

## **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON FOBIA SOCIAL GENERALIZADA**

José Olivares<sup>1</sup>, Pablo J. Olivares-Olivares<sup>1</sup> y Diego Macià<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Murcia; <sup>3</sup>Universidad Miguel Hernández de Elche (España)

### **Resumen**

Los objetivos de este estudio fueron: 1) comparar la magnitud de los déficit en habilidades sociales de los adolescentes de la muestra respecto a los informados en otros estudios y 2) aportar pruebas respecto a qué parte de los efectos generados por la "Intervención en adolescentes con fobia social" (IAFS) pueden ser atribuidos al entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Participaron 41 adolescentes (63,41% mujeres), de entre 14 y 17 años ( $M= 14,95$ ;  $DT= 1,3$ ), que cumplieron los criterios para el diagnóstico de fobia social generalizada (FSG). Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a cada una de las condiciones experimentales para el tratamiento de la FSG, G1: IAFS completo y G2: IAFS sin el componente de EHS. Los resultados muestran que: (i) se presentaron déficit en habilidades sociales similares a los hallados para la población con FSG; (ii) se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo con EHS, siendo los tamaños del efecto intragrupo muy superiores en éste frente a los del grupo sin EHS. El papel del EHS se muestra muy relevante.

**PALABRAS CLAVE:** *detección e intervención temprana, entrenamiento en habilidades sociales, adolescentes, fobia social generalizada, tratamiento.*

### **Abstract**

The objectives of this study were 1) comparing the magnitude of the deficit in social skills of adolescents in the sample as compared to those reported in other studies, and 2) providing evidence on which effects generated by the programme for "Intervention for adolescents with social phobia" (IASP) can be attributed to the component of social skills training (SST). Accordingly, we designed an investigation with a treatment group in which the entire program applies IASP (G1) and another group (G2) in which the SST component was removed. The sample consisted of 41 Spanish adolescents with a mean age of 14.95 years ( $SD: 1.3$ , range: 14-18), with a majority of girls (63.41%). All met the criteria required for the diagnosis of Generalized Social Phobia (GSP). The results show that: (i) The subjects in our sample show deficits in social skills similar to those found for the population with GSP magnitudes; (ii) Statistically significant differences between groups in favor of G1 were found. The intra-group effect sizes were much higher in the group with SST. The role of SST is very relevant.

**KEY WORD:** *early detection and intervention, social skills training, adolescents, generalized social phobia, treatment.*

## Introducción

La fobia social (FS), también conocida como trastorno de ansiedad social (TAS), presenta una prevalencia a lo largo de la vida en población anglófona adulta que se sitúa alrededor del 13% y en términos de prevalencia-año del 7,4% (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky y Wittchen, 2012); en población española los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) son respectivamente el 1,17 y el 0,6. En la infancia y la adolescencia su prevalencia está alrededor del 7% en los EE.UU. de Norteamérica (*American Psychiatric Association [APA]*, 2013) y entre el 8% (Olivares, 2005) y el 12,06% (Inglés *et al.*, 2008) en población adolescente española.

Este trastorno se caracteriza por un miedo desproporcionado, intenso y persistente a ser evaluado negativamente por los demás en las situaciones sociales. Éstas pueden ir desde comer o hablar por teléfono ante otros hasta hacer uso de urinarios colectivos, pasando por conversar o establecer y mantener el contacto visual con otros en tales situaciones. Cuando se pone en marcha el estado de sobreactivación que acompaña al patrón de respuestas de alerta/alarma que delimitan este constructo se desencadenan respuestas fisiológicas y motoras que, en aquellos casos en que sus efectos pueden ser percibidos por los demás como ocurre, por ejemplo, con la sudoración, el temblor o el rubor, pueden aumentar el miedo a la situación incrementando aún más la intensidad y la frecuencia de las respuestas de ansiedad, lo que puede terminar llevando al aislamiento social con todas las consecuencias que de ello se derivan (Olivares-Olivares, Olivares y Macià, 2014).

Como recuerdan Steinert, Hofmann, Leichsenring y Kruse (2013) los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto una y otra vez las elevadas tasas de comorbilidad que acompañan a la FS (rango: 69% - 99%; véase por ejemplo Leichsenring *et al.* 2003 o Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz y Weissman, 1992). En población española adulta Autonell *et al.* (2008), usando la versión 3.0 de la "Entrevista diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud" (*World Health Organization Composite International Diagnostic Interview, WHO-CIDI*; Robins *et al.*, 1988; Haro *et al.*, 2007), informan para la FS de una comorbilidad total del 52,7% (citado en Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; p. 52). De hecho, en este contexto Fehm *et al.* (2005) llegaron a afirmar que la comorbilidad en la FS es la regla, no la excepción. Así mismo, los datos obtenidos en los estudios longitudinales apoyan la relación de causalidad entre ésta y los trastornos que de forma comórbida se presentan asociados con ella (véase Robinson, Sareen, Cox y Bolton, 2011; Stein *et al.*, 2001).

Por todo ello puede afirmarse que la FS constituye un importante factor de riesgo para la salud y la calidad de vida (Buckner, Ecker y Proctor, 2011; Dalrymple y Zimmerman, 2011; Eng, Coles, Heimberg y Safren, 2005; Gültekin y Dereboy, 2011; Wong, Sarver y Beidel, 2012), conlleva importantes consecuencias negativas para la vida social, académica y profesional (Fehm, Beesdo, Jacobi y Fiedler, 2008; Fehm *et al.*, 2005; Lecrubier *et al.*, 2000) e importantes costes económicos de orden familiar y para los sistemas de salud (Acarturk *et al.*, 2009; NICE, 2013).

No obstante, "A pesar de la magnitud del sufrimiento y la discapacidad que genera, sólo la mitad de las personas con el trastorno buscan tratamiento, y aquellos que lo hacen por lo general demoran la petición entre 15 y 20 años (...) [y] si el trastorno persiste en la edad adulta, la posibilidad de recuperación en ausencia de tratamiento es modesta en comparación con otros problemas comunes de salud mental" (*National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2013; p. 5*), de ahí que se haya de subrayar la relevancia de la detección e intervención temprana como recuerda el propio NICE (2013).

En la actualidad el número de intervenciones cognitivo conductuales que han mostrado su eficacia en el tratamiento de la FS es relevante en población adulta y bastante modesto en población infantojuvenil (APA, 2012; NICE, 2013; Rosa-Alcázar, Olivares-Olivares e Iñesta, 2009). En esta última son todavía muy pocos los estudios experimentales que han analizado la contribución relativa de sus componentes a los resultados que producen (véase NICE, 2013; Rosa-Alcázar, Amorós Boix y Olivares-Olivares, 2013). Uno de los componentes que más frecuentemente integran estos tratamientos es el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) dado que, desde hace ya mucho tiempo, estas habilidades se han considerado un componente básico de los procesos de adaptación social, tanto si las personas presentan problemas/trastornos psicopatológicos como si no (véase por ejemplo Argyle, 1967; Caballo, 1987). En el contexto específico de la infancia y la adolescencia Motoca, Williams y Silverman (2012) han puesto de manifiesto, una vez más, los lazos que existen entre los déficit en habilidades sociales y la ocurrencia de respuestas de ansiedad, subrayando la necesidad de investigar y mejorar nuestra comprensión de las relaciones entre las respuestas de ansiedad, las habilidades sociales y las interacciones entre iguales en la población infantojuvenil.

La relevancia del EHS en el tratamiento de la FS ha sido puesta de manifiesto en distintas ocasiones en población adulta con fobia social generalizada (FSG) (p. ej., Wagner, Pereira y Oliveira, 2014). Así, por ejemplo, Rien van Dam-Baggen y Kraaimaat (2000) probaron su eficacia como modalidad de tratamiento para la FS y Herbert *et al.* (2005) dieron a conocer los resultados de una investigación en la que se mostraba que era posible obtener excelentes tamaños del efecto incorporando este componente al protocolo de la terapia cognitivo conductual en grupo (*Cognitive Behavior Group Therapy, CBGT; Heimberg y Becker, 2002*). En cambio Stravynski *et al.* (2000) hallaron que tanto quienes fueron tratados en su investigación con una estrategia centrada en la mejora de las relaciones interpersonales más EHS, como quienes recibieron el mismo tratamiento sin EHS, obtuvieron resultados que no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas, es decir, ambos grupos mejoraron de manera equivalente. Desafortunadamente estas discrepancias entre los resultados no pueden ser resueltas porque, como recordaban Motoca *et al.* (2012) y muestran las revisiones realizadas por Angélico, Crippa y Loureiro (2013) o Beidel, Rao, Scharfstein, Wong y Alfano (2010), el número de investigaciones sobre el papel de las habilidades sociales en la génesis, desarrollo y mantenimiento de la FS es todavía escaso. Ahora bien, pese a ello, cuando hablamos de las habilidades sociales como factor asociado a la protección frente al desarrollo de la ansiedad social desadaptativa, o como factor de vulnerabilidad para el mantenimiento de la FSG, la investigación es

más clara. Así Angélico, Crippa y Loureiro (2012) han confirmado que cuanto más elaborado es el repertorio de habilidades sociales de una persona menor es su probabilidad de cumplir los criterios requeridos para el diagnóstico de FS y Beidel *et al.* (2010) han recordado que quienes cumplen los criterios para el diagnóstico de FSG presentan déficit en habilidades sociales que alcanzan diferencias clínica y estadísticamente significativas frente a las personas sin trastornos de ansiedad y con el trastorno por ansiedad social no generalizada.

A la luz de lo expuesto al menos resultan evidentes tres cuestiones: (i) la relevancia de la detección e intervención temprana para la reducir/eliminar los elevados costes que conlleva este trastorno para quienes lo presentan, en todos sus órdenes vitales; (ii) la relevancia clínica y estadística que han probado tener los déficit en habilidades sociales en la población adulta con FSG y la ausencia de datos al respecto en población adolescente; (iii) la falta de referencias empíricas y experimentales que nos pudieran permitir valorar el peso del componente EHS en los protocolos de tratamiento que han probado su eficacia en el tratamiento de la FSG en población infantojuvenil.

Estas cuestiones nos llevaron a plantearnos la oportunidad y la necesidad de realizar una intervención psicológica en población adolescente, en el marco de un programa de detección e intervención temprana en el ámbito comunitario que: (a) nos permitiese discutir la relevancia de la magnitud del déficit en habilidades sociales que pudieran presentar los adolescentes de nuestra muestra, respecto del total estimado por los estudios *ad hoc* y los datos informados por otros estudios y (b) que aportara pruebas empíricas con las que realizar una primera valoración del peso del componente de EHS en el tratamiento de adolescentes con FSG.

## Método

### *Participantes*

Para el reclutamiento de la muestra administramos el "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) a 837 alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y primero y segundo curso de Bachillerato que voluntariamente decidieron participar. Fueron excluidos 15 aspirantes (1,79%) por distintas razones, quedando la muestra integrada por 822 participantes: 518 chicas (63%) y 304 chicos (37%). En una segunda fase seleccionamos a quienes habían obtenido una puntuación igual o superior a 97 en la subescala de Fobia social del SPAI. Superaron o igualaron la puntuación requerida 73 participantes (9,02%), los cuales fueron entrevistados utilizando la "Entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV. Versión niños" (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Version*, ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1996); 43 cumplieron los criterios requeridos por la APA (2000) para el diagnóstico de FSG.

Los criterios de inclusión para participar en la intervención exigían cumplir los requisitos para el diagnóstico de FSG y el consentimiento informado de uno o ambos padres/tutores. Dos participantes fueron excluidos por no cumplir los requisitos exigidos para la participación en el programa IAFS (véase Olivares, 2005;

p. 72), quedando finalmente la muestra integrada por 41 adolescentes (95,34%), con una edad media de 14,95 años ( $DT= 1,3$ ; rango: 14-17), siendo la mayoría chicas (63,41%). Ninguno de los participantes había recibido previamente tratamiento por problemas psicológicos.

### *Instrumentos*

Fueron evaluados en el pretest, postest y en las medidas de seguimiento con los siguientes instrumentos:

- “Inventario de ansiedad y fobia social” (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner *et al.*, 1989). Este inventario evalúa respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas asociadas con la FS. El SPAI está integrado por dos subescalas, la subescala de Fobia social (SPAI-FS) formada por 32 ítems y la subescala de Agorafobia que consta de 13 ítems. Pese a que inicialmente fue diseñado para su aplicación en población adulta (véase Caballo, Salazar, Iruña, Arias y Nobre, 2013), ha mostrado excelentes propiedades psicométricas en población adolescente tanto de habla inglesa (Clark *et al.*, 1994) como española (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel, 1999). La subescala de FS mostró en este último estudio (Olivares *et al.*, 1999) una consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de 0,95.
- “Entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV. Versión niños” (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Version*, ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1996). Esta entrevista semiestructurada es la más utilizada en investigación para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Evalúa la mayoría de los trastornos psicopatológicos propios de los niños y adolescentes que recoge el DSM-IV (APA, 2000), incluida la FS. El rango de la duración de la entrevista se sitúa entre 60 y 120 minutos. Nosotros la hemos usado como entrevista diagnóstica y para cuantificar, en la sección de FS, el número de situaciones sociales temidas/evitadas (NSSTE) informado por los participantes para calcular la significación clínica del efecto del tratamiento. Los estudios previos han mostrado buenas propiedades psicométricas, excelente fiabilidad test-retest ( $\kappa= 0,63-0,80$ ) y entre jueces (0,82-0,95) en la evaluación de la FS (Silverman, Saavedra y Pina, 2001). Ha sido traducida y publicada en español por Silverman, Albano y Sandín (2001). En población adolescente española García-López (2000) informa un coeficiente kappa con rango entre 0,80 y 0,92 para varios trastornos de ansiedad entre los que se halla la FS.
- “Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia” (CEDIA; Inglés, Méndez e Hidalgo, 2000). Este cuestionario permite cuantificar las dificultades interpersonales durante la adolescencia, pues explora las habilidades sociales (especialmente la asertividad), las áreas sociales y las personas con las que el adolescente se relaciona. Consta de 39 ítems que se valoran siguiendo una escala de tipo Likert (rango: 0-4; 0= Ninguna dificultad y 4= Máxima dificultad) que se agrupan en cinco factores: Aserción (15 ítems), Relaciones con el otro sexo (6 ítems), Relaciones con

iguales (7 ítems), Hablar en público (6 ítems) y Relaciones familiares (5 ítems). Ha mostrado poseer buenas propiedades psicométricas y elevada fiabilidad en población adolescente española ( $\alpha$  de Cronbach= 0,91).

- “Escala de inadaptación” (EI; Echeburúa y Corral, 1987). Esta escala valora el grado en que la situación afecta al trabajo y/o estudio, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la vida familiar. Consta de seis ítems cada uno de los cuales se contesta siguiendo una escala tipo Likert (rango: 1-6) y una subescala general de Inadaptación a la vida cotidiana que también se contesta siguiendo la misma escala tipo Likert. El rango de la puntuación total de la escala oscila entre 6 y 36; a mayor puntuación mayor inadaptación. La EI ha mostrado excelentes propiedades psicométricas en contextos clínicos siendo el coeficiente alfa de consistencia interna de 0,83, su eficacia diagnóstica alcanza el 90 % -sensibilidad: 86%; especificidad: 100%- (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).

Otro aspecto evaluado antes y después de la aplicación del tratamiento fue la duración del contacto ocular, mediante:

- *La observación conductual.* El contacto ocular se cuantificó a través de su registro en una prueba de observación conductual al realizar tres entrevistas a cada uno de los participantes. Estos tuvieron que iniciar y mantener una conversación con un desconocido durante tres minutos y los temas fueron las expectativas sobre el tratamiento psicológico (pretest), su valoración personal del tratamiento recibido (aspectos positivos y negativos y propuestas de mejora-postest) y una descripción/valoración de las dificultades que habían tenido que afrontar y cómo las habían resuelto (seguimientos realizados a los 6 y 12 meses). Esta prueba fue liderada por dos evaluadores adultos, de distinto sexo, que conversaron con participantes del sexo opuesto, procurando no iniciar o llevar el peso de la conversación durante la interacción (estrategia para la que previamente habían sido entrenados en las distintas dificultades con las que potencialmente podrían encontrarse).
- *Grabación de las entrevistas con una cámara de vídeo.* Tras obtener el consentimiento escrito de los participantes y sus padres, la actuación de cada participante fue filmada con una cámara de vídeo para registrar la duración total del contacto ocular con el interlocutor (máximo 180 segundos). Las grabaciones fueron vistas y codificadas por dos observadores independientes, previamente entrenados para tal fin. La correlación inter-observadores fue alta: kappa= 0,91.

En el pretest se evaluó, además:

- *El nivel de expectativa frente a la intervención,* utilizando un ítem *ad hoc*, que se puntuaba en una escala que va de 1 a 5 (1= Muy poco, 2= Poco, 3= Bastante, 4= Mucho y 5= Muchísimo), en la que los participantes indicaban la magnitud de lo que ellos esperaban mejorar como consecuencia del entrenamiento que iban a recibir.

### Procedimiento

En el proceso de evaluación participaron diez colaboradores que fueron entrenados para realizar de manera independiente las tareas específicas que se les asignaron. Dos participaron en las tareas de cribado, dos en la entrevista clínica y dos en la evaluación pretratamiento, dos realizaron la evaluación postratamiento y otros dos las medidas de seguimiento. Todos fueron ciegos respecto al tratamiento y el coeficiente de fiabilidad para el diagnóstico de FSG durante la entrevista clínica fue satisfactorio ( $\kappa = 0,78$ ).

Terminado el proceso de reclutamiento se inició la tercera fase de la intervención. Esta comenzó con el envío de una carta informativa a los adolescentes seleccionados y a sus padres. En ella se les daban a conocer los objetivos, la estructura, los contenidos y otras cuestiones relacionadas con la intervención. Así mismo se les indicaba que para aclarar cualquier duda podían solicitar una reunión privada o mantener una conversación telefónica en el número de teléfono que se les facilitaba en el escrito. Los 41 participantes que cumplieron los criterios requeridos y que obtuvieron la autorización escrita de su padres/tutores fueron asignados al azar a dos condiciones experimentales, G1: IAFS completo ( $n = 20$ ) y G2: IAFS sin el componente de EHS ( $n = 21$ ).

El tratamiento fue aplicado en ambos grupos por dos licenciados en Psicología, de distinto sexo y con más de dos años de experiencia en el tratamiento en grupo de la FSG en adolescentes. Su integridad se controló mediante dos manuales escritos e idénticos, salvo en el apartado relativo a EHS.

El programa IAFS completo (Olivares, 2005) consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo que se aplican a razón de una por semana, con una duración de 90 minutos. Sus elementos básicos son un componente de psicoeducación o de transmisión de información/explicación, reestructuración cognitiva, EHS, exposición simulada y real artificial (contexto clínico) y en vivo ("tareas para casa" entre sesión y sesión de entrenamiento) e instrucciones sobre cómo prevenir las "recaídas".

El programa IAFS sin EHS es una versión construida *ad hoc*, en la que todo su contenido se estructuró igual que en la versión completa excepto en el apartado destinado al EHS. El proceso que se sigue para el EHS en la IAFS completo (explicación/justificación, instrucciones, modelado, ensayo conducta, refuerzo positivo y retroalimentación) fue sustituido, en cada una de las sesiones destinadas al EHS, por una descripción pormenorizada de los contenidos que debían de servir de guía a la actuación del terapeuta y el coterapeuta durante el desarrollo de las sesiones de tratamiento. En estos se hacía especial hincapié en que sólo debían transmitir información relativa a explicaciones/justificaciones, instrucciones sobre cómo actuar/relacionarse y ejemplos ilustrativos y significativos para este rango de edad sobre el porqué, el cómo y el cuándo una actuación/interacción se considera si/no socialmente habilidosa, por ejemplo, en la comunicación con otros (presentarse, iniciar, mantener, terminar y retomar una conversación –unidades 3, 4, 6, 7 y 8 de la IAFS–), al actuar asertivamente (unidades 5, 6 y 8 de la IAFS) o al hablar en público (unidades 9,10, 11 y 12 de la IAFS). Así mismo, terapeuta y coterapeuta fueron entrenados para no modelar, ni realizar ensayo de conducta ni

representación de papeles (*role-playing*), ni reforzar o retroalimentar a los participantes, en relación con el EHS. Para controlar la amenaza a la validez interna relativa a la reactividad por frustración que pudiera producirse si los participantes del G2 llegaran a tener conocimiento de que existía otro grupo (G1) que recibía EHS y ellos sólo instrucciones, controlamos esta posibilidad de “contaminación” aplicando el tratamiento a cada grupo en un lugar distinto y sin que un grupo pudiera tener conocimiento de la existencia del otro.

Los participantes dispusieron de un horario semanal de consultas individuales en las que podían resolver problemas relativos a las “tareas para casa” y a la comprensión de los contenidos impartidos en las sesiones de entrenamiento. El horario de tutoría fue de dos horas semanales.

### *Análisis estadísticos*

Para comprobar la equivalencia de los grupos en el pretest se analizaron las variables cuantitativas (ANOVA de un factor) y las variables categóricas (prueba de Chi-cuadrado). Para comprobar si los efectos de la intervención habían sido influenciados por el EHS se realizó un análisis estadístico de las variables dependientes y de la relevancia clínica de la remisión y la mejoría utilizando un ANOVA de dos factores con medidas parcialmente repetidas.

En el análisis de significación clínica de los resultados se realizó a partir de la reducción/eliminación del número de situaciones sociales temidas y/o evitadas informadas por los participantes en la ADIS-IV-C (Silverman y Albano, 1996; Silverman *et al.*, 2001) tomando como referencia dos criterios: (i) recuperación (100 % de remisión) y (ii) mejora/remisión entre 75% y 99%. Para comprobar si existían diferencias entre ambos grupos se aplicó la prueba Chi-cuadrado.

Dado que la mortalidad experimental superó con creces el 10% en uno de los grupos los análisis estadísticos se realizaron “por intención de tratar” (véase Moher, Schulz y Altman, 2001 o Ruiz-Canela, Martínez-González e Irala, 2000).

La magnitud de los tamaños del efecto se interpretó de acuerdo a lo sugerido por Cohen (1988): bajo si es inferior a 0,2, medio si es superior a 0,5 y grande si es superior a 0,8.

## **Resultados**

La evaluación de la equivalencia de los grupos en el pretest no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las dos condiciones experimentales.

En la tabla 1 presentamos los datos relativos al número de abandonos del tratamiento (mortalidad experimental), la media y la desviación típica del número de sesiones de tratamiento a las que asistieron los participantes y de las tareas para casa que realizaron adecuadamente. Se constata una elevada mortalidad en G2 (33,33%; IAFS sin EHS). Los abandonos se produjeron en la sesión cuarta (el participante de G1) y en los 7 del G2 en las sesión cuarta (dos), en la quinta (tres) y en la sexta (dos).



**Tabla 1**

Abandonos, asistencia a las sesiones de tratamiento y cumplimiento de las tareas para casa

Variables	G1 (IAFS completo) (n= 20)	G2 (IAFS sin EHS) (n= 21)
Nº de abandonos del tratamiento	1	7
Sesiones de tratamiento recibidas ( <i>M</i> y <i>DT</i> )	11,3 (1,81)	8,38(3,18)
Tareas para casa realizadas ( <i>M</i> y <i>DT</i> )	9,15 (2,01)	5,62 (3,41)

Nota: IAFS= Intervención en adolescentes con fobia social; EHS= entrenamiento en habilidades sociales.

La relación entre el número de participantes que abandonan el tratamiento y las expectativas respecto de la bondad del tratamiento (pretest) las recogemos en la tabla 2. Como puede observarse los abandonos se relacionan directamente con una baja expectativa hacia el efecto benéfico del tratamiento (1= Muy poco, 2= Poco) y se circunscriben fundamentalmente al G2. Este dato nos llevó a plantearnos la potencial relación entre expectativas, abandonos (número de sesiones de tratamiento recibidas) y las "tareas para casa" realizadas adecuadamente frente al NSSTE. Para ello realizamos una regresión múltiple respecto del decremento del NSSTE entre el último seguimiento y el pretest obteniendo una  $R^2= 0,670$  ( $p < 0,00$ ).

**Tabla 2**

Puntuación en expectativas respecto del tratamiento y número de abandonos

Puntuación de las expectativas frente al tratamiento	Abandonos/Casos	
	G1 (IAFS completo) (n= 20)	G2 (IAFS sin EHS) (n= 21)
1	0/0	3/3
2	1/4	4/7
3	0/8	0/5
4	0/6	0/5
5	0/2	0/1
Total	1/20	7/21
<i>M</i> ( <i>DT</i> )	3,30 (0,92)	2,71 (1,15)

Nota: IAFS= Intervención en adolescentes con fobia social; EHS= entrenamiento en habilidades sociales.

En relación con las medidas de las variables dependientes estudiadas (tabla 3), en tres de las cinco se obtienen diferencias estadísticamente significativas (NSSTE, SPAI-FS, CO) entre ambos grupos para todos los valores de *F* (*intra*, *inter* e interacción), y en las otras dos marginalmente significativas (CEDIA e EI), con magnitudes de los tamaños de efecto casi siempre grandes. Así, en los valores de la *F intra*-grupo todos son grandes para cualquiera de las variables dependientes, tanto en G1 como G2; en las *F inter* y de interacción 7 de los 15 tamaños de efecto calculados son grandes, 7 medios y 1 bajo ( $d= 0,49$ ).

**Tabla 3**  
Análisis de varianza de dos factores con medidas repetidas en uno de ellos y tamaños del efecto asociados

Medidas	Momento	G1 (IAFS completo) M (DT)	G2 (IAFS sin EHS) M (DT)	F	p	d de Cohen		
						Intergrupos	Intragrupo G1 G2	
NSSTE <sup>1</sup>	Pretest	7,80 (1,94)	7,43 (1,81)	Intra-sujetos= 119,30 Inter-sujetos= 7,07 Interacción= 8,80	<b>0,001</b> 0,01 <b>0,001</b>	1,04 1,05 0,87	2,91	1,22
	Postest	1,90 (2,10)	4,52 (2,86)					
	Sgto 1	0,95 (1,79)	3,43 (2,82)					
	Sgto 2	0,45 (1,79)	3,00 (3,75)					
SPAI- FS	Pretest	141,90 (13,15)	142,52 (13,73)	Intra-sujetos= 100,201 Inter-sujetos= 9,124 Interacción= 8,155	<b>0,001</b> <b>0,001</b> <b>0,001</b>	0,75 0,86 1,11	2,36	1,23
	Postest	102,70 (19,47)	118,91 (23,41)					
	Sgto 1	82,85 (27,15)	108,52 (32,33)					
	Sgto 2	61,10 (24,55)	97,71 (39,46)					
CEDIA	Pretest	135,90 (11,89)	133,19 (11,51)	Intra-sujetos= 139,966 Inter-sujetos= 3,725 Interacción= 7,788	<b>0,001</b> 0,06 <b>0,001</b>	0,49 0,54 0,88	2,93	1,29
	Postest	101,15 (11,81)	109,95 (22,27)					
	Sgto 1	83,10 (16,22)	96,81 (31,75)					
	Sgto 2	63,35 (20,02)	89,14 (36,42)					
EI	Pretest	30,00 (2,59)	29,86 (3,65)	Intra-sujetos= 83,915 Inter-sujetos= 3,857 Interacción= 3,464	<b>0,001</b> 0,06 <b>0,02</b>	0,61 0,57 0,70	2,31	1,04
	Postest	21,45 (4,56)	24,67 (5,97)					
	Sgto 1	18,10 (4,67)	21,67 (7,61)					
	Sgto 2	15,65 (4,19)	20,48 (8,82)					
CO	Pretest	0,30 (0,57)	0,76 (0,77)	Intra-sujetos= 120,783 Inter-sujetos= 6,956 Interacción= 7,521	<b>0,001</b> 0,01 <b>0,001</b>	1,26 0,70 0,60	5,23	1,73
	Postest	10,55 (2,71)	6,05 (4,26)					
	Sgto 1	10,50 (3,65)	7,43 (5,01)					
	Sgto 2	10,75 (3,68)	8,00 (5,31)					

Nota: IAFS= Intervención en adolescentes con fobia social; EHS= entrenamiento en habilidades sociales; NSSTE= número de situaciones sociales temidas/evitadas; SPAI- FS= Subescala de Fobia social del Inventario de ansiedad y fobia social; CEDIA= Cuestionario para la evaluación de las dificultades interpersonales en la adolescencia; EI= Escala de inadaptación; CO= duración del contacto ocular; Sgto 1= medida de seguimiento a los 6 meses de terminado el tratamiento; Sgto 2= medida de seguimiento a los 12 meses de terminado el tratamiento.

En la tabla 4 los resultados relativos a la Recuperación y Mejoría muestran que, respecto a la Recuperación, en ambos grupos se constata que ésta aumenta con el paso del tiempo, pero sin alcanzar diferencias con significación estadística. En relación con el criterio de Mejoría se observa también que ésta se produce en ambos grupos, principalmente entre el posttest y el seguimiento realizado a los 6 meses, pero las diferencias tampoco alcanzan significación estadística. No obstante, como puede observarse en la tabla 3, en la evolución de las puntuaciones informadas por los participantes en la subescala de FS del SPAI, los resultados sí alcanzan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en todos los momentos temporales y con tamaños del efecto medianos o grandes. Por último hemos de indicar que se produjeron dos retrocesos desde el estado de Recuperación al de Mejoría: uno en cada grupo y ambos en el seguimiento a los 12 meses.

**Tabla 4**

Número de participantes que cumplen los criterios de recuperación o de mejoría

Momento	Recuperación		Mejoría	
	G1 (IAFS completo) (n= 20)	G2 (IAFS sin EHS) (n= 21)	G1 (IAFS completo) (n= 20)	G2 (IAFS sin EHS) (n= 21)
Postest	35% (7)	9,50% (2)	20% (4)	4,76% (1)
Sgto 1	50% (10)	23,80% (5)	30% (6)	33,33% (7)
Sgto 2	90% (18)	42,85% (9)	5% (1)	14,28% (3)
	$\chi^2_{(2)}= 0,42; p= 0,81$		$\chi^2_{(2)}= 2,88; p= 0,24$	

Nota: IAFS= Intervención en adolescentes con fobia social; EHS= entrenamiento en habilidades sociales; Sgto 1= medida de seguimiento a los 6 meses de terminado el tratamiento; Sgto 2= medida de seguimiento a los 12 meses de terminado el tratamiento.

## Discusión

En relación con nuestro primer objetivo, los resultados obtenidos en el CEDIA muestran que los valores medios de ambos grupos se sitúan próximos al total del máximo de esta escala (rango: 0-156) y, tal como ha ocurrido en otros estudios (véase Beidel *et al.*, 2010), los adolescentes con FSG de esta investigación también informan una elevadísima dificultad para desempeñarse habilidosamente en situaciones sociales cotidianas que van desde actuar asertivamente hasta las relaciones familiares, pasando por las relaciones con las personas del otro sexo, las relaciones con iguales y hablar en público.

Respecto a nuestro segundo objetivo, tenemos que decir que esperábamos que la aplicación del protocolo completo de la IAFS produjera diferencias estadística y clínicamente significativas frente a ese mismo protocolo sin el componente de EHS, tal como ha ocurrido en tres de las cinco medidas (NSSTE, SPAI-FS y CO) y marginalmente en la otras dos [CEDIA ( $p \leq 0,06$ ) y EI ( $p \leq 0,06$ )], probablemente como consecuencia del tamaño de la muestra. En consecuencia, el efecto de la eliminación del componente de EHS en G2 es muy relevante. Si observamos la magnitud de los tamaños del efecto asociados a la F *intra*-grupo

constatamos que los valores alcanzados en G1 por cuatro de las cinco variables doblan a los de G2 y en una lo triplican (contacto ocular), pese a que los valores de G2 son todos grandes ( $d < 0,8$ ). Por ello podemos afirmar que los participantes de ambos grupos que completan el tratamiento mejoran significativamente, aunque mejoren mucho más los que reciben el tratamiento IAFS completo (G1). Además, esta mejoría no sólo se presenta entre pretest y posttest sino que sigue incrementándose en las medidas de seguimiento, como generalmente ocurre en las intervenciones cognitivo conductuales (véase por ejemplo DiMauro, Domingues, Fernández y Tolin, 2013; García-López *et al.*, 2006; Goldin *et al.*, 2012; Mörtberg, Clark y Bejerot, 2011). La explicación que parece más razonable es que los participantes siguen aplicando sus aprendizajes una vez que el entrenamiento ha terminado.

Estos resultados nos llevan a subrayar su coincidencia con los de Herbert *et al.* (2005), Beidel, Turner, Salé *et al.* (2007) o Beidel, Turner, Young *et al.* (2007), respecto del papel del EHS en la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales para la FS. Como se recordará Herbert *et al.* (2005) constataron un elevado incremento de los tamaños del efecto de la CBGT, en población adulta, cuando se le adicionó el componente de EHS. Así mismo, en el ámbito específico de la infancia y la adolescencia, Beidel, Turner, Salé *et al.* (2007) o Beidel, Turner, Young *et al.* (2007) también informaron excelentes resultados tras el tratamiento de los participantes con FS mediante EHS y exposición. No obstante hemos de recordar que quienes no reciben EHS también progresan significativamente por lo que entendemos que no podemos atribuir los logros solo al EHS. En contra de lo informado por Stravynski *et al.* (2000), quienes no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que recibieron un tratamiento centrado en la mejora de las relaciones interpersonales con y sin EHS (las mejoras en ambos grupos fueron equivalentes), en nuestro caso sí se dan esas diferencias a favor de quienes reciben EHS, pero también se producen logros significativos entre quienes no lo reciben. Por ello creemos poder conjeturar que el progreso que se constata en ambos grupos se debe más a la exposición en sí misma que al EHS.

El hecho de que el EHS produzca sustanciales recuperaciones y mejorías entre los participantes que lo reciben (G1) se puede explicar postulando que éste actuaría como un "bálsamo" que facilitaría el incremento de la adherencia de los participantes al tratamiento haciendo "más llevaderos" los efectos negativos que produce la exposición a corto plazo, pero no sería el responsable en último lugar de los cambios cuantificados; su papel sería el de las variables moduladoras. Nosotros defendemos que la variable a la que podemos atribuir la mayor parte del cambio cuantificado es la exposición, dado que es la que se ha mostrado de manera reiterada como el componente más relevante a la hora de explicar los beneficios en el tratamiento de la FS (véase Bados y García, 2011; Peterman, Read, Wei y Kendall, en prensa o Rosa-Alcázar, Olivares-Olivares e Iniesta, 2009), y es la que está presente en el IAFS con/sin EHS.

Otro hecho relevante relacionado con la ausencia/presencia de EHS es el elevado número de abandonos que se produce en G2 (33,33%; 7:21) respecto al G1 (5%; 1:20), concentrándose el 27% en el intervalo 4ª-8ª sesión, lo que

coincide con lo señalado por Bados, Balaguer y Saldaña (2007). Tres variables podrían ayudarnos a comprender/explicar los abandonos que se producen en G2 frente al G1: las expectativas de resultado, la presencia/ausencia del EHS y el modelado. Las expectativas por el papel que pueden jugar en los resultados del tratamiento (véase Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano y Smith, 2011). Así, pese a que en nuestro estudio las diferencias entre los promedios de G1 y G2 no alcanzaron significación estadística en expectativas [ $t_{(39)} = 1,796$ ;  $p \leq 0,08$ ], constatamos que la tendencia de los datos indica que los participantes que abandonan en ambos grupos son los que informaron expectativas bajas (rango: 1-2). Este dato es coherente con lo informado por Price, Anderson, Henrich y Rothbaum (2008): las mayores expectativas de resultado se asociaron con mejores resultados en el postratamiento. Ahora bien, en nuestro caso, al contrario de lo concluido por Price *et al.* (2008), esta asociación se ha mantenido en las medidas de seguimiento tal como ocurre en el trabajo de Constantino *et al.* (2011), quienes informan un tamaño del efecto ponderado pequeño, pero significativo (de 0,24), de las expectativas de resultado sobre los efectos del tratamiento. A este efecto se uniría el que puede generar la presencia/ausencia del EHS en el tratamiento que facilitaría/dificultaría la exposición gradual al entrenamiento sobre cómo afrontar y enfrentarse a la actuación/relación de forma socialmente habilidosa; el concurso del EHS permite al participante iniciar cada sesión de su tratamiento en un contexto "seguro" que incluye un formato de exposición mediada por el entrenamiento en grupo, bajo la dirección de los terapeutas que explican-justifican, instruyen, modelan, refuerzan y corrigen los ensayos de exposición (simulada y/o artificial) previos a la aplicación de lo entrenado en el contexto real. En consecuencia, la presencia del EHS actuaría como un elemento facilitador de la adherencia de los participantes al tratamiento en G1 y su ausencia como dificultador/obstaculizador en G2. Por otro lado, a todo ello habría que unir también el papel del modelado porque el abandono de dos o más compañeros puede hacer más probable la precipitación de la renuncia de otros participantes que también informaron bajas expectativas.

Por todo ello, la exposición cuasi abrupta que se produce en G2 al eliminar el EHS se presentaría como un factor de vulnerabilidad que unido a las bajas expectativas y al modelado negativo, de los compañeros que renuncian a seguir recibiendo el entrenamiento, incrementarían la probabilidad de abandono del tratamiento; en cambio, la exposición gradual implícita en el EHS facilitaría la adherencia.

Ahora bien, en el marco de esta discusión no hemos de olvidar que, como recuerda Murakami (2011), al abordar el papel de las expectativas en el tratamiento de adolescentes con depresión, pese a que éstas puedan constituir un factor "inespecífico" importante, la modalidad de tratamiento que reciben los participantes también constituye un "factor específico" muy relevante; en nuestro caso la presencia/ausencia de EHS.

Por último, en relación con la remisión/mejoría en función de la presencia/ausencia del EHS, hemos de concluir que tampoco se cumple lo esperado porque, aunque se perciba más claramente la tendencia del efecto benéfico/perverso de la presencia/ausencia del componente de EHS en el Programa

IAFS, no se alcanzan diferencias con significación estadística entre G1 y G2. Entendemos que la razón más plausible para explicar estos resultados es el tamaño de la muestra del presente estudio porque si se observa la evolución de los promedios de las magnitudes informadas por los participantes en la subescala de FS del SPAI (véase tabla 3), altamente sensible a los cambios en la magnitud de la ansiedad social, en todos los casos se constatan diferencias estadísticamente significativas en la reducción de los valores de la ansiedad social entre los participantes de ambos G1 y G2, y siempre a favor de G1; además, el contraste de los valores de  $\chi^2$  con esta medida de autoinforme nos permite ponderar el potencial sesgo del clínico/evaluador en la determinación del NSSTE.

Como indicábamos en el apartado de resultados, en las medidas tomadas en el postest y en los seguimientos, los datos muestran que la presencia del EHS permite explicar por qué los participantes del G1 al menos duplican sus porcentajes de recuperación frente a los del G2.

Hemos de subrayar que pese a la relevancia del papel que le seguimos atribuyendo a las habilidades sociales como factor de protección con carácter general, y muy especialmente en la FSG (Beidel *et al.*, 2010), de lo cual los resultados del presente estudio constituyen un ítem más, la investigación al respecto todavía es insuficiente como indican Angélico, Crippa y Loureiro (2013) o Motoca, Williams y Silverman (2012). Por esta razón resulta necesario seguir profundizando en el estudio de las relaciones entre las habilidades sociales y la FS (p.ej., Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, 2014), sobre todo cuando ésta muestra su mayor interferencia en el desarrollo de la actividad cotidiana: la FSG. Recuérdese que “conviene tener en cuenta que los fallos claros de ejecución no implican necesariamente déficit de habilidades, sino que pueden ser debidos a la ansiedad” (Bados y García, 2011; p. 29), así como que informar un elevado grado de dificultad ante/durante determinadas actuaciones/relaciones sociales tampoco significa que no se sepa cómo se ha de actuar (carencia de la habilidad/incompetencia) sino que puede ser debido a que se tienen problemas con la ejecución generados, por ejemplo, por la falta de destreza o por la interferencia que produce el patrón de respuestas que agrupamos en el constructo “ansiedad social” (Bados y García, 2011). Así mismo, los estudios futuros deberían tener presente el papel que pueden estar jugando en la eficacia del tratamiento psicológico de la FSG otras variables incluidas en los “factores inespecíficos” como las expectativas de resultado. En todo caso entendemos que resulta necesario replicar la presente investigación mejorando el diseño de la intervención y el tamaño de la muestra para que la potencia estadística nos permita extraer conclusiones más claras respecto del papel del EHS.

Por último hay que recordar que nuestra investigación presenta algunas limitaciones entre las que destacan el tamaño de la muestra (ya referido), las que afectan al control de algunas amenazas relativas a la validez interna como la ausencia de grupo de control, y otras propias de la validez externa como la representatividad de nuestros participantes respecto de la del conjunto de la población infantojuvenil española.

## Referencias

- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M. y Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: a population-based study. *Journal of Affective Disorders, 115*, 421-429.
- Akechi, H., Senju, A., Uibo, H., Kikuchi, Y., Hasegawa, T. e Hietanen, J. K. (2013) Attention to eye contact in the west and east: autonomic responses and evaluative ratings. *PLoS ONE 8* (3): e59312.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Autor
- American Psychological Association (2012). *Cognitive and behavioral therapies for social phobia and public speaking anxiety*. Recuperado el 2 de abril de 2014, desde: [http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/socialphobia\\_cbt.html](http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/socialphobia_cbt.html)
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S. y Loureiro, S. R. (2012). Utilização do Inventário de habilidades sociais no diagnóstico do transtorno de ansiedade social. *Psicologia-Reflexao e Critica, 25*, 467-476.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S. y Loureiro, S. R. (2013). Social anxiety disorder and social skills: a critical review of the literature. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 1-48.
- Argyle, M. (1967). *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioural therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 585-592.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Técnicas de exposición*. Recuperado el 4 de abril de 2014, desde: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Baker, S. R. y Edelmann, R. J. (2002). Is social phobia related to lack of social skills? Duration of skill-related behaviours and ratings of behavioural adequacy. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 243-257.
- Beidel, D. C., Rao, P.A., Scharfstein, L., Wong, N. y Alfano, C. A. (2010). Social skills and social phobia: an investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 992-1001.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L. A. y Pathak, S. (2007). SET-C vs. fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 1622-1632.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, R. F. y Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 47-54.
- Buckner, J. D., Ecker, A. H. y Proctor, S. L. (2011). Social anxiety and alcohol problems: the roles of perceived descriptive and injunctive peer norms. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 631-638.
- Caballo, V. E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. y Nobre, L. (2013). Evaluando la ansiedad social por medio de cinco medidas de autoinforme, LSAS-SR, SPAI, SPIN, SPS, and SIAS: un análisis crítico de su estructura factorial. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 21*, 423-450.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22, 401-422.
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. y Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametgrano, R. M. y Smithz, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184-192.
- Dalrymple, K. L. y Zimmerman, M. (2011). Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 131-137.
- DiMauro, J., Domingues, J., Fernández, G. y Tolin, D. F. (2013). Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorder in an adult outpatient clinic simple: a follow-up study. *Behavioral Research Therapy*, 51, 82-86.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de indaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. y Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G. y Safren, S. A. (2005). Quality of life following cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: preliminary findings. *Depression and Anxiety*, 13, 192-193.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. y Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.
- García-López, L. J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral, Universidad de Murcia, España. Disponible en: <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/118/1/GarciaLopez.pdf>
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. y Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). 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 and Distress scale in an adolescent Spanish sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. G. y Gross, J. J. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effect of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 1034-1040.
- Gültekin, B. K. y Dereboy, I. F. (2011). The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22, 150-158.
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., de Girolamo, G., Guyer, M. E., Jin, R., Lepine, J. P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N. A. y Kessler, R. C. (2007). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 167-180.



- Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. Nueva York, NY: Guilford.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K. y Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125-138.
- Inglés, C., Méndez, F. X., e Hidalgo, M. D. (2000). Cuestionario para la evaluación de las dificultades interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*, 12, 390-398.
- Inglés, C., Martínez-Monteaigudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, J. M. y García-López, L. J. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 31, 449-461.
- Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., Escobar, J. I., Gibbon, M., Guyer, M. E., Howes, M. J., Jin, R., Vega, W. A., Walters, E. E., Wang, P., Zaslavsky, A. y Zheng, H. (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 122-139.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21, 169-184.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A. y Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15, 5-16.
- Leichsenring, F., Jaeger, U., Rabung, S. y Streek, U. (2003). Soziale Ängste und psychische Krankheiten [Social fears and mental disorders]. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 68-74.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Propuesta de estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. Madrid: Centro de publicaciones. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PA\\_G\\_WEB.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PA_G_WEB.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Centro de Publicaciones. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
- Moher, D., Schulz, K. F. y Altman, D. (2001). The consort statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 285, 1987-1991.
- Mörtberg, E., Clark, D. M. y Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: sustained improvement at 5-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 994-1000.
- Moukheiber, A., Rautureau, G., Pérez-Díaz, F., Soussignan, R., Dubal, S., Jouvent, R. y Pelissolo, A. (2010). Gaze avoidance in social phobia: objective measure and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 147-151.
- Motoca, L. M., Williams, S. y Silverman, W. K. (2012). Social skills as a mediator between anxiety symptoms and peer interactions among children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 329-336.
- Murakami, J. L. (2011). *The "ignored common factor": the role of expectancy in the treatment of adolescent depression*. Tesis doctoral, Universidad de Oregon, EE.UU. Disponible en: [https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/12097/Murakami\\_Jessica\\_L\\_phd2011su.pdf?sequence=1](https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/12097/Murakami_Jessica_L_phd2011su.pdf?sequence=1)

- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14168/63868/63868.pdf>
- Olivares, J. (dir.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y 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-Olivares, P. J., Olivares, J. y Macià, D. (2014). Fobia social, en L. Ezpeleta y J. Toro (dirs.), *Piscopatología del desarrollo* (pp. 393-414). Madrid: Pirámide
- Peterman, J. S., Read, K. L., Wei, C. y Kendall, P. C. (en prensa). The art of exposure: putting science into practice. *Cognitive and behavioral practice*. Recuperado el 7 de abril de 2014, desde: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.003>
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C. y Rothbaum, B. O. (2008). Greater expectations: hierarchical linear modeling of expectancies as a predictor of treatment outcome. *Behavior Therapy*, 39, 398-405.
- Rien van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437-451.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N. y Towle, L. H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J. y Bolton, J. M. (2011). Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: a longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 68, 800-807.
- Rosa-Alcázar, A. I., Amorós Boix, M. y Olivares-Olivares, P. J. (2013). Aportaciones de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 6-23.
- Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J. e Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 40, 23-42.
- Ruiz-Canela, M., Martínez-González, M. A. y de Irala, J. (2000). Intention to treat analysis is related to methodological quality. *British Medical Journal*, 320, 1007-1008.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, 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.
- Schneier, F. R., Rodebaugh, T. L., Blanco, C., Lewin, H. y Liebowitz, M. R. (2011). Fear and avoidance of eye contact in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 81-87.
- Silverman, W. y Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W. K., Albano, A. M. y Sandín, B. (2001). *Entrevista clínica ADIS-IV-C: entrevista para el niño*. Madrid: UNED-Klinik.
- Silverman, W., Saavedra, L. y Pina, A. (2001). Test-retest reliability of anxiety and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.

- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, 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.
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F. y Kruse, J. (2013). What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A systematic literature review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 692-702.
- Stravynski, A., Arbel, N., Bounader, J., Gaudette, G., Lachance, L., Borgeat, F., Fabian, J., Lamontagne, Y., Sidoun, P. y Todorov, C. (2000). Social phobia treated as a problem in social functioning: a controlled comparison of two behavioural group approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 188-98.
- 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: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35-40.
- Wagner, M. F., Pereira, A. S. y Oliveira, M. S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 423-440.
- Wong, N., Sarver, D. E. y Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: the impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 50-57.

RECIBIDO: 28 de abril de 2014

ACEPTADO: 30 de julio de 2014