

Anuario de Psicología
2009, vol. 40, nº 1, 43-61
© 2009, Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona

Papel de los efectos inespecíficos en el tratamiento psicológico de adolescentes con fobia social*

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

El objetivo de este estudio es analizar los efectos específicos del programa Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada (IAFS) junto a los factores inespecíficos de las intervenciones utilizadas en el tratamiento de adolescentes con fobia social (por ejemplo, características del paciente o del terapeuta, expectativas hacia el tratamiento o respecto de la atención y el apoyo prestado por el terapeuta). Para ello, se seleccionan al azar 77 adolescentes y se distribuyen aleatoriamente a cuatro condiciones experimentales: grupo de tratamiento psicológico (paquete multicomponente IAFS), grupo de transmisión de información o educativo, grupo placebo y grupo de control lista de espera. Los resultados muestran la eficacia tanto a corto como a medio plazo (12 meses) del programa IAFS, en las medidas que evalúan directamente las respuestas de ansiedad y en sus correlatos (asertividad, autoestima y adaptación). El grupo placebo también alcanza mejoras importantes en algunas de las variables mencionadas, mientras que el de transmisión de información no obtiene cambios significativos, exceptuando la variable autoestima.

Palabras clave: fobia social generalizada, adolescentes, efectos específicos e inespecíficos, experimental.

The role of non-specific effects in the psychological treatment of adolescents with social phobia

The aim of this study is to analyze the specific effects of the Intervention in Adolescents with Social Phobia (IAFS) program together with the nonspecific

* Esta investigación ha sido realizada gracias a la ayuda SEJ2004-01471/PSIC proporcionada por el Ministerio de Educación y Ciencia de España.

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

factors of the interventions used in the treatment of adolescents with social phobia (for example, characteristics of the patient or the therapist, expectations towards the treatment or the attention and support given by the therapist). 77 adolescents were selected at random and randomly distributed between four experimental conditions: psychological treatment group (IAFS multicomponent package), transmission of information or educational group, placebo and waiting list control group. The results show the short- and medium-term effectiveness (12 months) of the IAFS according to specific measures assessing social anxiety and avoidance as well as other related constructs (assertiveness, social skills and adjustment). The placebo group achieved important improvements in some of the mentioned conditions, whereas that of information transmission did not obtained significant changes, with the exception of the self-esteem variable.

Key words: generalized social phobia, adolescents, specific and non-specific effects, experimental.

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que la ansiedad social tiene su inicio más frecuente en la infancia y la adolescencia (Davidson, Hughes, George y Blazer, 1993; Olivares, Piqueras y Rosa, 2006; Regier, Rae, Narrow, Kaelber y Schatzberg, 1998), siendo poco probable que se presente durante la edad adulta (Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992).

Las manifestaciones más frecuentes del niño o adolescente con fobia social son el miedo a hablar, a leer, a comer, a escribir en público; el miedo a jugar con otros, a usar servicios públicos, a hablar ante/con figuras de autoridad y a relacionarse con otras personas del mismo o distinto sexo en situaciones formales (Beidel, Turner y Morris, 1999). Las consecuencias que este trastorno puede generar en el proceso de adaptación en la infancia y adolescencia pueden ser graves, destacando el bajo rendimiento académico (con el consiguiente riesgo de abandono escolar), el desarrollo de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, así como el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas. Las primeras publicaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos o farmacológicos en fobia social en la infancia y adolescencia son relativamente recientes (así Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow 1995; Beidel, Turner, Hamlin y Morris, 2000; Chavira y Stein, 2002; Compton, Grant, Chrisman, Gammon, Brown y March, 2001; Hayward, Varady, Albano, Thienemann, Henderson y Schatzberg, 2000; Masia-Warner, Klein, Storch y Corda, 2001; Olivares y García-López, 2001 o Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000).

Por lo que respecta al desarrollo de esta línea de investigación en España, el equipo de la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Murcia ha desarrollado el Protocolo "Intervención en Adolescentes con Fobia Social" (IAFS en adelante; Olivares, 2005), el cual ha venido siendo puesto a prueba de manera reiterada en intervenciones muy variadas de las que se han derivado y publicado los trabajos que ofrecen respaldo empírico y experimental a su eficacia y eficiencia. Así, por ejemplo, se ha utilizado en estudios de caso único (Olivares, Piqueras y Rosa, 2006), en diseños pre-experimentales (Olivares y García-López, 2001; Olivares, Rosa y Vera-Villaruel, 2003) y en estudios

cuasi-experimentales y experimentales (Olivares, García-López, Beidel, Turner, Albano e Hidalgo, 2002; Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2007; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares 2008; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005); de igual modo se ha estudiado su eficacia a través de dos estudios meta-analíticos (Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés y López-Gollonet, 2003; Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos y Orgilés, 2003), hallándose en ambos que los tamaños del efecto alcanzados por el IAFS no sólo eran superiores al resto de tratamientos con los que se ha comparado (*Cognitive Behavioral Group Treatment for Adolescents* –CBGT-A, Albano, Marten y Holt, 1991; *Skills for Academic and Social Success* –SASS–, Masia-Warner, Klein, Storch y Corda, 2001 y *Cognitive Behavioral Therapy* –CBT–, Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000), sino que el número de sesiones de esta modalidad de tratamiento era también menor.

Pese a existir ya una notable evidencia de la necesidad, la eficacia y la utilidad de los tratamientos psicológicos para reducir/eliminar la fobia social en este tramo evolutivo, todavía es escaso el conocimiento que tenemos sobre el papel que desempeñan elementos específicos del tratamiento como el contenido informativo o las denominadas variables inespecíficas (Gavino, 1998). Por ello, dando continuidad a una línea de investigación del equipo (véase Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2007; Rosa, Olivares y Olivares-Olivares, 2007 y Vallés, Olivares y Rosa, 2007), nuestro objetivo en el presente trabajo es confrontar en una muestra de adolescentes españoles, con diagnóstico de fobia social generalizada (APA, 2000), los efectos generados por el Programa IAFS con los obtenidos a partir de una intervención de carácter educativo basada exclusivamente en la transmisión de información cualificada, y con los mostrados por un Grupo de Control Placebo y otro Lista de Espera, con el fin de aportar evidencia empírica tanto respecto del papel de la transmisión de información como en relación con la medida en que los efectos generados por el tratamiento se deben a la denominada “remisión espontánea”, es decir, a elementos específicos del tratamiento o a factores inespecíficos como, por ejemplo, características del paciente o del terapeuta, expectativas hacia el tratamiento o la atención y el apoyo prestado por el terapeuta.

Método

Participantes

Participaron 77 adolescentes que cumplieran los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de fobia social generalizada. Todos fueron sujetos voluntarios seleccionados en el contexto comunitario a partir de la aplicación de un Programa para la Detección de Adolescentes con Fobia Social. La edad media de la muestra fue de 14.87 años (SD: 0.80; rango: 14-17), siendo la mayoría chicas (75%). Ninguno había sido tratado previamente ni por éste ni por otros problemas psicológicos. La comorbilidad más

alta la presentaron con las fobias específicas. La tabla 1 muestra otros datos relevantes de los sujetos por condición experimental.

TABLA 1. DATOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA EXPERIMENTAL

		<i>Grupo IAFS</i> (N=20)	<i>Grupo Educa-</i> <i>tivo (N=19)</i>	<i>Grupo</i> <i>Placebo</i> (N=18)	<i>Grupo Lista</i> <i>Espera</i> (N=20)
EDAD (media en años)		15.00	14.94	14.75	14.77
SEXO (%)	HOMBRES	5 (25%)	6 (32%)	3 (17%)	8 (40%)
	MUJERES	15 (75%)	13 (68%)	15 (83%)	12 (60%)
CURSO ESCOLAR	3º ESO	7 (35%)	3 (16%)	5 (28%)	6 (30%)
	4º ESO	13 (65%)	16 (84%)	13 (72%)	13 (65%)
	1º Bach	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1(5%)
NÚMERO DE SITUACIONES TEMIDAS		8.40	7.52	8.40	7.55
COMORBILIDAD (Porcentaje)	Trastorno de pánico	1 (5%)	0 (0%)	3 (17%)	0 (0%)
	Agorafobia	0 (0%)	3 (16%)	1 (6%)	3 (15%)
	Mutismo selectivo	1 (5%)	0 (0%)	1 (6%)	0 (0%)
	Trastorno de ansiedad generalizada	5 (25%)	1 (5%)	1 (6%)	5 (25%)
	Trastorno obsesivo compulsivo	0 (0%)	2 (10%)	0 (0%)	0 (0%)
	Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad	4 (20%)	1 (5%)	1 (6%)	4 (20%)
	Fobia específica	11 (55%)	7 (37%)	6 (33%)	13 (65%)
	Trastorno por estrés postraumático	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	1 (5%)
	Episodio depresivo mayor	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)
	Trastorno distímico	3 (15%)	4 (21%)	1 (6%)	3 (15%)
	Abuso de alcohol	1 (5%)	4 (21%)	3 (17%)	3 (15%)
	Abuso de sustancias (cafeína, etc.)	0 (0%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (10%)
ABANDONOS DEL TRATAMIENTO (Porcentaje)		0%	0%	0%	0%

Procedimiento

El reclutamiento de los sujetos siguió el siguiente proceso: (1) Administración del SPAI y el SAS-A a una muestra de 2.650 adolescentes voluntarios matriculados en 8 centros públicos seleccionados aleatoriamente de la Región de Murcia, Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha (España); (2) Corrección

de los cuestionarios, selección de los sujetos a partir de los puntos de corte previamente determinados (SPAI \geq 97; SAS-A \geq 57 –Olivares, García-López, Turner, La Greca y Beidel, 2002–) y cita a los que superaban éstos para ser entrevistados. En esta fase, 238 sujetos (9.0%) superaron los puntos de corte; (3) Entrevista mediante el ADIS-IV-C (Silverman y Albano, 1996). Tras la entrevista, 197 sujetos cumplieron los criterios para el diagnóstico de Fobia Social (82 -41.6%- con Fobia Social Generalizada y 115 -58.4%- Fobia Social Específica). Tan sólo los sujetos con fobia social generalizada fueron seleccionados para participar en esta investigación. (4) Requerimiento del consentimiento paterno escrito para que sus hijos participasen en la investigación y autorización para realizar grabaciones audiovisuales con fines estrictamente clínicos. Cinco sujetos con fobia social generalizada rechazaron participar alegando distintos motivos. (5) Distribución aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales, las cuales estuvieron integradas por 8 subgrupos de 9-10 sujetos en cada caso. (6) 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.

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

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

Instrumentos y estrategias de evaluación

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

The Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989), que incluye tres puntuaciones: fobia social, agorafobia y diferencia. Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (1999) estudiaron las propiedades psicométricas del SPAI en población adolescente española, indicando que se habían alcanzado coeficientes adecuados de consistencia interna (0.955, 0.835 y 0.955 para los valores Fobia Social, Agorafobia y Diferencia, respectivamente).

The Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; La Greca y López, 1998) adaptada a población española por Olivares, Ruiz *et al.* (2005), la cual presenta una estructura trifactorial (a) la subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE), (b) la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños (SAD-

Extraños) y (c) la subescala de ansiedad y evitación social en general (SAD-General); además, la versión general fue contestada también por los padres (SAS-A/Pa) y los profesores (SAS-A/Pf). La consistencia interna para la puntuación total es de 0.91 y para el miedo a la evaluación negativa de 0.94. La correlación ítems-test es superior a 0.40 en todos los casos.

Fear of Negative Evaluation Scale (FNES; Watson y Friend, 1969) que valora la evaluación negativa, elemento central de la fobia social, cuya adaptación y validez para población adolescente de habla española ha sido dada a conocer por García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner (2000).

Social Phobia Scale (SPS; Mattick y Clarke, 1989) diseñada para evaluar la ansiedad de actuación (por ejemplo, comer o beber en público).

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

Society and Adolescent Self Image (SASI; Rosenberg, 1965) desarrollada con el objetivo de medir el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Se desconocen las propiedades psicométricas de esta escala en población adolescente.

Rathus Assertivity Scale (RAS; Rathus, 1973) que estudia las conductas asertivas del sujeto. El coeficiente alfa de consistencia interna varía entre 0.73 y 0.86.

Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1996), a partir de la cual se registró el número de situaciones sociales de actuación y relación señaladas como fóbicas en su sección de fobia social, el cual se tomó como variable dependiente para el cálculo de la significación clínica de los efectos del tratamiento. Esta entrevista ha demostrado de modo excelente su fiabilidad test-retest e interjueces en su aplicación a los trastornos de ansiedad, incluida la Fobia Social.

Al término de cada una de las sesiones, en cada una de las condiciones experimentales, se solicitó a los participantes que cumplimentaran una *Hoja de valoración de la sesión* en la que se incluía una valoración cualitativa del desarrollo de la sesión sobre el interés de los contenidos, y se les preguntó qué quitarían y añadirían si se tuviera que repetir la sesión. También se solicitó una valoración cuantitativa del grado de interés de la sesión a través de una escala de cinco valores (Nada = 0, Un poco = 1, Bastante = 2, Mucho = 3; Muchísimo = 4). Esta evaluación del desarrollo e interés de las sesiones se completó con una *Hoja de valoración general del "curso"* que se pidió que cumplimentaran también los participantes al terminar la última sesión y en la que se les volvía a solicitar una valoración cualitativa y otra cuantitativa, de orden general, en los mismos términos que al terminar las sesiones: si tuvieras que repetir el curso ¿qué añadirías?, ¿qué quitarías?, ¿por qué?, ¿en qué medida te ha resultado interesante el "curso" (Nada, Poco, Bastante, Mucho, Muchísimo).

Diseño

Utilizamos un diseño experimental con un factor *intra* (pretest, postest y seguimientos 6 y 12 meses) y otro *inter* (Grupo control lista de espera, Grupo de control placebo, Grupo Educativo o de Transmisión de Información y Grupo IAFS). El grupo de control lista de espera y el grupo de tratamiento psicológico estuvieron integrados por 20 adolescentes; la condición experimental relativa al tratamiento educativo o transmisión de información contó con 19; y el grupo de control placebo estuvo formado por 18 sujetos. La integridad del tratamiento se controló mediante dos manuales: uno relativo al IAFS (Olivares, 2005) y otro para el tratamiento educativo, no publicado, centrado en la transmisión de información específica, cualificada y relativa a la ansiedad en general y a la fobia social en particular. Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en los centros educativos en un horario asequible a los alumnos; siempre por las mañanas y en centros distintos para cada grupo. De igual modo que en los grupos educativo y psicológico, al grupo placebo también se le aplicó un programa de 12 sesiones, con la misma duración y periodicidad, sobre educación para la salud (transmisión de información variada y relativa a la salud física), llevadas a cabo en los centros educativos en un horario asequible a los alumnos y siempre por las mañanas.

El papel de la variable “interés de la sesión/«curso» para el participante” se controló en cada una de las sesiones, y en cada una de las tres condiciones experimentales, mediante la respuesta a la “Hoja de valoración de la sesión” y a la “Hoja de valoración general del «curso»” que se pidió que cumplimentaran cada uno de los participantes al terminar cada sesión y en la última sesión.

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: (i) *Componente Educativo*. Se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la fobia social, se planifican los logros que el sujeto querría alcanzar (conductas objetivo) y se examinan las expectativas respecto del tratamiento y cada una de las conductas objetivo. (ii) *Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades así como entrenamiento en hablar en público. (iii) *Exposición*. Es el elemento central del programa. En torno a él giran casi todas las actividades. Se aplica tanto en vivo (exposiciones simuladas y reales) como en imaginación. (iv) *Técnicas de reestructuración cognitiva*. El objetivo de este componente es que los participantes aprendan a identificar los pensamientos automáticos negativos que ellos mismos producen cuando evocan situaciones pasadas, anticipan situaciones sociales o están inmersos en una situación social que les genera respuestas de ansiedad. Se fundamenta en la terapia cognitiva de Beck y se aplica siguiendo un proceso que incluye las etapas

educativa, de entrenamiento y aplicación, así como el formato A-B-C de Ellis para discutir pensamientos automáticos e irracionales.

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

- *Tratamiento Educativo*. El manual de trabajo incluyó información cualificada, específica y relativa a la ansiedad en general y a la ansiedad social en particular. Tuvo el mismo formato que el Programa IAFS: Constó de 12 sesiones de 90 minutos de duración, con periodicidad semanal, coordinadas por un terapeuta y una coterapeuta. La dinámica de las sesiones incluía siempre una fase descriptiva y/o explicativa (lo que ocurre y por qué ocurre a la luz de nuestros conocimientos), eliminando cualquier descripción relativa al modelado, instrucciones acerca de la exposición o incitación al respecto. Para el desarrollo de las explicaciones y descripciones relativas a las fases de vulnerabilidad, génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social se utilizó la propuesta de Olivares 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.

- *Placebo: Educación para la salud*. El grupo Placebo recibió información sobre la alimentación adecuada (2 sesiones), el consumo de sustancias psicoactivas (4 sesiones), la higiene (1 sesión), el deporte (2 sesiones), la prevención de sida (2 sesiones), la prevención de embarazos no deseados (1 sesión). Se controló que en ningún caso se les enseñase o indicase cómo debían o podían actuar frente a los problemas de los que recibían información. Tras la exposición de los contenidos, los adolescentes comentaban en grupo (de unos 6 sujetos) y discutían los problemas que se presentaban en la vida real sobre los diferentes temas tratados, llegando a acuerdos que debían exponer al gran grupo (a los 18 sujetos junto al terapeuta) antes de finalizar la sesión.

Los tratamientos fueron aplicados por terapeutas con experiencia en la aplicación del IAFS y en la transmisión de información específica y cualificada.

Resultados

Análisis estadísticos

Se llevaron a cabo análisis comparativos tanto intra como intergrupo. En los intergrupo verificamos la ausencia de diferencias en el pretest entre las condiciones experimentales mediante la realización de una comparación de medias o frecuencias (ANOVA o Chi-cuadrado de Pearson) atendiendo al tipo de variable medida. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los

grupos, excepto en la variable fobia específica ($\chi < .05$). Para la evaluación de los efectos del tratamiento en el postest y en los seguimientos aplicamos un ANOVA y comparaciones *post-hoc* (*t* de Tukey) cuando los resultados de la primera mostraron diferencias estadísticamente significativas. También calculamos los tamaños del efecto (*d*, diferencia media tipificada, Hedges y Olkin, 1985) resultantes de comparar las diferencias entre las distintas combinaciones de los grupos (Grupo IAFS frente a las del Grupo Educativo, el Grupo Lista de espera y el Grupo Placebo; Grupo Educativo frente a Grupo Lista de espera y Grupo Placebo; Grupo Placebo frente a Grupo Lista de espera) en cada momento temporal. Los valores *d*₊ positivos reflejaban una mejora del primer grupo. Los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 (2008) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

Respecto de las comparaciones intragrupo, realizamos un Anova de medidas repetidas en las variables dependientes y, posteriormente, analizamos las comparaciones dos a dos. De igual modo, y con objeto de complementar los resultados de las pruebas estadísticas F, se calculó también el índice *eta cuadrado* (η^2) para estimar la proporción de la varianza explicada por el paso del tiempo. Una *eta cuadrado* baja ($\eta^2 < 0.10$) indicaría que la fuente de variación analizada explicaría muy poco de la varianza de la variable dependiente, considerándola como carente de significación. Finalmente, analizamos las situaciones sociales fóbicas informadas en el pretest en la sección de fobia social del ADIS-IV-L siguiendo dos criterios: (1) 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 (2) Remisión entre el 75%-99% del número inicial de situaciones sociales fóbicas. Para el análisis de estos datos utilizamos la prueba Chi-Cuadrado de Pearson.

Comparaciones intergrupo

Las medias, desviaciones típicas y nivel de significación estadística del Análisis de Varianza de las variables que miden ansiedad y evitación social están recogidas en las tablas 2 y 3. Como podemos observar se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el postest y en los seguimientos en todas las variables medidas. El análisis *post-hoc* (comparación entre medias mediante la *t* de Tukey) indica que el Grupo IAFS mejora sus puntuaciones en el postest y en los seguimientos respecto del Grupo Educativo y Control Lista de espera en todas las variables. Además, dichas mejoras también son significativas respecto del grupo Placebo en Fobias, SAD, SAS-A Padres y SAS-A Profesores. El grupo Placebo alcanza mejorías respecto del grupo Educativo y Lista de espera en la mayor parte de las variables, excepto en SAS-A Padres y SAS-A Profesores.

Esta tendencia también se produce en las variables que miden el componente cognitivo de la ansiedad social (véase tabla 3), confirmándose estos datos en los tamaños del efecto (TE) hallados (véase la tabla 4).

TABLA 2. ANOVAS INTERGRUPO DE LAS RESPUESTAS DE ANSIEDAD Y EVITACIÓN SOCIAL

		IAFS		Educativo		Placebo		Lista de Espera		F
		n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	
SPAI- Fobia social	Pretest	20	129.86 (19.20)	19	122.68 (8.51)	18	118.49 (8.95)	20	124.08 (13.67)	F (3,76) = 2.332; p = .081
	Postest	20	67.99 (23.38)	19	112.36 (11.71)	18	78.73 (37.17)	20	125.93 (17.05)	F (3,76) = 87.127; p = .000
	Segto 6	20	59.52 (30.94)	19	113.73 (12.00)	18	76.35 (34.75)	20	128.21 (18.90)	F (3,76) = 32.598; p = .000
	Segto 12	20	59.43 (30.90)	19	113.68 (11.98)	18	76.38 (34.76)	20	127.78 (18.70)	F (3,76) = 30.286; p = .000
SPAI- Diferencia	Pretest	20	99.69 (29.58)	19	100.15 (9.05)	18	95.65 (13.27)	20	101.78 (15.43)	F (3,76) = 0.360; p = .782
	Postest	20	55.24 (21.10)	19	94.31 (9.27)	18	67.60 (32.80)	20	101.64 (16.17)	F (3,76) = 20.679; p = .000
	Segto 6	20	47.92 (24.96)	19	95.42 (9.80)	18	62.68 (29.39)	20	104.25 (17.11)	F (3,76) = 30.113; p = .000
	Segto 12	20	47.84 (25.00)	19	95.36 (9.79)	18	62.60 (29.27)	20	104.27 (17.10)	F (3,76) = 30.287; p = .000
SPAI- Agorafobia	Pretest	20	23.80 (10.59)	19	19.62 (7.24)	18	17.77 (6.01)	20	22.55 (9.93)	F (3,76) = 1.870; p = .142
	Postest	20	12.25 (5.76)	19	18.05 (5.90)	18	11.16 (6.53)	20	27.80 (17.47)	F (3,76) = 10.631; p = .000
	Segto 6	20	11.45 (7.91)	19	18.84 (6.34)	18	14.00 (11.71)	20	24.00 (7.64)	F (3,76) = 8.272; p = .000
	Segto 12	20	11.40 (7.82)	19	18.78 (6.41)	18	14.11 (11.65)	20	24.05 (7.68)	F (3,76) = 8.351; p = .000
SAS-A General	Pretest	20	17.90 (5.34)	19	16.10 (2.23)	18	16.61 (6.07)	20	14.90 (3.46)	F (3,76) = 0.585; p = .626
	Postest	20	8.55 (1.60)	19	15.36 (2.47)	18	11.27 (3.67)	20	14.90 (3.46)	F (3,76) = 24.083; p = .000
	Segto 6	20	9.10 (3.80)	19	16.21 (2.83)	18	12.11 (5.78)	20	12.90 (5.06)	F (3,76) = 8.205; p = .000
	Segto 12	20	9.05 (3.84)	19	16.26 (2.80)	18	12.11 (5.63)	20	12.95 (5.14)	F (3,76) = 8.529; p = .000
SAS-A Extraños	Pretest	20	26.30 (3.31)	19	25.05 (3.51)	18	22.94 (5.85)	20	23.35 (3.60)	F (3,76) = 2.172; p = .099
	Postest	20	13.95 (4.46)	19	23.42 (3.77)	18	16.38 (5.46)	20	23.31 (3.60)	F (3,76) = 24.076; p = .000
	Segto 6	20	13.40 (5.35)	19	24.00 (3.88)	18	14.44 (4.18)	20	20.90 (6.63)	F (3,76) = 18.703; p = .000
	Segto 12	20	13.35 (5.30)	19	23.95 (3.93)	18	14.55 (4.14)	20	20.85 (6.57)	F (3,76) = 18.663; p = .000
SAS-A Total	Pretest	20	76.85 (7.60)	19	71.89 (7.13)	18	70.44 (15.70)	20	71.85 (8.69)	F (3,76) = 1.470; p = .230
	Postest	20	45.05 (10.39)	19	68.84 (7.73)	18	50.50 (15.34)	20	70.40 (9.08)	F (3,76) = 26.928; p = .000
	Segto 6	20	41.10 (17.02)	19	70.89 (8.57)	18	49.72 (14.58)	20	62.20 (19.33)	F (3,76) = 14.050; p = .000
	Segto 12	20	41.05 (17.00)	19	70.84 (8.59)	18	49.83 (14.18)	20	62.15 (19.26)	F (3,76) = 14.204; p = .000
SAS-A Padres	Pretest	20	67.85 (7.64)	19	63.68 (8.31)	18	67.61 (9.58)	20	67.15 (9.45)	F (3,76) = 0.941; p = .425
	Postest	20	45.90 (17.42)	19	72.31 (9.96)	18	80.61 (6.16)	20	81.00 (5.98)	F (3,76) = 44.239; p = .000
	Segto 6	20	31.75 (11.48)	19	72.89 (10.88)	18	79.66 (8.37)	20	79.80 (8.17)	F (3,76) = 108.022; p = .000
	Segto 12	20	31.70 (11.37)	19	72.84 (10.95)	18	79.61 (8.31)	20	79.75 (8.18)	F (3,76) = 108.560; p = .000
SAS-A Profesores	Pretest	20	75.50 (8.38)	19	74.05 (10.99)	18	77.83 (7.31)	20	78.55 (7.01)	F (3,76) = 1.136; p = .340
	Postest	20	35.50 (14.24)	19	72.73 (10.43)	18	80.38 (6.35)	20	80.35 (6.43)	F (3,76) = 90.995; p = .000
	Segto 6	20	26.55 (8.30)	19	73.21 (10.94)	18	80.05 (8.25)	20	80.05 (7.76)	F (3,76) = 166.373; p = .000
	Segto 12	20	26.54 (8.26)	19	73.15 (10.91)	18	80.05 (8.25)	20	80.00 (7.73)	F (3,76) = 167.024; p = .000
SPS	Pretest	20	43.75 (10.38)	19	42.26 (9.15)	18	39.55 (5.91)	20	42.05 (9.85)	F (3,76) = 0.690; p = .561
	Postest	20	19.95 (7.03)	19	39.73 (8.89)	18	25.66 (14.90)	20	38.80 (11.16)	F (3,76) = 16.076; p = .000
	Segto 6	20	18.25 (10.36)	19	40.05 (8.34)	18	25.22 (16.09)	20	35.50 (15.89)	F (3,76) = 11.080; p = .000
	Segto 12	20	18.22 (10.32)	19	40.00 (8.33)	18	25.33 (16.07)	20	34.80 (14.84)	F (3,76) = 11.330; p = .000
Nº situaciones sociales fóbicas	Pretest	20	8.40 (1.95)	19	7.52 (1.95)	18	8.11 (2.76)	20	7.55 (1.76)	F (3,76) = 0.803; p = .496
	Postest	20	1.00 (1.33)	19	7.26 (1.66)	18	3.05 (2.04)	20	8.25 (1.44)	F (3,76) = 87.127; p = .000
	Segto 6	20	1.60 (2.87)	19	7.36 (1.64)	18	3.55 (2.95)	20	8.20 (2.01)	F (3,76) = 32.598; p = .000
	Segto 12	20	1.60 (2.87)	19	7.36 (1.64)	18	2.83 (2.14)	20	8.15 (1.98)	F (3,76) = 42.158; p = .000

SPAI: *Inventario de Ansiedad y Fobia Social*; SAS-A: *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes*; SPS: *Escala de Fobia social*; IAFS: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social*. Segto 6: Seguimiento a los 6 meses. Segto 12: Seguimiento 12 meses.

TABLA 3. ANOVAS INTERGRUPO DEL COMPONENTE COGNITIVO DE LA FOBIA SOCIAL

		IAFS		Educativo		Placebo		Lista de Espera		F
		n	M (SD)	N	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	
SAS-A (FNE)	Pretest	20	33.90 (5.06)	19	24.73 (3.57)	18	30.66 (4.89)	20	31.40 (3.91)	F (3,76) = 2.007; p = .121
	Postest	20	22.55 (6.63)	19	29.26 (3.47)	18	22.94 (8.14)	20	32.25 (4.33)	F (3,76) = 12.833; p = .000
	Segto 6	20	19.00 (8.97)	19	30.10 (3.51)	18	23.2 (7.93)	20	28.45 (8.83)	F (3,76) = 8.343; p = .000
	Segto 12	20	18.95 (8.92)	19	30.00 (3.63)	18	23.66 (7.87)	20	28.50 (8.89)	F (3,76) = 8.353; p = .000
FNES	Pretest	20	25.75 (3.62)	19	24.73 (3.57)	18	24.00 (5.33)	20	23.70 (3.43)	F (3,76) = 1.011; p = .393
	Postest	20	17.25 (5.08)	19	23.42 (3.96)	18	16.55 (8.00)	20	23.10 (4.33)	F (3,76) = 8.256; p = .000
	Segto 6	20	14.50 (8.27)	19	24.36 (3.81)	18	18.33 (7.53)	20	22.35 (5.80)	F (3,76) = 8.654; p = .000
	Segto 12	20	14.45 (8.26)	19	24.31 (3.80)	18	18.61 (7.48)	20	22.40 (5.83)	F (3,76) = 8.619; p = .000

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: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* Segto 6: Seguimiento a los 6 meses; Segto 12: Seguimiento 12 meses.

TABLA 4. TAMAÑOS DEL EFECTO ENTRE GRUPOS EN DIFERENTES MOMENTOS TEMPORALES

<i>Instrumentos</i>	<i>Momento temporal</i>	<i>IAFS vs. Educativo</i>	<i>IAFS vs. GP</i>	<i>IAFS vs. LE</i>	<i>Educativo vs. GP</i>	<i>Educativo vs. LE</i>	<i>GP vs. LE</i>
SPAI-Fobia social	Postest	2.33	0.34	2.77	-3.72	0.90	1.62
	Seguimiento 6	2.24	0.50	2.62	-1.43	0.89	1.84
	Seguimiento 12	2.24	0.50	2.62	-1.41	0.90	1.83
SPAI -Diferencia	Postest	2.32	0.44	2.42	-1.12	5.76	1.31
	Seguimiento 6	2.43	0.53	2.58	-1.47	0.62	1.71
	Seguimiento 12	2.42	0.53	2.58	-1.51	0.61	1.74
SPAI -Agorafobia	Postest	0.97	0.17	1.17	-1.08	0.72	1.21
	Seguimiento 6	1.01	0.25	1.58	-1.27	0.72	1.00
	Seguimiento 12	1.01	0.27	1.59	-0.49	0.73	0.99
SAS-A-General	Postest	3.22	0.95	2.31	-1.28	-0.15	0.99
	Seguimiento 6	2.07	0.61	0.83	-0.89	-0.78	0.14
	Seguimiento 12	2.09	0.63	0.84	-0.92	-0.77	0.15
SAS-A -Extraños	Postest	2.24	0.48	2.27	-1.47	-0.02	1.48
	Seguimiento 6	2.21	0.21	1.21	-2.32	-0.55	1.26
	Seguimiento 12	2.21	0.24	1.22	-2.27	-0.60	1.11
SAS-A Total	Postest	2.53	0.41	2.38	-1.49	0.18	1.56
	Seguimiento 6	2.15	0.53	1.13	-1.73	-0.56	0.71
	Seguimiento 12	2.15	0.54	1.14	-1.77	-0.57	0.71
SAS-A Padres	Postest	1.81	2.54	2.64	0.97	1.04	0.06
	Seguimiento 6	3.59	4.62	4.72	0.68	0.70	0.02
	Seguimiento 12	3.58	4.66	4.71	0.68	0.69	0.02
SAS-A Profesores	Postest	2.91	3.91	3.97	0.86	0.86	0.00
	Seguimiento 6	4.72	6.62	6.52	0.68	0.71	0.00
	Seguimiento 12	4.71	6.34	6.52	0.68	0.71	0.00
SPS	Postest	2.42	0.49	1.98	-1.13	-0.09	0.98
	Seguimiento 6	2.26	0.51	1.26	-1.14	-0.35	0.63
	Seguimiento 12	2.26	0.52	1.28	-1.15	-0.34	0.59
Situaciones sociales fóbicas	Postest	1.08	1.18	5.12	-2.22	0.62	2.90
	Seguimiento 6	2.39	0.65	2.61	-1.57	0.45	1.81
	Seguimiento 12	2.39	0.47	2.60	-2.33	0.45	2.52
SAS-A (FNE)	Postest	1.23	0.02	1.69	-0.99	0.74	1.42
	Seguimiento 6	1.58	0.48	1.36	-1.11	-0.24	0.61
	Seguimiento 12	1.57	0.54	1.37	-1.02	-0.23	0.56
FNES	Postest	1.32	0.10	1.21	-1.07	-0.07	1.01
	Seguimiento 6	1.48	0.47	1.07	-0.99	-0.39	0.59
	Seguimiento 12	1.48	0.51	1.08	-0.95	-0.40	0.55
AUTOESTIMA	Postest	-0.02	1.83	1.35	2.14	1.59	-0.13
	Seguimiento 6	0.51	0.45	1.52	1.30	1.39	0.18
	Seguimiento 12	0.52	1.67	1.53	1.77	1.40	0.04
INADAPTACIÓN	Postest	2.08	0.76	1.57	-0.96	-0.35	0.61
	Seguimiento 6	0.74	0.52	0.92	-1.38	-0.66	0.48
	Seguimiento 12	0.75	0.54	0.92	-1.94	-0.65	0.58
ASERTIVIDAD	Postest	1.71	0.63	1.88	-1.23	0.46	1.44
	Seguimiento 6	1.58	0.30	1.69	-1.75	0.35	1.82
	Seguimiento 12	1.58	0.17	1.70	-2.05	0.34	2.10

SPAI: *Inventario de Ansiedad y Fobia Social*; SAS-A: *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes*; SAS-A (FNE): *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes* (subescala de miedo a la evaluación negativa); SPS: *Escala de Fobia social*; FNE: *Escala de Miedo a la Evaluación negativa*; IAFS: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social*. GP: Grupo de Control Placebo. LE: Grupo Control lista de espera.

La tabla 5 presenta los valores de las medidas relativas a la autoestima, la adaptación y la asertividad. De nuevo, los datos muestran diferencias significativas entre los grupos tanto en el posttest como en los seguimientos, siendo el Grupo IAFS el que mejores puntuaciones alcanza excepto en la variable autoestima, en la que no existen diferencias respecto del grupo Educativo. Otro tanto ocurre entre este grupo y los grupos de control (lista de espera y placebo), destacando las puntuaciones del primero en autoestima. Los TES apoyan estos datos sobresaliendo en la mayor parte de las variables los relativos al grupo IAFS y al Placebo, excepto en la variable autoestima.

TABLA 5. ANOVAS INTERGRUPO DE OTRAS MEDIDAS RELACIONADAS

		IAFS		Educativo		Grupo Control Placebo		Lista de Espera		F
		n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	
ASERTIVIDAD	Pretest	20	-29.10 (14.14)	19	-23.94 (10.17)	18	-17.97 (15.97)	20	-24.05 (12.85)	F (3,76) = 2.296; p = .085
	Postet	20	3.70 (18.86)	19	-21.94 (8.27)	18	-7.16 (14.46)	20	-26.85 (12.15)	F (3,76) = 19.572; p = .000
	Segto 6	20	9.25 (26.23)	19	-22.47 (8.25)	18	2.16 (17.80)	20	-26.15 (12.41)	F (3,76) = 19.609; p = .000
	Segto 12	20	9.30 (26.21)	19	-22.42 (8.30)	18	15.33 (16.88)	20	-26.20 (12.38)	F (3,76) = 28.849; p = .000
AUTOESTIMA	Pretest	20	21.20 (3.38)	19	19.42 (1.95)	18	21.66 (2.47)	20	20.10 (4.95)	F (3,76) = 1.680; p = .179
	Postet	20	27.50 (5.05)	19	27.57 (3.25)	18	19.72 (3.90)	20	20.35 (5.21)	F (3,76) = 18.141; p = .000
	Segto 6	20	28.95 (5.77)	19	26.52 (3.06)	18	21.38 (4.56)	20	20.45 (5.17)	F (3,76) = 14.252; p = .000
	Segto 12	20	29.00 (5.85)	19	26.57 (3.00)	18	20.61 (3.55)	20	20.40 (5.22)	F (3,76) = 17.121; p = .000
INADAPTACIÓN	Pretest	20	20.80 (5.28)	19	21.52 (2.93)	18	20.33 (5.79)	20	21.85 (3.22)	F (3,76) = 0.451; p = .717
	Postet	20	13.45 (4.82)	19	22.00 (2.92)	18	17.55 (5.72)	20	20.70 (4.21)	F (3,76) = 13.966; p = .000
	Segto 6	20	12.50 (7.00)	19	21.78 (2.89)	18	15.83 (5.23)	20	18.60 (5.91)	F (3,76) = 10.064; p = .000
	Segto 12	20	12.55 (6.97)	19	21.84 (2.87)	18	15.66 (3.34)	20	18.55 (5.91)	F (3,76) = 19.286; p = .000

IAFS: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social*

Verificamos la ausencia de diferencias entre las condiciones experimentales mediante la realización de una comparación de medias (ANOVA)

Respecto al papel de la variable “interés de la sesión/«curso» para el participante”, el ANOVA no mostró diferencias entre las medias de las tres condiciones experimentales ni en la evaluación aislada de las sesiones ni en la evaluación general del conjunto de las sesiones (“curso”).

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 el posttest y en los seguimientos en ansiedad, evitación social e inadaptación y aumentaron sus puntuaciones en autoestima y asertividad respecto del pretest con un nivel de significación muy alto ($p \leq .00$). En el Grupo Educativo o de transmisión de información específica y cualificada se hallaron diferencias significativas entre el pretest y el resto de momentos temporales en las siguientes variables: SAS-A Extraños, SAS-A FNE, SAS-A padres, SPAI-Fobia Social y SPAI-Diferencia, SPS y Autoestima ($p \leq .05$). En el grupo Placebo, se encontraron diferencias entre el pretest y el resto de momentos temporales en todas las variables, excepto en SAS-A

profesores y Autoestima. Finalmente, respecto del Grupo de control, no se hallaron diferencias entre la mayor parte de las medidas del pretest, el postest y seguimientos, excepto en SAS-A General, SAS-A Extraños, SAS-A Total, SAS-A Padres y Adaptación. Hemos de observar que se produce un aumento de las puntuaciones en las medidas de la SAS-A padres de los grupos Educativo, Placebo y Lista de espera; es decir, los padres apreciaron un empeoramiento en sus hijos del pretest al postest y en las medidas de seguimiento. Los TE confirman estos datos. En la tabla 6 aparecen las pruebas F intragrupo junto el valor de *eta cuadrado* (η^2).

TABLA 6. ANOVAS INTRAGRUPO Y ETA CUADRADO (η^2)

	IAFS		Educativo		Placebo		Lista de espera	
	F (gl); p	η^2	F (gl); p	η^2	F (gl); p	η^2	F (gl); p	η^2
SPAI-Fobia social	F (1,33; 25,43) = 0.919; p =.375	.046	F (1,10; 19,87) = 10.162; p =.004	0.361	F (1,46; 27,88) = 5.771; p =.000	0.746	F (1,84; 31,27) = 19.837; p =.000	0.539
SPAI-Diferencia	F (1,38; 26,32) = 0.468; p =.561	.024	F (1,21; 21,86) = 6.106; p =.017	0.253	F (1,50; 28,65) = 27.989; p =.000	0.596	F (1,81; 30,82) = 14.161; p =.000	0.454
SPAI-Agorafobia	F (1,32; 25,16) = 1.118; p =.319	.056	F (1,50; 27,08) = 1.728; p =.201	0.088	F (1,29; 24,55) = 16.394; p =.000	0.463	F (1,23; 20,92) = 2.828; p =.101	0.143
SAS-A General	F (1,58; 30,02) = 4.050; p =.036	.176	F (1,15; 20,76) = 2.617; p =.117	0.127	F (1,43; 27,33) = 33.327; p =.000	0.637	F (1,42; 24,18) = 6.52; p =.010	0.277
SAS-A Extraños	F (1,53; 29,19) = 5.153; p =.018	.213	F (1,42; 25,71) = 5.305; p =.020	0.228	F (1,52; 28,92) = 74.248; p =.000	0.796	F (1,72; 29,37) = 15.948; p =.000	0.484
SAS-A Total	F (1,38; 26,22) = 4.569; p =.031	.194	F (1,15; 20,76) = 2.524; p =.124	0.123	F (1,31; 24,89) = 58.921; p =.000	0.756	F (1,17; 20,032) = 16.502; p =.000	0.493
SAS-A Padres	F (1,37; 26,04) = 32.595; p =.000	.632	F (1,23; 22,31) = 20.496; p =.000	0.532	F (1,64; 31,15) = 62.884; p =.000	0.768	F (1,33; 22,65) = 23.547; p =.000	0.581
SAS-A Profesores	F (1,35; 25,69) = 1.180; p =.350	.058	F (1,76; 31,82) = 0.843; p =.427	0.045	F (1,81; 34,41) = 225.867; p =.000	0.922	F (1,35; 23,01) = 1.873; p =.184	0.099
SPS	F (1,59; 30,26) = 3.311; p =.060	.148	F (1,18; 21,317) = 4.176; p =.048	0.188	F (1,23; 23,54) = 52.179; p =.000	0.733	F (1,62; 27,56) = 15.219; p =.000	0.472
Nº sit. Sociales fóbicas	F (1,48; 28,28) = 2.098; p =.152	0.99	F (1,35; 24,33) = 0.801; p =.415	0.43	F (1,52; 29,05) = 113.631; p =.000	0.857	F (2,34; 39,81) = 24.774; p =.000	0.593
SAS-A FNE	F (1,44; 27,50) = 3.360; p =.063	.150	F (1,68; 30,38) = 8.708; p =.002	0.326	F (1,43; 27,30) = 30.050; p =.000	0.613	F (1,37; 23,28) = 9.641; p =.002	0.362
FNE	F (1,91; 36,32) = 0.466; p =.623	.024	F (1,27; 22,98) = 3.148; p =.081	0.149	F (1,47; 27,93) = 21.892; p =.000	0.535	F (1,62; 27,65) = 8.158; p =.003	0.324
ASERTIVIDAD	F (1,80; 34,28) = 1.371; p =.266	.067	F (1,09; 19,70) = 3.641; p =.068	0.168	F (1,47; 28,08) = 33.026; p =.000	0.635	F (2,51; 42,76) = 27.100; p =.000	0.651
AUTOESTIMA	F (1,52; 28,87) = 0.118; p =.834	.006	F (1,17; 21,08) = 87.924; p =.000	0.830	F (1,61; 30,64) = 27.204; p =.000	0.589	F (2,17; 36,97) = 1.033; p =.371	0.057
INADAPTACIÓN	F (1,52; 28,89) = 6.087; p =.011	.243	F (1,55; 28,02) = 1.458; p =.248	0.075	F (1,47; 27,99) = 15.952; p =.000	0.456	F (2,29; 38,94) = 15.643; p =.000	0.479

SPAI: *Inventario de Ansiedad y Fobia Social*; SAS-A: *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes*; SAS-A (FNE): *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes* (subescala de miedo a la evaluación negativa); SPS: *Escala de Fobia social*; FNE: *Escala de Miedo a la Evaluación negativa*; IAFS: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social*.

Significación clínica

Analizando la remisión completa del trastorno, los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos experimentales tanto en el posttest como en los seguimientos a los 6 y 12 meses ($p < 0.00$). Se observa que sólo el Grupo IAFS alcanza en el posttest porcentajes de éxito clínico notable (60%) que casi se mantienen en el seguimiento a los 6 y 12 meses (55%); sólo un sujeto del grupo Placebo (5%) cumple este criterio a los 6 meses, manteniéndose igualmente a los 12 meses. En los grupos Educativo y Lista de espera no se cumple este criterio en ningún momento temporal para ninguno de sus integrantes. En cuanto a la remisión 75%-99%, se obtienen diferencias significativas entre los grupos experimentales tanto en el posttest como en los seguimientos a los 6 y 12 meses ($p < 0.05$) a favor de los Grupos IAFS y Placebo frente a los otros grupos en el posttest (30% y 44%, respectivamente) y en el seguimiento a los 6 meses (25% y 33%, respectivamente), manteniéndose los resultados en el seguimiento a los 12 meses. Los grupos Educativo y Lista de espera no alcanzan estas mejoras en ningún caso.

Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar tanto los efectos generados por el Programa IAFS frente a una intervención de carácter educativo basada exclusivamente en la Transmisión de Información cualificada, relativa a la ansiedad en general y la ansiedad social en particular, como el papel de la “remisión espontánea” o de las variables inespecíficas mediante el seguimiento de los cambios producidos en un grupo de control placebo psicológico y un grupo de control sin tratamiento (lista de espera).

Analizando de forma pormenorizada los resultados hemos podido observar que el Grupo IAFS mejora en todas las variables medidas tanto las directamente como las indirectamente relacionadas con el problema planteado, así, autoestima, asertividad y adaptación. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por otros autores en la aplicación de esta misma modalidad de tratamiento (Olivares, García-López, Turner, La Greca y Beidel, 2002; Olivares, Rosa y Piqueras 2005; Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2007; Rosa, Olivares y Olivares-Olivares, 2007 y Valles, Olivares y Rosa, 2007). De igual modo, los resultados 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 ganancias son ratificadas tanto por padres como por profesores, constatando empíricamente la validez social de los cambios a través de estos agentes externos, coincidiendo con los resultados de Olivares-Olivares, Rosa y Olivares (2007). En cambio los padres y profesores de los sujetos de los grupos Educativo, Placebo y Lista de espera registraron un empeoramiento progresivo de sus hijos y alumnos a medida que pasaba el tiempo. Este dato coincide con algunas de las medidas obtenidas por los participantes de los grupos Educativo

y Lista de espera pero no con las de grupo Placebo, el cual muestra mejora en la mayor parte de las variables. Por tanto, al igual que sucedía en la investigación anteriormente mencionada, tanto los padres como los profesores de estos grupos perciben peor a los chico/as de lo que ellos mismos se perciben. Una variable que explicaría la mejora del Grupo Placebo es que los participantes de dicha condición debían interactuar en grupo y exponerse a presentar los resultados de sus reflexiones tanto en grupo pequeño como grande, de modo que ello obligaba a los chicos/as a interactuar entre sí oralmente. Esta variable, exposición en grupo, es la que mejor explica las mejoras alcanzadas, desde nuestro punto de vista, por lo que, pese a que en un principio etiquetamos este grupo de placebo, realmente incorpora un elemento activo: la exposición oral a situaciones grupales formales.

En cuanto a la variable *Autoestima*, observamos que, pese a que no se alcanzan en ningún caso diferencias estadísticamente significativas, es la única variable en la que el Grupo Educativo alcanza valores mayores que el Grupo IAFS en el postest, pero no en los seguimientos. Estos datos siguen la misma tendencia respecto del Grupo Placebo, el cual puntúa más bajo que el Grupo Educativo en autoestima tanto en el postest como en los seguimientos. 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 (Grupo Educativo) produjese en los adolescentes un cambio cognitivo en su autopercepción 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, el cambio se produciría por la auto-reestructuración cognitiva que, a corto plazo, conllevaría una mejor autovaloración en los sujetos, pero que a largo plazo terminaría extinguiéndose al no incrementarse la tasa de refuerzo positivo recibida por el sujeto (externa y auto-administrada).

En cuanto a la *reducción de las situaciones temidas*, observamos que el Grupo IAFS alcanza mejorías muy importantes atendiendo al criterio del 100%, mientras que estas mejoras tan sólo se producen en un sujeto del Grupo Placebo y en ningún caso en los grupos educativo y lista de espera. Atendiendo al criterio 99-75% de reducción de las situaciones sociales temidas, el porcentaje de mejora sigue la misma dirección, siendo sólo los grupos IAFS y Placebo los protagonistas. Por tanto, volvemos a afirmar que el proceso de interacción oral (exposición) al que obliga el diseño del proceso que define al Grupo Placebo también produce efectos terapéuticos.

En relación con el *tamaño del efecto* los resultados no se han presentado en todos los casos en el orden esperado ($TE_{IAFS} \geq TE_{TED} \geq TE_{GPL} \geq TE_{GC}$), ya que el Grupo Placebo alcanza mejoras más importantes que el Grupo Educativo, y éste casi iguala al Grupo Lista de espera.

En general, nuestros resultados nos permiten afirmar que el Programa IAFS es eficaz en el tratamiento de adolescentes con fobia social, siendo esa eficacia observada y constatada por los padres y los tutores de los chicos/as. Por otro lado, también cabe concluir que la mera transmisión de información, aunque se trate de información específica y cualificada, se transmita de forma estructu-

rada y conlleve la atención del terapeuta a los participantes, no genera ninguna mejora en estos últimos, dado que no consigue producir cambios significativos y estables en los adolescentes que cumplen los criterios para el diagnóstico de fobia social generalizada; de hecho, en este caso las mejoras carecen de significación estadística y en muchas variables su valor no difiere del generado por las variables inespecíficas en el Grupo Control Lista de Espera.

En las comparaciones *intra-grupo* el Grupo IAFS mejora significativamente respecto del pretest, tanto en el postest como en los seguimientos en todas las variables relacionadas con la ansiedad y evitación social, la autoestima, la adaptación y el número de situaciones sociales temidas, lo que es coherente tanto con los hallazgos de otras investigaciones previas con población española con este trastorno (véase por ejemplo Salaberría y Echeburúa, 1995) y con los de otras investigaciones que han utilizado puntuaciones equivalentes a través, por ejemplo, de las escalas de severidad clínica del ADIS-IV-C/P (así Beidel, Turner, Hamlin y Morris, 2000). No obstante, las mejoras alcanzadas en el seguimiento a los seis meses se mantienen, pero no se incrementan en el seguimiento más largo (a los 12 meses). El Grupo Placebo sigue una tendencia similar al IAFS, mientras que los grupos Educativo y Lista de espera sólo mejoran en algunas variables. En general podemos concluir que las mejoras obtenidas por los sujetos que han recibido tratamiento psicológico alcanzan diferencias estadísticamente significativas cuando se las compara con los efectos producidos por el Grupo Educativo, Placebo y Lista de espera, siendo casi iguales los resultados entre este último y el Grupo Educativo.

Así pues, a la luz de los resultados obtenidos cabe pensar que la ocurrencia de factores inespecíficos como las características del terapeuta, las expectativas, el apoyo terapéutico o la transmisión de información específica (cualificada y estructurada) asociada a la atención prestada por el terapeuta, no parecen desempeñar un papel relevante en los efectos generados por el IAFS. No obstante, en todo caso, es posible concluir que los efectos del IAFS van más allá que los producidos por los factores inespecíficos, lo que viene a confirmar tanto resultados previos del equipo (Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2007; Rosa, Olivares y Olivares-Olivares, 2007 y Vallés, Olivares y Rosa, 2007) como los de otros investigadores respecto del tratamiento psicológico de este trastorno (véase por ejemplo Beidel, Turner y Morris, 2000 o Beidel, Turner, Sallee, Amerman, Crosby y Paathak, 2007).

En cuanto a investigaciones futuras en las que se tuvieran en cuenta tanto las limitaciones del presente trabajo como las preguntas que de los resultados del mismo pueden derivarse, consideramos que sería importante utilizar diferentes tipos de grupos placebo, eliminando cualquier ingrediente activo de tratamiento para la fobia social con el fin de analizar realmente los efectos inespecíficos de las intervenciones en fobia social generalizada. Por otro lado, sería relevante obtener más medidas provenientes de observadores independientes que ayudasen a evaluar los efectos del tratamiento de forma más objetiva, así como incluir a los compañeros (test sociométrico) en el grupo de agentes sociales (junto a padres y profesores), a fin de seguir valorando la validez social de los cambios generados. Otro aspecto interesante a tener en

cuenta es el control de variables tales como los antecedentes familiares, edad de inicio o la operacionalización más precisa del grado de generalización, diferenciando, por ejemplo, entre fobia social leve, moderada y gravemente generalizada, a fin de ponderar cómo se distribuye la eficacia mostrada por el IAFS. De igual modo, y atendiendo al terapeuta, sería interesante variar las características del terapeuta, tales como edad, sexo, experiencia y apariencia física, competencia social, número de terapeutas y opciones de agrupamiento (mismo sexo vs. sexo contrario) en las sesiones de tratamiento. Ello permitiría avanzar en la mejora del IAFS para incrementar su eficacia y eficiencia en el tratamiento de la fobia social en la adolescencia a edades tempranas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición, texto revisado). Washington, DC: APA.
- 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
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Hamlin, V. & Morris, T. L. (2000). The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): External and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31, 75-87.
- 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.
- 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.
- Compton, S., Grant, P., Chrisman, A., Gammon, P., Brown, V. & March, J. (2001). Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: An open trial. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 40, 564-571.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D.L., George, L.K. & Blazer, D.G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. & 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., 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.
- Gavino, A. (1998). Las variables del proceso terapéutico. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* (4ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- 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.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- La Greca, A. M., & López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Masia-Warner, C., 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.
- Mattick, R. P. & 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.
- Olivares, J. (Dir. y Coord.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. & Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (2001). A new multicomponent treatment for adolescents with generalized social phobia: Results of a pilot study. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents*. 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 an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- Olivares, J., García-López, L. J., Turner, S., La Greca, A.M. & Beidel, D. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.
- Olivares, J., Piqueras, J. & Rosa, A. I. (2006). Detección e intervención temprana en mutismo selectivo. En F. X. Méndez, J. P. Espada & M. Orgilés (Coord.), *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes: Estudio de casos escolares* (pp. 337-361). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M. & López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 599-622.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Piqueras, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Olivares-Olivares, P. J. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 565-580.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., 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-Villarroel, P. E. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Rosa, A. I. & Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): psychometric properties in a spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 85-97.
- 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 (2), 465-481
- Rathus, S. A. (1973). 30-items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kaelber, C.T. & Schatzberg, A.F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 24-28
- Rosa, A. I., Olivares, J. & Olivares-Olivares, P. J. (2007). El papel de la planificación de la interacción en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 25, 205-112.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Adams, D. C., & Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (76), 151-179
- Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R. & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Silverman, W. & Albano, A. M. (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule. (ADIS-IV-C). New York: Graywind Publications.

- 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.
- SSPS 15.0 (2008). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- 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). Eficacia clínica en la fobia social de los adolescentes. Tratamiento en el contexto escolar. *Revista Peruana de Psicología*, 114-131.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-45.