

EFFECTOS A CORTO Y MEDIO PLAZO DEL TRATAMIENTO DE UNA ADOLESCENTE CON FOBIA SOCIAL

J.A. Piqueras Rodríguez
J. Olivares Rodríguez
A.I. Rosa Alcázar

Universidad de Murcia. España

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar si la aplicación de la versión actual de un programa de tratamiento cognitivo-conductual utilizado para tratar adolescentes con fobia social generalizada en grupo resulta igualmente eficaz cuando es utilizado en formato individual. Con este fin presentamos los datos del tratamiento de una adolescente que cumplía los criterios para el diagnóstico de fobia social generalizada, según criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002), a la vez que presentaba comorbilidad con otros trastornos secundarios de los ejes I y II. Los resultados muestran la eficacia tanto a corto como medio plazo de la intervención, reflejada en la remisión completa de las situaciones sociales temidas o evitadas,

Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda de la Fundación Séneca al Proyecto PI-54/00864/FS/01 y a la Beca de Postgrado para la Formación del Profesorado Universitario AP2000-2887 del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Edificio Luis Vives, Campus Universitario de Espinardo. Universidad de Murcia, Apdo. 4021, 30080 Espinardo, Murcia (España). E-mail: jorelx@um.es; Teléfono: 968363976.

así como en las medidas específicas de la ansiedad social y de otros constructos relacionados (adaptación, autoestima, habilidades sociales y asertividad). Por tanto, los datos apoyan la eficacia de dicho programa en el tratamiento individual.

Palabras clave: ADOLESCENCIA, FOBIA SOCIAL, TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL, SEGUIMIENTO.

SUMMARY

The aim of this study is to evaluate if the application of the current version of a cognitive-behavioral group therapy, utilized to treat adolescents with generalized social phobia, turns out to be likewise efficient when is utilized in individual format. So that, we provide data concerning to the treatment of a female adolescent who met criteria for the diagnosis of generalized social phobia, according to the criteria of the DSM-IV-TR, at the same time that presented comorbidity with other secondary diagnosis of the axis I and II. Results show the effectiveness so much to short-term as intermediate-term of the intervention. It can be observed on the total remission of the threatened and avoided social situations, as well as on the specific social anxiety measures and other related constructs (adjustment, self-esteem, social skills and assertiveness). Therefore, data support the efficacy of this program in the individual treatment of social phobia.

Key words: ADOLESCENCE, SOCIAL PHOBIA, COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT, FOLLOW-UP

INTRODUCCIÓN

La fobia social, también denominada trastorno de ansiedad social, se define como un "temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás" (DSM-IV-TR; APA, 2002). Dentro de esta categoría diagnóstica el DSM-IV-TR distingue

dos subtipos: generalizada (FSG en adelante) y no-generalizada. La característica definitoria más relevante en esta clasificación nosológica para diagnosticar FSG es "que los temores hagan referencia a la mayoría de las situaciones sociales" (pp. 509-510).

Los diferentes estudios publicados indican que la fobia social es uno de los trastornos de la conducta más frecuentemente diagnosticados en la población infantil y adolescente (Albano, Detweiler y Logsdon-Conradsen, 1999; Beidel y Turner, 1998 y Wittchen, Stein y Kessler, 1999). Así mismo, se constata una elevada comorbilidad entre este diagnóstico y otros trastornos de los ejes I y II del DSM-IV-TR (v.gr., Beidel, Turner y Morris, 1999; Stein *et al.*, 2001), así como un curso persistente (Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Wissman, 1992). Por otra parte, diversas investigaciones también han puesto de manifiesto una elevada probabilidad de ocurrencia de consecuencias negativas para los adolescentes con fobia social, especialmente en el área académica, las relaciones interpersonales, la depresión y el área de psicología de la salud. En cuanto a la primera, varios estudios han señalado las consecuencias negativas en el rendimiento académico debido a la evitación de la participación en clase, la presentación de trabajos en público y la realización de preguntas al profesor sobre sus dudas incluso en privado (APA, 2002; Beidel y Turner, 1998). También es significativo el deterioro de las relaciones interpersonales como efecto de la creencia de que son menos aceptados socialmente (Beidel y Turner, 1998; La Greca y Lopez, 1998). Finalmente, la probabilidad de recibir refuerzo social se minimiza a causa de la evitación de situaciones sociales, lo cual incrementa tanto el riesgo de sufrir depresión (Stein *et al.*, 2001) como una mayor probabilidad de iniciarse y abusar del consumo de sustancias tóxicas (v.gr., DeWit, McDonald y Offord, 1999) o ambas cosas a la vez (Lépine y Pélissolo, 1998).

Otro factor relevante es su temprana edad de inicio, la cual se sitúa entre los 8 y los 16 años según diferentes estudios (v.gr., Beidel y Turner, 1998; Jiménez, Sáiz, Bascarán e Iglesias, 1999; Wittchen, Stein y Kessler, 1999).

A pesar de la relevancia de todos estos datos, no ha sido hasta fechas muy recientes cuando se ha comenzado a mostrar un verdadero interés en el estudio de este problema en la población infanto-

juvenil (Albano *et al.*, 1999; Kashdan y Herbert, 2001; Velting y Albano, 2001). Las primeras publicaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos en la infancia/adolescencia son muy recientes (v.gr., Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow, 1995; Beidel, Turner y Morris, 2000; Olivares y García-López, 2001). De hecho, los datos de una revisión cuantitativa reciente realizada por Olivares, Rosa *et al.* (2002) acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos en los problemas de relación social, muestra que en la actualidad sólo existen cinco programas de tratamiento específicos para la fobia social infantil y juvenil, algunos de los cuales tan sólo cuentan con un estudio publicado. Tales tratamientos son el *CBT* (*Cognitive Behaviour Therapy*; Spence, 1995), el *CBGT-A* (*Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents*; Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow, 1995); el Protocolo *IAFS* (*Protocolo para la Intervención en Adolescentes con Fobia Social*; Olivares *et al.*, 2003); el *SASS* (*Skills for Academic and Social Success*; Masia, Klein, Storch y Corda, 2001); el *SET-Asv*, (*Social Effectiveness Therapy for Adolescents - Spanish version*; Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998 y el *SET-C* (*Social Effectiveness Therapy for Children*; Beidel, Turner y Morris, 1998).

El objetivo del presente trabajo consistió en verificar en qué medida la aplicación del Protocolo *IAFS* diseñado para el tratamiento en grupo podía ser eficaz para el tratamiento individualizado de una adolescente que cumplía los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de fobia social generalizada. La adolescente completó este protocolo en su última versión (véase Olivares *et al.*, 2003).

Tomando como referencia tanto el objetivo formulado como los resultados de trabajos previos formulamos las siguientes hipótesis:

- 1) Con carácter general esperábamos que la adolescente: (i) dejara de cumplir los criterios de fobia social tras la intervención; (ii) mantuviera las ganancias derivadas del tratamiento en el seguimiento; (iii) redujese su frecuencia de evitación de situaciones sociales fóbicas; (iv) disminuyera el grado de malestar experimentado a la hora de realizar las conductas-objetivo propuestas por ella misma; (v) mantuviera las ganancias alcanzadas como consecuencia del tratamiento.

2) En relación con las variables dependientes medidas por las escalas e inventarios específicos utilizados esperábamos que: (i) se mantuvieran las mejorías alcanzadas en el posttest en el seguimiento; (ii) disminuyesen las puntuaciones de las medidas: (a) generales de la ansiedad social tras el tratamiento; (b) relativas a las respuestas cognitivas y motoras; (c) que valoran el miedo a ser evaluado y/o observado por otros durante actividades cotidianas; (d) específicas del miedo a hablar en público; (e) respecto de las autoverbalizaciones negativas; (f) relativas al grado de malestar experimentado mientras se habla en público.

3) Respecto de las variables registradas relacionadas con el constructo de fobia social, esperábamos que el tratamiento tuviera un efecto positivo en las medidas de la asertividad, las habilidades sociales, la autoestima y la adaptación.

4) Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en estudios previos (véase Olivares y García-López, 2001), en los que se ha constatado una elevada tasa de remisión del trastorno de personalidad por evitación y en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo que presentaban los sujetos, tras el tratamiento fobia social generalizada, esperábamos que la intervención también tuviera un efecto positivo, al menos, en estos trastornos comórbidos.

MÉTODO

Sujeto

La paciente fue una adolescente de 14 años que cumplía los criterios de fobia social y presentaba comorbilidad con otros trastornos secundarios del Eje I y del Eje II, según una entrevista semiestructurada de trastornos de ansiedad basada en el DSM-IV (ADIS-IV-L, Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). Esta adolescente mostraba ansiedad ante un número elevado de situaciones de actuación (beber, comer, hablar en público, usar aseos públicos y establecer citas) y también en una situación de relación social, "asistir a fiestas o reuniones sociales". La situación más intensamente temida era hablar en público y el principal temor "Que piensen mal de mí".

La edad de inicio del problema se situó en torno a los 10 años, coincidiendo con el cambio de residencia de la familia desde su ciudad natal a la actual, por motivos laborales. Otros datos relevantes fueron la constatación de que no existía una historia previa de consumo de sustancias tóxicas y su comportamiento de aislamiento social respecto a sus iguales.

Con relación a los trastornos asociados al diagnóstico principal de fobia social, cumplía criterios para el trastorno por estrés postraumático agudo y fobia específica (diagnósticos secundarios del Eje I) y para los trastornos de personalidad por evitación y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Eje II).

También se investigó la existencia de antecedentes de este problema en la familia. La información relativa a los padres mostró que tanto la madre como el padre presentaban historias personales de dificultades a la hora de relacionarse con otras personas, las cuales también se mantenían en la actualidad. Esta información fue contrastada mediante la aplicación de la subescala de fobia social del ADIS-IV (Di Nardo *et al.*, 1994) a los padres; la madre cumplía los criterios para el diagnóstico de fobia social específica (hablar en público) en el momento del inicio de tratamiento y de fobia social generalizada en el pasado, el padre cumplía los criterios para el diagnóstico de fobia social generalizada tanto en el pasado como en el presente.

La cliente es la mayor de los dos hijos de la familia, cursa tercero de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) en un colegio privado de la Región de Murcia, en el momento en el que se inicia el tratamiento, siendo su expediente académico excelente. El padre trabaja como funcionario de correos y la madre como administrativa, aunque actualmente se encuentra cobrando subsidio por desempleo. El nivel educativo y socioeconómico de la familia es medio.

Diseño

Se utilizó un diseño de caso único, con medidas repetidas antes, después de la aplicación del tratamiento y en el seguimiento (a los 6 meses).

Evaluación

La evaluación consistió en la aplicación de una batería de pruebas en tres momentos temporales: antes de comenzar la intervención, inmediatamente después del tratamiento y a los 6 meses de su terminación. A continuación se ofrece un breve resumen de cada una de estas pruebas:

“Inventario de Ansiedad y Fobia Social” (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). Este inventario consta de 45 ítems que miden fobia social y agorafobia. Incluye tres puntuaciones: la puntuación de la subescala de fobia social, la de la subescala de agorafobia y la puntuación diferencia, resultado de la resta de las anteriores. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 puntos, en donde 1 es nunca y 7 es siempre. El rango oscila entre 0 y 192. A mayor puntuación, mayor severidad en las respuestas de ansiedad social.

“Escala de Ansiedad Social para Adolescentes” (*Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A*; La Greca y López, 1998). Adaptado a población española por nuestro equipo, éste instrumento ha mostrado valores psicométricos adecuados (v.gr. Olivares, García-López, Hidalgo *et al.*, 2002). Esta escala incluye ítems relativos al componente cognitivo y motor de la ansiedad social. El formato de respuesta es una escala Likert de 5 puntos. A mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad social.

“Entrevista Semiestructurada de Trastornos de Ansiedad” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Versión, ADIS-IV-L*; Di Nardo *et al.*, 1994). Este es el instrumento más extenso de los empleados en la fase de evaluación y diagnóstico. Evalúa los siguientes trastornos mentales: trastorno por pánico, agorafobia, fobia social, trastorno de personalidad por evitación, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, depresión mayor, trastorno distímico, abuso/dependencia de alcohol y abuso/dependencia de sustancias. Además del número de situaciones de ansiedad social, que fueron tomadas como variable dependiente, nos sirvió para analizar la comorbilidad.

“Escala Ansiedad ante la Interacción Social” (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*) y Escala de Fobia Social (*Social Phobia Scale,*

SPS) (Mattick y Clarke, 1998). Estas escalas fueron diseñadas para medir los subtipos de fobia social generalizada y no-generalizada siguiendo criterios DSM-III-R y/o DSM-IV (APA, 1987, 1994, respectivamente). La SPS evalúa el miedo a ser evaluado u observado por otros durante actividades cotidianas (v.gr., comer, beber, escribir, hablar en público), mientras el SIAS mide la ansiedad relacionada con las relaciones con otros (v.gr., iniciar y mantener conversaciones).

"Cuestionario de Confianza para Hablar en Público" (*Personal Report of Confidence as Speaker, PRCS*; Paul, 1966). El objeto de incluir esta escala es evaluar el miedo a hablar en público, un componente presente en los sujetos con fobia social. A mayor puntuación, mayor nivel de confianza ante la situación de hablar en público. Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) han constatado su utilidad en población adolescente española.

"Escala de Autoestima" (*Society and Adolescent Self Image, SASI*; Rosenberg, 1965). Este instrumento tiene desde sus orígenes el objetivo de evaluar el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma.

"Escala de Inadaptación" (*EI*, Echeburúa y Corral, 1987a). 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.

"Escala de Asertividad de Rathus" (*Rathus Assertiveness Schedule, RAS*; Rathus, 1973). Esta escala mide el comportamiento social autoafirmativo del sujeto, o dicho de otro modo, la capacidad que tienen los sujetos para defender sus derechos.

"Autorregistro de Conductas-Objetivo" (Echeburúa y Corral, 1987b). Este autoinforme tiene por objetivo que los sujetos especifiquen cinco conductas que desean mejorar tras la intervención, pero a su vez el autoinforme también permite una planificación terapéutica "a la medida" del paciente, por lo que parece mostrarse muy sensible al cambio terapéutico (Echeburúa, 1995).

"Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes" (*CHSPA*; Inglés Martínez, Méndez e Hidalgo, 1998). Esta escala consta de 40 ítems que evalúan las habilidades sociales en 4 áreas: instituto, amigos, familia y calle. El rango de las puntuaciones varía entre 0

(ninguna dificultad) y 4 (máxima dificultad). Una puntuación elevada en esta escala indica un déficit de habilidades sociales.

“Autoverbalizaciones Durante la Situación de Hablar en Público” (*Self-Statements During Public Speaking, SSPS*; Hofmann y DiBartolo, 2000). La construcción de este instrumento tuvo la finalidad de paliar la carencia de este tipo de pruebas cuando un sujeto se somete a una actuación ante una audiencia e intenta medir las autoafirmaciones del sujeto y el grado de malestar experimentado mientras habla en público. Los diez ítems que conforman la escala se dividen en dos subescalas: la primera de ellas, la subescala de autoverbalizaciones negativas (SSPS-N) contiene 5 ítems con autoafirmaciones negativas y la segunda, autoverbalizaciones positivas (SSPS-P) contiene 5 ítems con autoafirmaciones positivas.

Procedimiento

El Protocolo IAFS (véase Olivares *et al.*, 2003) consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de duración y periodicidad semanal. Este tratamiento tiene por finalidad entrenar a los sujetos en habilidades sociales y en técnicas de reestructuración cognitiva mediante la realización de actividades grupales de entrenamiento en el contexto clínico para llevar a cabo las tareas de exposición. El entrenamiento en grupo se combina con sesiones complementarias y opcionales de entrenamiento individualizado. El programa incluye una primera sesión informativa/educativa en la que se informa de las normas de funcionamiento del programa, se proporcionan los horarios y teléfonos de interés, se presenta el concepto de ansiedad social y el modelo explicativo de la fobia social, y se introduce y comenta la relevancia de las tareas para casa entre otras cuestiones. Ya en esta misma sesión se distribuye una cinta de vídeo que contiene una grabación en la que aparece una audiencia grabada (simbólica), la cual se utiliza para que el sujeto, frente a su televisor, realice ante la audiencia que aparece en la pantalla el entrenamiento de la focalización de la atención a señales facilitadoras propias de la situación de hablar en

público. Posteriormente se entrena en grupo a los sujetos en habilidades sociales y técnicas de reestructuración cognitiva (combinación de elementos de las terapias de Beck y Ellis). Simultáneamente, a partir de la tercera sesión se realizan sesiones grupales de exposición a situaciones de iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo o distinto sexo (utilizando coterapeutas cómplices del terapeuta y desconocidos para los sujetos), entrenamiento en asertividad y, finalmente, se entrena a los sujetos para hablar en público (exposición oral frente a los compañeros y terapeutas, filmadas para proporcionar *feedback* audiovisual junto al de los compañeros). El uso del *feedback* audiovisual tiene lugar en 9 de las 12 sesiones que integran el tratamiento (sesiones de la 3 a la 12). En la última sesión se incluye un apartado relativo a la prevención de "recaídas".

RESULTADOS

Para realizar los análisis de los resultados se tuvieron en cuenta las puntuaciones directas para cada una de las medidas en los diferentes momentos temporales, así como el cumplimiento de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos explorados por el ADIS-IV-L (Di Nardo *et al.*, 1994).

Así, en primer lugar, se pudo constatar que el sujeto dejó de cumplir los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social (APA, 2002), tanto en el postest como en el seguimiento a los 6 meses.

Los datos obtenidos a través de la Escala de Conductas-Objetivo de Echeburúa y Corral (1987b) relativos al grado de dificultad ante el afrontamiento de situaciones sociales fóbicas, la evitación y el malestar (véase Fig.1) también mostraron una notable mejoría entre la evaluación del pretest y la del postest. Además estos beneficios de la intervención se mantuvieron en el seguimiento.

Respecto a las medidas relativas a la ansiedad social general las puntuaciones obtenidas mostraron una disminución significativa, manteniéndose en el seguimiento a los 6 meses (véase tabla núm. 1).

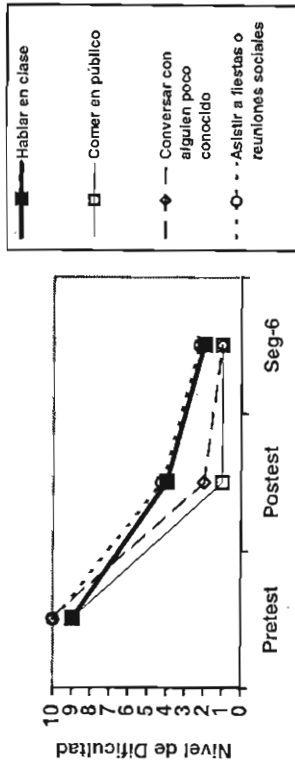


Figura 1.- Nivel de Dificultad para las situaciones fijadas por el sujeto en el Autorregistro de Conductas-Objetivo de Echeburúa.

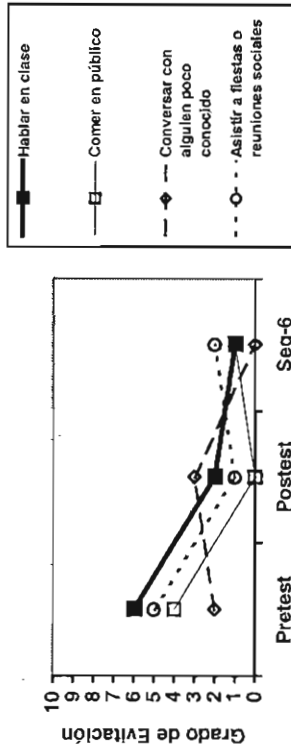


Figura 2.- Grado de Evitación para las situaciones fijadas por el sujeto en el Autorregistro de Conductas-Objetivo de Echeburúa

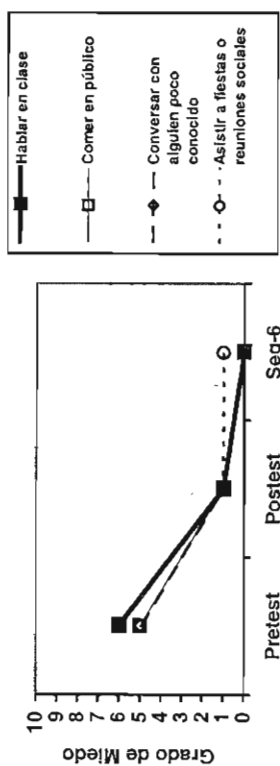


Figura 3.- Grado de Malestar para las situaciones fijadas por el sujeto en el Autorregistro de Conductas-Objetivo de Echeburúa.

Tabla 1.- Resultados obtenidos a través de los autoinformes en el pretest, postest y en el seguimiento a los 6 meses.

Variables Registradas	Autoinformes	Rango de puntuaciones	Pretest	Postest	Seguimiento
Ansiedad Social General	SPAI, FS	0-192	99,55	30,62	19,32
	SPAI, Diferencia	0-192	87,55	22,62	13,22
	SAS-A Total	(18-90)	77	40	34
Respuestas de Evitación Social	SAS-A (SAD-N)	(6-30)	28	15	11
	SAS-A (SAD-G)	(4-20)	14	7	7
Componente Cognitivo	SAS-A (FNE)	(8-40)	35	18	15
	SSPS	(0-50)	33	1	4
	PRCS	(0-180)	75	139	122
Ansiedad Social ante la Interacción	SIAS	(0-80)	56	26	17

Tabla 1.- (Continuación)

Ansiedad Social ante la Actuación	SPS	(0-80)	33	9	5
Inadaptación	EI	(6-36)	17	8	8
Autoestima	SASI	(10-40)	27	26	38
Déficit Habilidades Sociales	CHSPA	(0-160)	90	42	26
Asertividad	RAS	(-90/+90)	-48	11	5

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; SPAI-FS: Subescala Fobia Social; SPAI-Diferencia: Subescala Diferencia.
 SAS-A: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; SAS-A (FNE): Subescala de Miedo a la Evaluación Negativa; SAS-A (SAD-N): Subescala de Malestar y Evitación Social ante Extraños; SAS-A (SAD-G): Subescala de Malestar y Evitación social ante Gente en General.
 SSPS: Autoverbalizaciones ante una situación para hablar en público; PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público;
 SIAS: Escala de Ansiedad ante Interacciones Sociales; SPS: Escala de Fobia social; EI: Escala de Inadaptación; SASI: Escala de Autoestima; CHSPA: Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes; RAS: Escala de Asertividad.

Los efectos positivos de la intervención se ponen de manifiesto también en las medidas proporcionadas por los instrumentos que evalúan el componente cognitivo de la fobia social (SASA- FNE, subescala de Miedo a la Evaluación Negativa; SSPS y PRCS) y las respuestas de evitación social (SAS-A-SAD-N, Subescala de Malestar y Evitación Social ante Extraños y; SAS-A/SAD-G, subescala de Malestar y evitación social ante gente en general). (véase tabla número 1).

También son relevantes los datos obtenidos en las pruebas complementarias (SASI, Escala de Autoestima; EI, Escala de Inadaptación; RAS, Escala de Asertividad de Rosenberg y CHSPA, Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes). Las medidas centradas en indicadores de los niveles de adaptación en las diferentes áreas, autoestima, dominio de las habilidades sociales y comportamiento asertivo, mejoraron en general respecto al pretest, aunque hay que atender a algunas particularidades. Así, los datos en el postest indican un incremento para el índice de adaptación y una mejora evidente en las habilidades sociales del sujeto, mejoras que se mantienen también en el seguimiento a medio plazo. Por su parte, la conducta asertiva mejora en el postest, pero retrocede levemente en el seguimiento a los 6 meses. Finalmente, los cambios positivos en la medida de autoestima aparecen sólo en el seguimiento (entre pretest y postest las diferencias son mínimas).

También se constató una reducción de las autoafirmaciones negativas y del grado de malestar experimentado mientras se habla en público (escala SSPS; véase Fig. 4), un aumento en la confianza para hablar en público (escala PRCS; véase Fig. 5), y una disminución en las puntuaciones de ansiedad ante la actuación (escala SPS; véase Fig. 6); en el seguimiento a los 6 meses las dos primeras mostraron un ligero retroceso, no obstante seguían manteniéndose muy por encima de la puntuación pretest.

Por su parte, la medida de la ansiedad relativa a "las relaciones con otros" (operacionalizada a través del SIAS) también reflejó una disminución relevante.

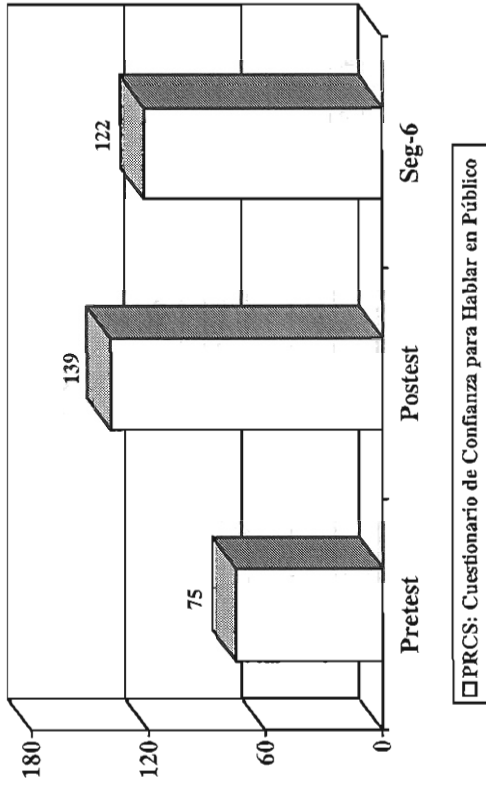


Figura 4.- Nivel de Confianza para Hablar en Público.

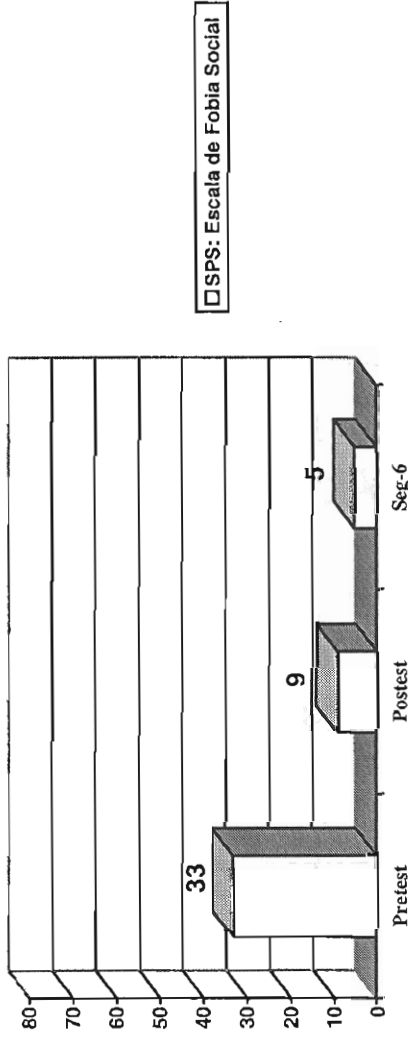


Figura 5.- Ansiedad ante la Actuación Social

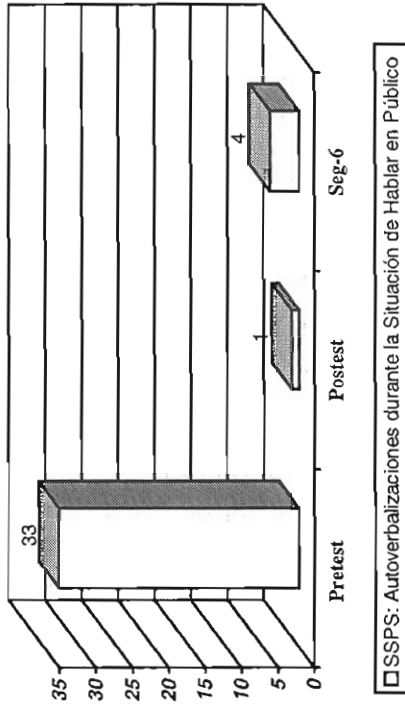


Figura 6.- Autoverbalizaciones y Grado de Malestar experimentado mientras se habla ante público

Finalmente, un efecto del tratamiento hipotetizado que también se cumplió fue la remisión de los trastornos secundarios comórbidos a la fobia social.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con nuestro objetivo principal y los resultados obtenidos, este estudio muestra la eficacia del nuevo Protocolo IAFS en el tratamiento de un caso de fobia social generalizada. Así, los efectos de la actualización de esta modalidad de tratamiento son similares a los obtenidos en un estudio piloto en el que se utilizó la versión inicial (Olivares y García-López, 2001), así como a los de estudios controlados en lengua inglesa (v. gr., Beidel *et al.*, 2000; Hayward *et al.*, 2000) y con población española (Olivares, García-López *et al.*, 2002).

En relación con las hipótesis formuladas, en primer lugar, nuestros resultados mostraron que nuestra adolescente dejó de cumplir los criterios de fobia social en el postest y en el seguimiento. Este dato coincide con los resultados de García-López, Olivares y Rosa (2002) y Olivares y García-López (2002).

Respecto a la segunda hipótesis, se comprobó que los niveles de dificultad, la evitación y el malestar en relación con las Conductas-Objetivo propuestas por nuestra adolescente se redujeron, manteniéndose las mejorías alcanzadas 6 meses después de terminar el tratamiento.

Los cambios obtenidos en las escalas e inventarios de ansiedad social también son clínicamente significativos. Así, el sujeto redujo significativamente las puntuaciones de las medidas generales de ansiedad social tras la aplicación del programa, manteniéndose también las mejorías en el seguimiento. Un descenso similar se obtuvo también en las medidas que evaluaban las respuestas cognitivas y motoras de ansiedad social. Estos resultados coinciden con otros hallados en población adolescente (Hayward *et al.*, 2000; Olivares, García-López *et al.*, 2002). Ello parece indicar que las estrategias de enfrentamiento aprendidas y practicadas en el medio social se muestran eficaces a la hora de mantener las ganancias logradas.

También se observó una reducción en el miedo a ser evaluado negativamente durante las actuaciones sociales (SPS) y a la hora de hablar en público (PRCS), así como en relación con las autoverbalizaciones negativas y el grado de malestar experimentado mientras se habla en público (SSPS). En los resultados relativos a este grupo de hipótesis observamos un efecto particularmente llamativo relacionado con los datos ofrecidos por las pruebas que miden la Ansiedad Social ante la Interacción (SIAS) y la Escala de Fobia Social ante la Actuación (SPS).

No menos relevantes resultan los datos obtenidos en las pruebas complementarias (SASI, EI, RAS y CHSPA). Es decir, las medidas centradas en indicadores de los niveles de adaptación en las diferentes áreas (autoestima, dominio de las habilidades sociales y comportamiento asertivo), mejoraron respecto al pretest, aunque hay que atender a algunas particularidades. Así, pese a que los datos en el postest indican un incremento en la medida de la adaptación y una mejora en las habilidades sociales del sujeto, que se mantienen en el seguimiento, la medida de la conducta asertiva sólo mejora en el postest, disminuyendo levemente en el seguimiento a los 6 meses y los cambios significativos en la medida de autoestima sólo se producen en el seguimiento. Con relación al efecto positivo en las habilidades sociales y en la conducta asertiva del sujeto en el postest, dichos beneficios pueden ser explicados por la importancia que el entrenamiento directo de las habilidades sociales tiene en el desarrollo de la aplicación del Protocolo IAFS, así como su generalización mediante la práctica programada a contextos naturales. Por su parte el índice de adaptación refleja la mejoría producto del posterior uso y generalización de los aprendizajes a las situaciones de la vida cotidiana. Por otra parte, una tendencia observada en la puntuación de la prueba de autoestima es el efecto positivo únicamente entre postest y seguimiento. Este efecto retardado puede tener que ver con que la autoestima en si no es un componente del tratamiento y por lo tanto, la influencia de la terapia en esta variable necesitó más tiempo para que se generaran cambios autoinformados.

La hipótesis relativa a los trastornos comórbidos también se verificó al producirse una remisión total de los diagnósticos secundarios de trastorno de personalidad por evitación, trastorno obsesivo-compul-

sivo de personalidad, fobia específica a la sangre y trastorno de estrés postraumático agudo. Respecto de tales resultados ya contamos con datos relativos a estudios precedentes que muestran consecuencias positivas del IAFS sobre los trastornos del Eje II relacionados con la fobia social generalizada, básicamente el trastorno de personalidad por evitación y en menor medida el obsesivo-compulsivo (Olivares y García-López (2001) y Olivares, García-López *et al.*, 2002).

En resumen, esta intervención demostró la eficacia de la versión actualizada del Protocolo IAFS (Olivares *et al.*, 2003) en una adolescente con fobia social generalizada. Futuros estudios deberían ir dirigidos a contrastar estos resultados en muestras más amplias y con grupos controlados, así como extender su aplicación al otro subtipo de fobia social, el subtipo "circuscrito" y/o "específico" y también iniciar el estudio de la eficiencia de este paquete multicomponente mediante la estrategia de desmantelamiento del programa. Finalmente, los seguimientos a largo plazo deben ser otro objetivo para confirmar empíricamente el mantenimiento y la generalización de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Albano, A. M., Detweiler, M. F., Logsdon-Conradsen, S.** (1999). Cognitive-behavioral interventions with socially phobic children. En S. W. Russ T. H. Ollendick. *Handbook of Psychotherapies with Children and Families*, Eds. New York: Plenum, pp 255-280.
- Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Barlow, D. H.** (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-676.
- American Psychiatric Association** (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd Ed. Rev.) (DSM-III-R). Washington, D.C: Autor.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.) (DSM-IV). Washington, DC: Autor
- American Psychiatric Association** (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor (Orig. publicado en el año 2000).
- Beidel, D. C. y Turner, S. M.** (1998). *Shy children, phobic adults. Nature*

and treatment of social phobia. Washington, DC: APA.

- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M.** (1998). *Social Effectiveness Therapy for Children: A treatment manual*. Unpublished manuscript, Medical University of South Carolina.
- 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. y Morris, T. L.** (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- DeWitt, D. J., MacDonald, K. y Offord, D. R.** (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72
- DiNardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H.** (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Echeburúa, E.** (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1987a). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1987b). *Autorregistro de Conductas-Objetivo*. Manuscrito no publicado.
- García-López, L. J., Olivares, J. y Rosa, A. I.** (2002) Efectos a largo plazo del tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada mediante el Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A). *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 935-953.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A. F.** (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescent: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H.** (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.
- Hoffman, S. G. y DiBartolo, P. M.** (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Assessment for Advancement of Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Inglés, C. J., Martínez, J. A., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D.** (1998). *Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (CHSPA)*. Manuscrito no publicado.
- Jiménez, L., Sáiz, P. J., Bascarán, M. T. e Iglesias, C.** (1999). Epidemiología

- del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, M. P. González, P. A. Sáiz, y M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 3- 14). Barcelona: Masson.
- Kashdan, T. B. y Herbert, J. D.** (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61.
- La Greca, A. M., & Lopez, N.** (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relationships and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Lépine, J. P. y Pélissolo, A.** (1998). Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *Journal of Affective Disorders*, 50, S23-S28.
- Masia, C., Klein, R., Storch, E. y Corda, B.** (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 40, 780-786.
- Mattick, R.P. y Clarke, J.Ch.** (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, N. D.** (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74.
- Olivares, J. y García-López, L. J.** (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología conductual* 9, 247-254.
- Olivares, J. y García-López, L. J.** (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología conductual* 10, 409-419.
- Olivares, J., García-López, L. J.; Hidalgo, M. D., La Greca, A. M., Turner, S. M. y Beidel, D. C.** (2002). A pilot study of normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal or Clinical and Health Psycholog*, 2, 467-476.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C. y Turner, S. M.** (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-spanish versión*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M. e Hidalgo, M. D.** (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia

- (l): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J., García-López, L. J., Rosa, A. I., Ramos, V., Piqueras, J. A., Amorós, M. y Ruiz, J.** (2003). Protocolo IAFS. En J. Olivares (Dir. y coord.), *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Sánchez-Meca, J. Méndez, F. X. y García-López, L. J.** (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10 (3), 523-542.
- Paul, G.** (1966). *Insight vs. Desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Rathus, S. A.** (1973). 30-items schedule for assessing assertive behavior. *BehaviorTherapy*, 4, 398-406.
- Rosenberg, M.** (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M.** (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Spence, S. H.** (1995). *Social Skills Training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor, U.K.: NFER-Nelson.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höttler, M., Lieb, R. y Wittchen, H.-U.** (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C. y Calhoun, K. S.** (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Tran, G. Q. y Chambless, D. L.** (1995). Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 489-501.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A.** (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Velting, O. N. y Albano, A. M.** (2001). Current Trends in the Understanding and Treatment of Social Phobia in Youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 127-140.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C.** (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.

