordancia entre estos últimos mayor que entre éstos y los adolescentes. Los autores concluyeron que, aunque existía validez social, ya que la tendencia de las puntuaciones y las correlaciones eran significativas, parecía que los adolescentes, con independencia del grupo de tratamiento al que habían sido adscritos, tendían a mejorar sus puntuaciones debido quizás al efecto de la deseabilidad social, mientras que estas mejorías no eran percibidas por los agentes externos si los participantes no estaban recibiendo el tratamiento adecuado; es decir, los adultos (padres y profesores) no percibían cambios en los chicos y chicas que no estaban recibiendo de forma sistemática tratamiento psicológico estructurado. En consecuencia, tanto los padres como los profesores, entrenados a tal efecto, se presentaban como buenos observadores del cambio terapéutico real en los chicos.

También recientemente, Rosa, Olivares y Olivares (2007), siguiendo en la línea de estudiar los efectos específicos del programa IAFS, evaluaron la influencia de la interacción planificada en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada mediante la utilización de dos condiciones experimentales: (1) Tratamiento Psicológico Estructurado específico para la fobia social (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social* – IAFS) y (2) Programa de técnicas de estudio con interacción entre iguales y con el profesor. Los participantes fueron 25 adolescentes que padecían fobia social generalizada seleccionados de entre 6 centros públicos de Educación Secundaria Obligatoria. La edad media de la muestra fue de 14.99 años (rango: 14-17), siendo la mayoría chicas (71.3%). Los resultados indicaron que los adolescentes que recibieron tratamiento psicológico estructurado (IAFS) alcanzaron mejores resultados en las medidas de la ansiedad, evitación social y en los correlatos de éstas (asertividad, autoestima y adaptación) frente al grupo que recibió técnicas de estudio con interacción entre iguales. Lo cual les llevó a concluir

que la interacción no planificada no producía mejorías significativas en los sujetos con fobia social generalizada.

Discusión y conclusiones

La evidencia que se desprende de esta revisión cualitativa es clara. En primer lugar, constatamos la inexistencia de artículos de investigación relativos al tratamiento de niños y adolescentes con fobia social en las bases de datos consultadas en los países americanos de habla española y portuguesa. Este hecho confiere al trabajo de Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (2009) que se incluye en el presente dossier el privilegio de ser la primera publicación al respecto.

En segundo lugar, los resultados muestran la eficacia del tratamiento psicológico tanto de la fobia social como de los problemas que pueden aparecer relacionados con ésta (déficit en habilidades sociales, la depresión, la autoestima, etc.), aunque con un efecto desigual en éstos últimos, lo que coincide con los resultados hallados en el meta-análisis de Olivares *et al.* (2003). Estos datos refuerzan la hipótesis de los efectos específicos de la terapia, lo que permitiría explicar el porqué se alcanzan mejores resultados en aquellas variables que aparecen más directamente relacionadas con el constructo de fobia social.

Continuando con los programas utilizados, hemos comprobado que tan sólo un tratamiento cognitivo-conductual ha sido analizado con el fin de determinar qué componentes resultan esenciales para producir mejorías en los sujetos con este trastorno: el protocolo *Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS)*; Olivares, y García-López, 1998; Olivares, 2005), que tiene entre sus componentes principales: el educativo, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en focalización de la atención, la exposición, tutorías y las “tareas para casa”. En concreto, la utilización o no de la tutoría individual ha sido presentada en dos de los trabajos descritos (Olivares, Rosa, Olivares-Olivares, 2006; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2008), lo cual indica que este programa está en vías de estudio de cara a analizar la relación eficacia-eficiencia de sus componentes, mediante la estrategia de desmantelamiento del programa.

Por otra parte, se ha hallado una heterogeneidad en los resultados de los estudios la cual podría explicarse en gran parte por la eficacia diferencial de las técnicas de intervención, en línea con los resultados de la investigación de Olivares *et al.* (2003). La mayor parte de los paquetes de tratamiento, como hemos podido observar, combinan exposición junto a habilidades sociales y reestructuración cognitiva. La exposición a las situaciones temidas, en cualesquiera de sus modalidades, se ha revelado como un elemento básico de cualquier intervención que tenga como objetivo la reducción/eliminación de la ansiedad condicionada a tales situaciones, por ello distintos autores han indicado que los tratamientos que incluyen este componente pueden ser los de primera elección para los trastornos de ansiedad (así Beidel y Turner, 2005 o Echeburúa, 1995). Por otro lado, la exposición es el componente más utilizado en los programas aplicados al tratamiento de niños y adolescentes que presentan

fobia social. Sin embargo, se desconoce la contribución real de este componente en la eficacia de tales tratamientos, por lo que serían precisos nuevos estudios para calibrar su contribución cuando se utiliza aisladamente (frente a un grupo control), en combinación con otros elementos o frente a ellos. Este estado de la investigación sólo nos permite constatar la eficacia de las combinaciones de los elementos en la reducción/eliminación de la fobia social.

De igual modo, hemos podido constatar que en la mayor parte de los estudios que presentan datos de seguimiento, se produce un mantenimiento y/o mejora de los resultados del postest a lo largo del seguimiento, no sólo en la variable ansiedad social, sino también en habilidades sociales, depresión, autoestima, etc., como también ocurría en el trabajo de Olivares *et al.* (2003). Ello parece indicar que durante el entrenamiento los pacientes han aprendido las habilidades necesarias para afrontar las situaciones sociales y que luego continúan aplicándolas en las situaciones sociales aún temidas. Este dato nos lleva a recordar y subrayar la importancia de las “tareas para casa” tanto en el IAFS como en el resto de tratamientos multicomponentes en los que se pone de manifiesto este hecho.

Los principales instrumentos utilizados en los diferentes estudios han sido: “Entrevista para el trastorno de ansiedad social para el DMS-IV” en diferentes versiones (*Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-IV*; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994; *Anxiety Disorders Interview Schedule-for DMS-IV: Child and Parent Interview Schedule, ADIS-IV-CP*; Silverman y Albano, 1997), “Inventario de ansiedad y fobia social” (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI* en su versión original –Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989), “Inventario de ansiedad y fobia social para niños (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children; SPAI-C*; Beidel, Turner y Morris, 1995), “Escala de ansiedad social para adolescentes (*The Social Anxiety Scale for Adolescents; SAS-A*; La Greca y López, 1998), “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños” (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC*; Spielberger, 1973), “Inventario de Depresión Infantil” (*Children’s Depression Inventory, CDI*; Kovacs, 1992) “Escala de Autoestima” (*Society and Adolescent Self Image, EA*; Rosenberg, 1965).

En cuanto a perspectivas futuras de trabajo, consideramos importante que los programas de tratamiento que han probado ser eficaces en diferentes poblaciones fueran traducidos y adaptados al contexto español a fin de aprovechar sus ventajas y contribuir a su verificación mediante la replicación. En el caso de IAFS consideramos igualmente necesaria su replicación por otros grupos de investigación y en otros ámbitos culturales. Un buen ejemplo en este sentido es el trabajo de Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (2009), que puede consultarse en este dossier, sobre la aplicación del IAFS (Olivares, 2005) en niños mexicanos con fobia social.

En esta misma línea, pensamos que el uso de manuales o protocolos de tratamiento presenta ventajas que debieran ser tenidas en cuenta por los clínicos a la hora de llevar a cabo la intervención con los sujetos (sistematización, claridad y concreción para su aplicación, facilidad para su réplica, etc.), por ello las investigaciones deberían de estar descritas de forma operativa, en formatos tales como los indicados anteriormente (SET-ASV, CBGT-A, IAFS, etc.) y

remitir al lector a una dirección en la que pudiera acceder a ellos, a fin de hacer posible la réplica de la investigación. También sería interesante estudiar con mayor detenimiento los beneficios de incluir en tales protocolos componentes como la implicación de los padres y las sesiones de generalización con iguales en aquellos estudios con niños más pequeños tal como han hecho Spence *et al.* (2000).

Finalmente, en cuanto a los instrumentos de medida, sería importante que los estudios futuros tengan en cuenta los tipos de instrumentos con los que medir los resultados de sus intervenciones, dado que, como hemos podido constatar, unos se muestran más sensibles a los cambios terapéuticos que otros. Así mismo, entendemos importante la tarea de seguir adaptando instrumentos ya utilizados por otros investigadores, que midan los diferentes aspectos de estos problemas en población de habla española, porque de este modo podremos no sólo comparar los efectos de nuestras aplicaciones con las realizadas en otros lugares, sino también hacer posible la comunicación de nuestros hallazgos y su réplica en otros contextos culturales. En un campo emergente como el que nos ocupa, también es una tarea pendiente el diseño y validación de nuevos instrumentos que puedan mejorar los parámetros psicométricos de los ya existentes.

REFERENCIAS

- Albano, A. M., Detweiler, M. F. & Logsdon-Conradsen, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions with socially phobic children. En S. W. Russ & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of Psychotherapies with Children and Families* (pp 255-280). New York: Plenum Press.
- Albano, A.M., Marten, P.A. & Holt, C.S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Unpublished manuscript.
- Albano, A.M., Marten, P.A., Holt, C.S., Heimberg, R.G. & Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Baer, S. & Garland, E. J. (2005). Pilot study of community-based cognitive-behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 258-264.
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C.A. & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846.
- Beidel D. C. & Turner S. M. (2005). *Childhood anxiety disorders. A guide to research and treatment*. New York: Routledge.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. M. (1995). A new instrument to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 1, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. M. (1997). Social effectiveness therapy for children. Paper presented at *The Annual Meeting of the Anxiety Disorder Association of America*. New Orleans: March.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 643-650.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L. A. & Pathak, S. (2007). SET-C Versus Fluoxetine in the Treatment of Childhood Social Phobia. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1622-1632.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. y Paulson, A. (2005). Social effectiveness therapy for children: Three-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 721-725.
- Carducci, B. J. (1999). *Shyness: A bold new approach: The latest scientific findings, plus practical steps for finding your comfort zone*. New York: Harper Collins.

- Chavira, D. & Stein, M. (2002). Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 47-54.
- Clark, D. B. & Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233.
- DeWitt, D. J., McDonald, K. & Offord, D.R. (1999). Childhood stress and symptoms on drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Díaz, C. (1997). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de un caso de fobia social. *Revista electrónica de Psicología*, 1, 1.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A. & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459-479.
- García-López, L. J., Olivares, J. & Rosa, A. I. (2002). Efectos a largo plazo del tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada mediante el Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A). *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 935-953.
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M. & Rosa, A. I. (2005). Efficacy of three treatment for adolescents with social anxiety disorder: a 5 year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorder*, 20, 175-191.
- García-López, L. J., Olivares, J., Turner, S. M., Beidel D. C., Albano, A. M. & Sánchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10, 165-179.
- Gil-Bernal, F. & Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40 (1).
- Greco, L. A. & Morris, T. L. (2001). Treating childhood shyness and related behavior. Empirically evaluated approaches to promote positive social interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 299-318.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. & Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726
- Heimberg, R. G. (1991). *Cognitive-behavioral treatment of social phobia in a group setting: A treatment manual* (2ª ed.). Manuscrito no publicado. University at Albany-State, University of New York.
- Jiménez, L., Sáiz, P. J., Bascarán, M. T. & Iglesias, C. (1999). Epidemiología del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, M.P. González, P.A. Sáiz & M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 3- 14). Barcelona: Masson
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems.
- La Greca, A.M. (1998). *Manual of the social anxiety scales for children and adolescents*. Florida: Author
- 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., Dent, H., Albano, A. & Guardino, M. (2003). School-based intervention for social anxiety disorder in adolescents: Results of a controlled study. Unpublished Manuscript.
- Masia-Warner, C., Klein, R., Storch, E. & 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.
- Massia-Warner, C., Klein, R., Dent, H. C., Albano, A. & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 707-722.
- Massia-Warner, C., Fisher, P., Shrout, P., Rathor, S. & Klein, R. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: an attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 676-686.
- Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Caballo, V., García-López, L. J. Rosa, A. I. & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-427.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.

- Olivares, J. & García-López, L. J. (1998). *Intervención en adolescentes con fobia social* (diseño inicial). Manuscrito no publicado.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*, *10*, 409-419.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-spanish versión*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M. & Hidalgo, M. D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, *10*, 147-164.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. & Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *21*, 67-78.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. & García-López, L. J. (2005). Tratamiento de un joven con fobia social generalizada. En J. P. Espada, J. Olivares & F. X. Méndez (Eds.), *Terapia Psicológica. Casos prácticos* (67-91). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Piqueras, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, *17*, 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M. & López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, *11*, 599-622.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Olivares-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., Piqueras, J. A., Ramos, V. & Orgilés, M. (2003). Una revisión cuantitativa del tratamiento psicológico de la fobia social en niños y adolescentes medida a través del SPAI y SPAI-C. *Análisis y Modificación de Conducta*, *29*, 589-616.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Vera-Villarreal, P. E. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, *21*, 153-162.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa, A. I. & Olivares, J. (2007). Validez social de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social: padres frente a profesores. *Terapia Psicológica*, *25*, 63-71.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa, A. I. & Olivares, J. (2008). Does individual attention improve the effect of group treatment of adolescents with social phobia? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *8*, 465-481.
- Pastor, C. & Sevilla, J. (2006). Tratamiento de un adolescente con fobia social. En F. X. Méndez, J. P. Espada & M. Orgilés (Eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes* (85-104). Madrid: Pirámide.
- Piqueras, J. A., Olivares, J. & Rosa, A. I. (2004). Efectos a corto y medio plazo del tratamiento de una adolescente con fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, *30*, 131-155.
- Rappaport, M. H., Paniccia, G. & Judd, L. L. (1995). A review of social phobia. *Psychopharmacological Bulletin*, *31*, 125-129.
- Rosa, A. I., Olivares, J. & Olivares, P. J. (2007). El papel de la planificación de la interacción en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, *25*, 205-212.
- Rosemberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sanson, A., Pedlow, R., Cann, W., Prior, M. & Oberkud, F. (1996). Shyness ratings: Stability and correlates in early childhood. *International Journal of Behavioral Development*, *19*, 705-724.
- Silverman, W. & Albano, A. M. (1997). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 713-726.
- Spielberger, C. (1973). *STAI-C preliminary manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, *1*, 35-40.
- Vallés, A., Olivares, J. & Rosa, A. I. (2007). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. En J. Blasco, M. A. Cano, R. Gilar, S. Grau y A. Lledó (Eds.), *Investigar el cambio curricular en el espacio europeo de educación superior* (459-479). Alicante: Marfil.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychology Med.* *29*, 309-323.