

Intervención temprana en niños y adolescentes con fobia social*

Raquel Sánchez-García
José Olivares
Universidad de Murcia

El objetivo de este trabajo es estudiar los efectos del tratamiento psicológico Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) en su versión 10-14 años. La muestra la componen 45 niños y adolescentes (75,5% chicas; 24,5% varones) con Fobia Social Generalizada y una edad media de 12.02 años (DT=1.44; rango: 10-14 años). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: 21 al Grupo Control Lista de Espera y 24 a la condición IAFS. Los resultados muestran la eficacia de la intervención psicológica frente al Grupo Control Lista de Espera en todas las variables dependientes medidas.

Palabras Clave: intervención temprana, tratamiento, niños y adolescentes, fobia social generalizada, muestra comunitaria, experimental, Programa IAFS.

Early intervention in children and adolescents with social phobia

The aim of this paper is to study the effects of psychological treatment Intervention of Adolescent with Social Phobia in version 10-14 years. The sample is composed by 45 children and adolescents (75,5% female; 24,5% male) with generalized social phobia and mean age was 12.02 years (SD = 1.44; range: 10-14 years). Participants were randomly assigned to two experimental conditions: 21 to the List Control Group and 24 to the IAFS condition. The results show significant changes in all the dependent variables assessed in the IAFS condition.

Key words: early intervention, treatment, children and adolescents, generalized social phobia, community sample, experimental, IAFS Program.

* El presente estudio ha sido financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (SEJ2004-01471/PSIC) y la ayuda de la Fundación Séneca, centro privado dentro del Plan de Ciencias y Tecnología de la Región de Murcia (01116/FPI/03).
Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. Apartado 4021. 30100 Espinardo. Correo electrónico: jorelx@um.es .
Original recibido: septiembre 2008. *Aceptación final:* enero 2009.

La fobia social se caracteriza por un miedo persistente y acusado a relacionarse con otros o actuar en público por temor a mostrar respuestas de ansiedad o a actuar de un modo que resulte humillante o embarazoso (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Se trata de un problema que presenta una elevada prevalencia tanto en población clínica como comunitaria, con porcentajes que oscilan entre el 2% y el 20% (así Tillfors, 2004), alcanzando en población adolescente española el 8.2 (Olivares, 2005). De hecho, la fobia social está entre los trastornos con mayores tasas de prevalencia junto a la depresión mayor y el consumo de alcohol (APA, 2000; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walter, 2005).

Respecto de la edad de inicio, Olivares, Rosa y Piqueras (2006) hallaron en España una edad de inicio promedio de 9.5 años, informada por adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años que cumplían los criterios para el diagnóstico de fobia social, mientras que autores como Beidel y Turner (2005) sitúan la edad de media de inicio entre los 11 y los 12 años. Los sujetos que informan un inicio del trastorno previo a los 14 años presentan un curso más crónico e insidioso, además de una mayor probabilidad de padecer algún trastorno comórbido y problemas en áreas que, como la académica y la relación social, se consideran muy importantes para el desarrollo socioafectivo del adolescente (véase Hayward, Wilson, Lagle, Kraemer, Pillen y Taylor, 2008 o Morris, Hirshfeld-Becker, Henin y Storch, 2004).

La relevancia clínica de la fobia social viene dada por su interferencia en el desempeño de la actividad cotidiana (Kessler, 2003; Wittchen y Fehm, 2003). Los estudios realizados muestran que los niños y adolescentes que presentan dificultades en las relaciones con sus iguales tienen un riesgo mayor de padecer problemas emocionales y sociales (véase Stein, Fuetsch, Müller, Hötler, Lieb y Wittchen, 2001 o Trianes, Blanca, García, Muñoz y Fernández, 2007). Así mismo, diferentes investigaciones han puesto de manifiesto la relevancia de las consecuencias negativas de este trastorno en el decremento del rendimiento académico (Bernstein, Bernat, Davis y Layne, 2008), con el consiguiente incremento del riesgo de abandono escolar o desarrollo de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Perroud *et al.*, 2007; Stein *et al.*, 2001). También repercute en el incremento de la probabilidad de iniciarse en el consumo de sustancias tóxicas (DeWit, McDonald y Oxford, 1999; Morris, Steward y Ham, 2005).

Todos estos hallazgos sitúan la intervención temprana en un lugar privilegiado para reducir/eliminar el impacto de este trastorno en el desarrollo de los niños, prevenir interferencias clínicamente significativas en el desarrollo del adolescente (Hayward *et al.*, 2008) y desajustes en la posterior actividad cotidiana del adulto (así Acarturk, Smit, de Graaf, van Straten, ten Have y Cuijpers, 2009; Hambrick, Turk, Heimberg, Schneier, Liebowitz, 2003 o Kessler, 2003).

En los últimos años el estudio de la fobia social en la infancia y la adolescencia ha suscitado un notable interés en la comunidad científica. Este interés se ha visto reflejado tanto en el ámbito epidemiológico (Kessler *et al.*, 2005; Swinbourne y Touyz, 2007) como en el de su evaluación y tratamiento (véase Beidel y Turner, 2005 y Rosa, Olivares e Iniesta, 2009). Pese a ello, a día de

hoy, siguen siendo escasos los programas de tratamiento desarrollados con la finalidad de intervenir tempranamente y es menor todavía el número de éstos sobre los que se han dado a conocer datos relativos a su eficacia en intervenciones realizadas en el marco comunitario. Uno de los programas que reúne las dos características señaladas es la *Intervención en Adolescentes con fobia social* (IAFS; Olivares, 2005), el cual se ha puesto a prueba de manera reiterada en intervenciones muy variadas que ofrecen respaldo empírico y experimental a su eficacia y eficiencia en adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años (Rosa *et al.*, 2009). También se ha estudiado su eficacia a través de revisiones cuantitativas (Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés y López-Gollonet, 2003; Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos y Orgilés, 2003), hallándose que los tamaños del efecto alcanzados por el IAFS no sólo son superiores al resto de los tratamientos con los que se ha comparado sino que su número de sesiones de tratamiento/entrenamiento es también menor.

Siguiendo con la investigación de los efectos de este paquete de tratamiento, la finalidad del presente trabajo es poner a prueba la eficacia de una adaptación del IAFS (Olivares y Sánchez-García, 2006), frente a un grupo control lista de espera, en un rango de edad en el que todavía no se ha aplicado: niños y adolescentes pertenecientes a una muestra comunitaria, con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, que cumplen los criterios para el diagnóstico de Fobia Social Generalizada (APA, 2000).

Método

Muestra

El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo en tres fases.

Primera fase. Tras obtener el permiso de la junta directiva de los centros y las asociaciones de padres de éstos, se administró la *Escala de Ansiedad Social para Niños Revisada* (SASC-R, La Greca y Stone, 1993) a 1235 alumnos de 5º y 6º cursos de Primaria y 1º y 2º cursos de Educación Secundaria Obligatoria, en 7 centros educativos públicos y concertados de la Región de Murcia, elegidos al azar de entre los existentes en zonas urbanas. De ellos 18 alumnos declinaron participar en el estudio, 27 fueron excluidos de los análisis estadísticos debido a la existencia de ítems incorrectamente contestados y 18 porque su edad era superior a los 14 años. La muestra definitiva estuvo integrada por 1172 participantes (51.6 % chicos y 48.4 % chicas), situados en el rango de 10-14 años ($M=11.93$; $DT= 1.103$).

Como no teníamos puntos de corte tomamos como referencia que la puntuación en el SASC-R fuera igual o superior a dos desviaciones típicas por encima de la media, calculada para cada una de éstas con los resultados de la muestra. Cumplieron este criterio 210 participantes (18%).

Segunda fase. Se aplicó la entrevista semiestructurada para los trastornos de ansiedad versión niños *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1997) resultando que cumplieron los criterios

para el diagnóstico de Fobia social 74 participantes, de los que 49 presentaban el subtipo de Fobia Social Generalizada –FSG– (60.81%) y 25 (39.19%) el de Fobia Social Específica –FSE–. De los 49 con FSG, 45 decidieron participar en el tratamiento y 4 lo rechazaron alegando motivos tales como interferencia en sus estudios y dificultad de desplazamiento. A todos los que presentaban FSE se les ofreció la posibilidad de recibir tratamiento en horario extraescolar.

La muestra definitiva quedó integrada por 45 participantes (34 chicas –75.5%– y 11 chicos –24.5%–) con una edad media de 12.02 años (DT=1.44; rango: 10-14 años), ninguno de los cuales había recibido ni estaba recibiendo tratamiento psicológico ni farmacológico para el tratamiento de la fobia social u otro trastorno psicológico o psiquiátrico.

Los padres y tutores de los participantes fueron informados pormenorizadamente del proceso de selección y aplicación del tratamiento. Así mismo, se les solicitó consentimiento escrito como una condición necesaria tanto para la participación de sus hijos como para la grabación audiovisual de las pruebas observacionales con fines estrictamente clínicos.

Diseño

Optamos por un diseño experimental, intersujetos y multivariado, integrado por dos condiciones, con medidas independientes en el factor tratamiento y medidas múltiples y repetidas en el factor evaluación.

Distribuimos a los participantes aleatoriamente en: (a) Grupo Control Lista de Espera (21 niños y adolescentes) y (b) Grupo IAFS (24 participantes distribuidos en tres unidades de tratamiento: tres grupos de ocho).

Procedimiento

Todos los participantes fueron evaluados en el pretest, en el postest y en un seguimiento realizado a los 6 meses; los componentes del grupo IAFS también fueron evaluados en un segundo seguimiento realizado a los 12 meses. Los integrantes del Grupo Control Lista de Espera comenzaron a recibir tratamiento psicológico después de haberse realizado esta primera evaluación de seguimiento. En cada evaluación se administró la versión modificada de la entrevista ADIS-IV-C (Silverman y Albano, 1997) y la SASC-R (La Greca y Stone, 1993); también se aplicaron dos tests situacionales: “Iniciar y mantener una conversación” y “Dar una charla improvisada”.

La aplicación de los instrumentos de evaluación fue realizada por dos pares de colaboradores independientes, previamente entrenados para tal fin. El primero realizó la evaluación pretest de ambas condiciones experimentales y la de seguimiento a los seis meses en el grupo IAFS; el segundo, la evaluación postest y la de seguimiento a los doce meses. Los investigadores tuvieron conocimiento del conjunto de los datos referidos a las distintas medidas cuando terminó la recogida de información relativa al segundo seguimiento del grupo IAFS.

– *Entrevista Semiestructurada de Trastornos de Ansiedad para Niños* (ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1997)

La ADIS-IV-C es una entrevista que permite efectuar tanto el diagnóstico de fobia social como su diagnóstico diferencial. El ADIS-IV-C ha mostrado tener una fiabilidad test-retest excelente (0,63-0,80) para los trastornos de ansiedad, incluida la fobia social (Silverman, Saavedra y Pina, 2001) y se ha informado, a su vez, de una gran concordancia entre evaluadores ciegos respecto del grupo al que pertenecían los niños (coeficientes de correlación que van de 0,82 a 0,95, -Wood, Piacentini, Bergman, McCracken y Barrios, 2002).

– *Escala de Ansiedad Social para Niños Revisada* (SASC-R; La Greca y Stone, 1993).

La SASC-R se desarrolló a partir de la conceptualización de Watson y Friend (1969) sobre la fobia social, quienes identificaron dos aspectos fundamentales de este trastorno en los adultos: el miedo a la evaluación negativa (FNE) y el miedo y la evitación social (SAD). La SASC-R consta de 22 ítems que se agrupan en tres subescalas: la subescala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), la subescala de Ansiedad y Evitación Social ante Extraños (SAD-N) y la subescala de Ansiedad y Evitación Social ante Gente en General (SAD-G). La SASC-R, así como sus tres subescalas (FNE, SAD-N y SAD-G) poseen buena fiabilidad y validez en su versión española (véase Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Sánchez-Arribas, 1999).

– *Pruebas Observacionales*

Se realizaron dos tests situacionales. En el primero, los participantes debían iniciar, mantener y finalizar una conversación con una persona desconocida durante un tiempo de tres minutos. Para ello empleamos colaboradores que tenían la misma edad que los participantes de cada una de las unidades de tratamiento (rango de 10 a 14 años), los cuales eran desconocidos para éstos y habían sido entrenados para mantener una postura neutra, indicándoseles que no debían ser ellos quienes iniciaran o mantuvieran la conversación, sino los participantes. El segundo test situacional tenía como objetivo evaluar las habilidades de los participantes para hablar en público. Durante tres minutos cada uno de ellos tenía que dar una charla improvisada sobre un tema a elegir entre cinco: internet, los teléfonos móviles, deportes, el instituto y la prensa del corazón. El auditorio estaba formado por tres personas, previamente entrenadas para permanecer atentas ante la charla pero sin proporcionar refuerzo social contingente a la exposición (movimientos de aprobación con la cabeza, breve sonrisa placentera, etc.). Se informó a los participantes que podían detener o dar por terminada su exposición antes de los tres minutos si así lo deseaban. Esta prueba se construyó siguiendo las directrices marcadas por Turner, Beidel, Dancu, y Keys (1986).

La actuación fue filmada y visualizada posteriormente de manera independiente por dos observadores previamente entrenados. Se utilizó el *Registro de Correlatos Psicofisiológicos y Motores de Ansiedad* (véase Olivares, 1990) para cada uno de los tests situacionales. Este registro posee 13 ítems, cada

ítem incluye 12 intervalos de observación de 15 segundos de duración; se registra la ocurrencia de la respuesta o secuencia de respuestas que se describe. En nuestro estudio tuvimos en cuenta el primer ítem “Falta de contacto ocular: no mira a los ojos del interlocutor durante el intervalo”.

Descripción del tratamiento

Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) versión 10-14 años

El Protocolo IAFS versión 10-14 años es una adaptación de la *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (IAFS; Olivares, 2005). Esta versión preserva la estructura y los componentes del formato original. Su finalidad es exponer a los participantes a las situaciones sociales temidas, utilizando para ello la transmisión de información (componente educativo), el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva. La exposición se inicia con la realización de actividades grupales y termina con la aplicación individual de lo entrenado en el contexto grupal (tareas para casa).

Como el Protocolo IAFS, la versión 10-14 años consta de cuatro componentes principales: el *Educativo*, en el que se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la Fobia Social, se planifican las conductas-objetivo (individuales) y se examinan las expectativas que tienen los participantes tanto para el tratamiento como para cada una de las conductas-objetivo propuestas por cada participante. El relativo al *Entrenamiento en Habilidades Sociales*, el cual integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades o el entrenamiento en hablar en público. También se incluyen ejercicios de flexibilidad cognitiva dirigidos a entrenar al participante en la génesis de alternativas. El tercer componente es la *Exposición*. El IAFS dedica diez de sus doce sesiones a la exposición, tanto en el contexto del grupo de entrenamiento, en el ámbito clínico, como de manera guiada en contextos naturales y en situaciones similares a las que ya se han practicado en el seno del grupo. Así, por ejemplo, para la exposición en el contexto clínico a situaciones como iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo o de distinto sexo emplea como coterapeutas a chicos y chicas desconocidos y de la misma edad de los participantes. Los coterapeutas están entrenados para que sepan cómo han de actuar en un conjunto de situaciones de alta frecuencia de ocurrencia, a fin de que no sean ellos los que lleven el peso de la relación. La exposición se complementa con el uso de la retroalimentación audiovisual, a la que se une el *feedback* de los compañeros. El cuarto componente lo integra la *Reestructuración Cognitiva*. Se utilizó una versión modificada y simplificada de la Terapia Racional Emotiva de Ellis. También se emplea el *video-feedback* en las sesiones dedicadas a hablar en público.

El tratamiento se aplica en 12 sesiones de entrenamiento en grupo, de 90 minutos de duración y periodicidad semanal.

Resultados

Para el estudio de las variables cuantitativas se realizaron análisis de varianza de medidas repetidas con los resultados del pretest, postest y seguimiento a los 6 meses; se utilizó el análisis de varianza de un factor para la comparación intergrupo. Se calcularon los tamaños del efecto (d , diferencia media tipificada entre las medias en el pretest de ambos grupos partido por la desviación típica conjunta; Hedges y Olkin, 1985) resultantes de comparar las diferencias entre Grupo IAFS y el Grupo Lista de Espera (GCLE). Los valores d_+ positivos reflejaban un mejor resultado del grupo IAFS respecto del GCLE. Los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 (2008) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevith, 2000). Para la significación clínica o práctica hemos tomado el criterio propuesto por Cohen (1988) en el que 0.2 se corresponde con un tamaño del efecto bajo, 0.5 con un tamaño medio y 0.8 con un tamaño alto.

En la tabla 1 se muestran las medias, las desviaciones típicas y los resultados de los análisis de varianza de medidas repetidas para la puntuación total de la SASC-R y sus subescalas.

TABLA 1. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y ANOVAS

		GRUPO CONTROL (N=21)		IAFS COMPLETO (N=24)		
		M	DT	M	DT	
Situaciones sociales temidas / evitadas	SASC-R	PRETEST	37.43	9.37	35.21	8.79
		POSTEST	34.86	5.39	17.17	6.99
		SEG-6 Meses	39.72	5.72	13.04	6.49
		SEG-12 Meses	---	---	10.88	5.67
		Resultados ANOVA	F(2,40) = 0.619; p = 0.544 Tendencia Lineal F(1,20) = 0.177; p = 0.678 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 1.662; p = 0.212		F(3,69) = 21.55; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,23) = 31.073; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 12.007; p = 0.002	
	FNE	PRETEST	17.76	11.48	17.50	7.27
		POSTEST	15.62	3.06	8.54	4.11
		SEG-6 Meses	19.62	5.09	6.25	4.29
		SEG-12 Meses	---	---	5.46	4.88
		Resultados ANOVA	F(2,40) = 1.894; p = 0.164 Tendencia Lineal F(1,20) = 0.635; p = 0.435 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 4.155; p = 0.095		F(3,69) = 16.963; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,23) = 25.248; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 9.056; p = 0.006	
SAD-N	PRETEST	12.62	7.30	10.94	5.29	
	POSTEST	10.95	3.89	5.75	2.57	
	SEG-6 Meses	11.86	5.52	5.42	2.31	
	SEG-12 Meses	---	---	4.08	2.78	
	Resultados ANOVA	F(2,40) = 0.697; p = 0.504 Tendencia Lineal F(1,20) = 0.272; p = 0.608 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 1.184; p = 0.289		F(3,69) = 18.094; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,23) = 29.423; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 6.950; p = 0.015		

(Continúa en página siguiente)

		GRUPO CONTROL (N=21)		IAFS COMPLETO (N=24)		
		M	DT	M	DT	
		Situaciones sociales temidas / evitadas	SAD-G	PRETEST	7.05	5.172
POSTEST	8.29			1.927	1.88	1.51
SEG-6 Meses	9.00			4.827	1.38	0.97
SEG-12 Meses	---			---	1.33	1.43
Resultados ANOVA	F(2,40) = 1.006; p = 0.375 Tendencia Lineal F(1,20) = 1.274; p = 0.272 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 0.103; p = 0.752		F(3,69) = 16.550; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,23) = 21.553; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 13.296; p = 0.001			
Total	PRETEST		10.81	4.25	10.38	3.34
	POSTEST		9.67	3.07	2.83	2.05
	SEG-6 Meses		9	2.07	3.33	2.69
	SEG-12 Meses		---	---	2.29	2.13
Resultados ANOVA	F(2,40) = 1.797; p = 0.179 Tendencia Lineal F(1,20) = 2.834; p = 0.108 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 0.107; p = 0.747		F(3,69) = 55.476; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,23) = 82.491; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,23) = 52.291; p = 0.000			
De actuación	PRETEST	4.67	2.10	4.21	1.67	
	POSTEST	4.52	1.40	1.54	1.17	
	SEG-6 Meses	4.05	1.46	1.50	1.53	
	SEG-12 Meses	---	---	1.04	1.33	
Resultados ANOVA	F(2,40) = 0.852; p = 0.434 Tendencia Lineal F(1,20) = 1.081; p = 0.311 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 0.267; p = 0.611		F(3,69) = 33.858; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,23) = 67.734; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,23) = 18.963; p = 0.000			
De relación	PRETEST	6.19	2.58	6.17	2.01	
	POSTEST	5.14	2.67	1.29	1.54	
	SEG-6 Meses	4.86	1.87	1.83	1.65	
	SEG-12 Meses	---	---	1.25	1.42	
Resultados ANOVA	F(2,40) = 1.843; p = 0.172 Tendencia Lineal F(1,20) = 3.613; p = 0.132 Tendencia Cuadrática F(1,20) = 0.335; p = 0.569		F(3,69) = 50.205 p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,23) = 60.57; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,23) = 60.174; p = 0.000			

SASC-R: Escala de Ansiedad Social para niños revisada

FNE: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Miedo a la evaluación negativa;

SAD-N: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Evitación Social ante Extraños y

SAD-G: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Evitación Social ante Gente en General.

Situaciones sociales temidas/evitadas de relación y actuación medidas a través de la Sección de Fobia Social de la Entrevista Semiestructurada de Trastornos de Ansiedad versión niños (ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1997)

Los participantes de la condición que recibió el tratamiento IAFS son los que presentan decrementos estadísticamente significativos en el postest en las variables dependientes medidas, que se mantienen en los seguimientos a los 6 y 12 meses. Por lo que respecta al Grupo Control, los datos revelan que no se producen cambios significativos en los distintos momentos en los que se tomaron medidas. Con respecto a la puntuación en la SASC-R, se produce una mejoría muy notable en el Grupo IAFS en el postest, que se mantiene en el seguimiento,

hallándose diferencias estadísticamente significativas en los tres momentos en los que se tomaron medidas (véase la Tabla 1), en el componente cognitivo medido a través de la FNE, en el componente de evitación a la gente en general y el relativo a situaciones nuevas (subescalas SAD-G y SAD-N, respectivamente).

Con respecto al número de situaciones sociales temidas o evitadas, medidas a partir de la sección de fobia social de la entrevista ADIS-IV-C, se produce una reducción del número medio de situaciones sociales informadas por los participantes (véase en Tabla 1). Los datos muestran que la condición IAFS es la que presenta en el postest una reducción significativa del número de situaciones sociales, tanto de actuación como de relación. Dichos beneficios se incrementan algo en los seguimientos a los 6 y 12 meses.

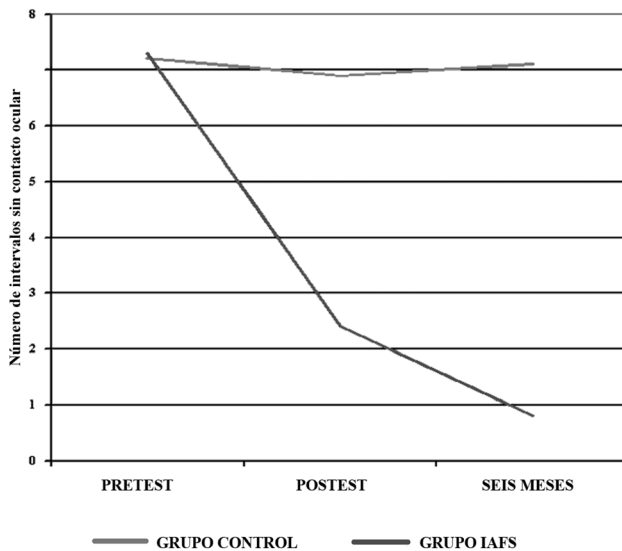


Figura 1. Medias de número de intervalos sin contacto ocular del Test situacional: “Iniciar y mantener una conversación”

Respecto a las pruebas observacionales (“Dar una charla improvisada” e “Iniciar y mantener una conversación”), en las figuras 1 y 2 aparecen las puntuaciones promedio de los intervalos en los que no se produjo el contacto ocular. Como puede observarse en el Grupo IAFS se produce un notable descenso del número de intervalos en ambos tests situacionales, tanto en el postest como en los seguimientos a los 6 meses y 12 meses. Se constatan diferencias estadísticamente significativas en la situación “Iniciar y mantener una conversación” [$F(1,23) = 79.423$; $p = 0.000$]. En cambio en el Grupo Control Lista de Espera no se presentan diferencias con significación estadística [$F(1,20) = 3.308$; $p = 0.127$].

Respecto a la situación “Dar una charla improvisada”, en el grupo de tratamiento se producen cambios estadísticamente significativos [$F(1,23) =$

257.800; $p = 0.000$], pero en el Grupo Control Lista de Espera no se presentan diferencias estadísticamente significativas [$F(1,20) = 0.1973$; $p = 0.113$] (véase la figura 2), tal como sucedía en la otra prueba situacional.

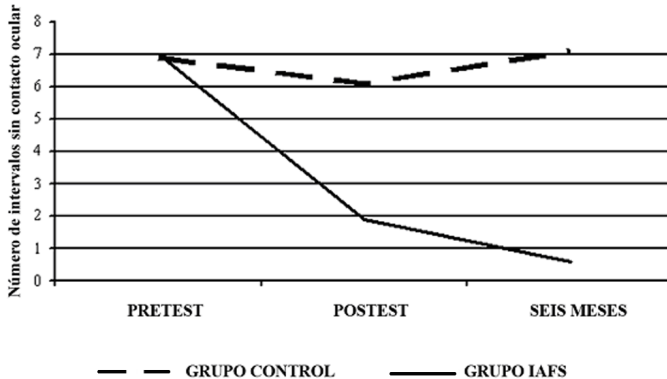


Figura 2. Medias de número de intervalos sin contacto ocular del Test situacional: “Dar una charla”

Respecto de las comparaciones entre las dos condiciones, los resultados de los análisis de varianza fueron estadísticamente significativos tanto en el posttest como en el seguimiento a los 6 meses para todas las variables analizadas (véase la tabla 2). Se comprobó el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene, no resultando significativa.

Por último, se calcularon los tamaños del efecto (véase la tabla 3). Obsérvese que todos los valores de d son positivos.

TABLA 2. RESULTADOS DEL ANOVA EN EL POSTEST Y SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES PARA ESTUDIAR DIFERENCIAS INTERGRUPOS EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES

	Postest	Seguimiento: 6 meses
	F(1,44)	F(1,44)
SASC-R	60.157 **	32.240 **
FNE	35.799 **	32.885 **
SAD-G	78.630 **	61.045 **
SAD-N	28.619 **	27.350 **
<i>Situaciones sociales temidas o evitadas</i>		
Total	41.814 **	91.236 **
De Actuación	155.956 **	57.422 **
De relación	98.622**	207.692 **
<i>Tests situacionales</i>		
“Charla”	54.702 **	91.925 **
“Conversación”	39.103 **	107.150 **

** Diferencias estadísticamente significativas ($P \geq .001$)

SASC-R: Escala de Ansiedad Social para niños revisada

FNE: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Miedo a la evaluación negativa;

SAD-N: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Evitación Social ante Extraños y

SAD-G: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Evitación Social ante Gente en General.

Situaciones sociales temidas/evitadas de relación y actuación medidas a través de la Sección de Fobia Social de la Entrevista Semiestructurada de Trastornos de Ansiedad versión niños (ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1997).

TABLA 3. DIFERENCIAS DE LOS TAMAÑOS DEL EFECTO ALCANZADOS EN EL POSTEST Y SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES

	<i>Situaciones sociales temidas / evitadas</i>					<i>Tests situacionales</i>				
	<i>SASC-R</i>	<i>FNE</i>	<i>SAD-G</i>	<i>SAD-N</i>	<i>Total</i>	<i>De actuación</i>	<i>De relación</i>	<i>Contacto ocular</i>	<i>Charla</i>	<i>Conversación</i>
<i>POSTEST</i>	2.98	1.61	2.77	2.83	2.59	2.53	2.89	1.85	1.21	1.95
<i>SEGUIMIENTO: 6 MESES</i>	3.17	1.98	2.16	2.65	2.42	1.93	2.08	1.96	1.32	2.36

SASC-R: Escala de Ansiedad Social para niños revisada

FNE: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Miedo a la evaluación negativa;

SAD-N: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Evitación Social ante Extraños y

SAD-G: Subescala de la Escala de Ansiedad Social para niños revisada: Evitación Social ante Gente en General.

Situaciones sociales temidas/evitadas de relación y actuación medidas a través de la Sección de Fobia Social de la Entrevista Semiestructurada de Trastornos de Ansiedad versión niños (ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1997).

Discusión

Como puede observarse en las tablas 1, 2 y 3 se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo IAFS y el GCLE en todas las variables medidas, lo que parece apoyar la bondad de la adaptación que se ha realizado del IAFS para su aplicación en el rango 10-14 años, frente al no tratamiento.

Así, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la condición experimental y el Grupo de control en las medidas del SPAI-C y la SASC-R, en el postest y en el seguimiento realizado a los 6 meses. Estos datos son consistentes con los obtenidos en otras investigaciones previas realizadas por autores españoles (Olivares, Rosa y Vera-Villaruel, 2003 o Palomares, 2006) y con los informados por otros investigadores como Beidel, Turner y Morris (2000) o Chavira y Stein, (2002) en muestras de adolescentes.

De igual modo, como puede verse en la Tabla 1, los participantes que recibieron tratamiento reducen significativamente el número de situaciones sociales temidas o evitadas tanto de actuación como de relación entre pretest y el seguimiento a los 6 meses, sin embargo esto no ocurre entre los participantes del GCLE; en el grupo IAFS este decremento en relación con el pretest prosigue en el seguimiento realizado a los 12 meses en ambas modalidades de respuesta: actuación y relación. Estos resultados coinciden con los hallados por otros estudios que han utilizado puntuaciones equivalentes a través de las escalas de severidad clínica tanto con población adolescente española (así Amorós, 2006) como con población infantojuvenil de otros contextos culturales (véase por ejemplo Massia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor y Klein, 2007).

También se constata que el grupo tratado presenta un incremento significativo del contacto ocular del pretest al postest y en los seguimientos a los 6 y

12 meses, en los dos tests situacionales; en cambio, los miembros del GCLE evitan el contacto ocular en más del 50% de los intervalos temporales registrados (véanse las figuras 1 y 2). Estos datos son consistentes con los hallados por Palomares (2006) y Ruiz (2003) en población adolescente española.

Como era de esperar, también se aprecia una magnitud mayor de los tamaños del efecto en todas las variables dependientes en la condición experimental frente al GCLE.

Por todo ello podemos concluir que se produce una mejoría en los participantes que recibieron tratamiento en todas las variables dependientes controladas, hecho que nos lleva a sostener que el IAFS parece mostrarse eficaz cuando se aplica a niños y adolescentes con Fobia Social Generalizada dentro del rango de edad de nuestra muestra.

En consecuencia, los resultados del presente estudio piloto invitan al diseño de nuevas investigaciones en las que se ponga a prueba el Programa IAFS, en el tratamiento de la Fobia Social Generalizada entre los 10 y los 14 años, manipulando otras variables tales como: el estudio del efecto de la reducción vs. incremento del número de sesiones de tratamiento; la duración o intensidad de la exposición; el sexo y la experiencia de los terapeutas en la aplicación de esta modalidad de tratamiento (así, por ejemplo, psicólogos inexpertos frente a psicólogos especialistas en este trastorno); el papel de la participación de los padres que a estas edades puede resultar relevante como responsables de la aplicación de todo o parte del Programa bajo la supervisión y orientación del psicólogo; el complemento del seguimiento individual al tratamiento en grupo (véase Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2008); la composición de las parejas de los terapeutas y coterapeutas; la aplicación en grupo o individualmente del Programa; el tamaño de los grupos de tratamiento (véase Ruiz, 2003); el desmantelamiento de los distintos componentes que integran el Programa, etc.

Entre las limitaciones del presente estudio hay que señalar el tamaño de la muestra y su representación, por lo que la generalización de los resultados queda limitada a las características de nuestros participantes: zonas urbanas de la Región de Murcia. De igual modo, hay que indicar que en este estudio no se ha dispuesto de información respecto de la validez social de los cambios; es decir, no hemos podido contrastar los datos proporcionados por las medidas de autoinforme y los tests situacionales con las obtenidas a partir de la información proporcionada por observadores privilegiados del comportamiento de los chicos y chicas a estas edades, como son padres y profesores pese a contar con excelentes indicios al respecto (véase Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2007), por poner dos ejemplos. De igual modo es una carencia de este estudio no haber contado con datos relativos a los cambios que se hayan podido producir en el contexto del grupo-clase al que pertenecen nuestros participantes; el empleo de un sociograma antes, durante y después de terminado el tratamiento (incluidas las medidas de seguimiento) hubiera ofrecido información muy relevante para valorar el efecto del tratamiento en la dinámica de la relación entre los participantes con fobia social y el resto de los miembros de su grupo de clase.

REFERENCIAS

- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M. & Cuijpers, P. (2009). Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: a model for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 62-70
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición, texto revisado). Washington, DC: APA.
- Amorós, M. (2006). *Efectos de la eliminación de los componentes de reestructuración cognitiva y focalización de la atención en la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS)*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- 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. & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Bernstein, G. A., Bernat, D. H., Davis, A. A. & Layne, A. N. (2008). Symptom presentation and classroom functioning in a nonclinical sample of children with social phobia. *Depression and Anxiety*, 25, 752-760.
- 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associated
- DeWitt, D. J., McDonald, K. & Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R. & Liebowitz, M.R. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 18, 46-50, 2003.
- Hayward, C., Wilson, K. A., Lagle, K., Kraemer, H. C., Killen, J. D. & Taylor, C. B. (2008). The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depression and Anxiety*, 25 (3), 200-206.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 19-27.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demier, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- La Greca, A. M. & Stone, W. L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- 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.
- Morris, E. P., Steward, S. H. & Ham, L.S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 25, 734-760.
- Morris, T. L., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A. & Storch, E. A. (2004). Developmentally sensitive assessment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 13-28.
- Olivares, J. (1990). *Variables de personalidad relevantes en la construcción social de la inteligencia*, Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Olivares, J. (2005) (Dir. y Coord.). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Vera-Villaruel, P. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.
- Olivares, J., 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., 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 el SPAI-C. *Análisis y Modificación de conducta*, 29, 589-616.
- 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 effects of groups treatment of adolescents with social phobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 465-481.

- Olivares, J. & Sánchez-García, R. (2006). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social. Versión 10-14 años*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Manuscrito sin publicar.
- Palomares, A. (2006). *Efectos de la tutoría en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada mediante el programa IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Perroud, N., Baud, P., Preisig, M., Etain, B., Bellivier, F., Favre, S., Reber, N., Ferrero, F., Leboyer, M. & Malafosse, A. (2007). Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *Bipolar Disorders*, 9, 713-721.
- Rosa, A. I., Olivares-Olivares, P. J. & Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 23-42.
- Rosenberg, M., Adams, D. C., & Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Ruiz, J. (2003). *Estudio de las relaciones entre eficacia y eficiencia de la intervención en adolescentes con fobia social (IAFS), en función del tamaño del grupo*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. & Sánchez-Arribas, C. (1999). Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R): Fiabilidad, Validez y datos normativos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 827-847.
- Silverman, M. K., & Albano, A. M. (1997). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M. & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Hötler, M., Lieb, R. & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Swinbourne, J. M. & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, 15, 253-274.
- Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic-Journal-of-Psychiatry*, 58, 267-276.
- Trianes, M.V., Blanca, M.J., García, B., Muñoz, A. & Fernández, F. (2007). El comportamiento infantil asertivo ante adultos: un examen de relaciones entre variables y fuentes. *Infancia y Aprendizaje*, 30, 163-182.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-45.
- Wittchen H.U. & Fehm, P. (2003). Epidemiological and natural course of social fears and social phobia. *Acta of Psychiatry Scandinavia*, 108, 4-18.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, L. R., McCracken, J. & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 335-342.