

Papel de la focalización de la atención en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes

Maravillas Amorós-Boix, Ana Isabel Rosa-Alcázar* y Pablo J. Olivares-Olivares

Universidad de Murcia

Resumen: El presente estudio experimental analiza la eficacia relativa del entrenamiento en focalización atencional en el protocolo cognitivo conductual "Intervención en Adolescentes con Fobia Social", IAFS (Olivares, 2005). Los participantes fueron 53 adolescentes españoles, de 15.90 años de edad media (rango entre 13-17) y de los cuales un 86.79% eran mujeres, que cumplían los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2002) para el diagnóstico de Fobia Social Generalizada. Ninguno de los participantes había recibido tratamiento antes y el 92.30% de los sujetos no presentaban familiares con trastornos psicológicos. Los sujetos se distribuyeron aleatoriamente a dos condiciones experimentales: Protocolo Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS, en adelante) e IAFS sin Focalización Atencional (IAFS sin FA, en adelante). Los resultados obtenidos indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ambas modalidades de intervención tanto en las medidas que evaluaban directamente las respuestas de ansiedad, como en otros correlatos relacionados (asertividad, autoestima y adaptación). Parece que el entrenamiento en focalización de la atención puede potenciar de forma general los efectos del tratamiento, pero comparado con el IAFS sin FA, el IAFS no mejora significativamente los resultados.

Palabras clave: Adolescentes, Fobia Social Generalizada, focalización de la atención, tratamiento cognitivo-conductual.

Title: Role of the focus of attention in the treatment of generalized social phobia in adolescents.

Abstract: The aim of this experimental study is to analyze the relative efficacy of attention training in cognitive-behavioral treatment "Intervención en Adolescentes con Fobia Social" (IAFS; Olivares, 2005). Fifty-three Spanish adolescents 15.90 years old average (13-17 rank) and majority women (86.79%) meeting Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2002) criteria for Social Phobia were randomly assigned to IAFS multicomponent package (IAFS from here) or IAFS without focused attention (IAFS without FA from here). None had been psychological treatment before and 92.3% had not any relative with any psychological disorder. The results show nonsignificant differences between the two experimental conditions, being both equal before the treatment begins and according to specific measures assessing anxiety and avoidance as well as other related constructs (assertiveness, self-esteem and adjustment). In general, although attention training could potentiate greater treatment benefits, compared to IAFS without FA, IAFS does not significantly improve outcomes.

Key words: Adolescents, Generalized Social Phobia, focused attention, cognitive-behavioral treatment.

Introducción

Actualmente, la Fobia Social se sitúa como uno de los trastornos de ansiedad más comunes entre la población clínica y comunitaria (*American Psychiatric Association*, 2002; Fairbrother, 2002; Stein y Kean, 2000), con altas tasas de prevalencia-vida que se sitúan entre el 5% y 10% (Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003; Tillfors, Furmark, Ekselius y Fredrikson, 2001). Estos datos lo convierten en un problema sanitario de alta repercusión personal y social, siendo además de inicio temprano (Beidel y Turner, 2005; Olivares, Piqueras y Rosa, 2006), con alta comorbilidad asociada (Lampe, 2002; Rosa, Sánchez-Meca, Olivares y Inglés, 2002) y generalmente crónico (Cervera y Schlatter, 2003; Dewit, Ogborne, Oxford y MacDonald, 1999; Essau, Conrado y Petermann, 1999). Por todo esto, las publicaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos o farmacológicos en la infancia y adolescencia se han incrementado durante los últimos 20 años (Albano, Di Bartolo, Heimberg y Barlow, 1995; Beidel, Turner y Morris, 1998, 2000; Chavira y Stein, 2002; Masia-Warner, Storch, Fisher y Klein, 2003; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005).

Los tratamientos psicológicos más utilizados por estos autores son multicomponentes, de entre ellos, destacamos el

CBT, *Cognitive Behaviour Therapy* (Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000), el CBGT-A, *Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents* (Albano et al., 1995; Albano, Marten y Holt, 1991), el IAFS, *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (Olivares, 2005), el SASS, *Skills for Academic and Social Success* (Masia-Warner et al., 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 et al., 1998). Estos paquetes aparecen como más ventajosos tanto en el mantenimiento de los logros cuanto en la generalización de los aprendizajes, y en su relación coste/beneficio que la aplicación de técnicas aisladas (Radomsky y Otto, 2001). Entre los componentes más estudiados que forman parte de todos estos tratamientos psicológicos encontramos el cognitivo y la exposición, ya que ambos han hallado numeroso respaldo empírico tanto para su utilización única como combinada en la medida en que disminuyen las respuestas de ansiedad y modifican la forma o el contenido de las cogniciones respectivamente (Echeburúa, 1995; Heimberg y Juster, 2000; Luterek, Eng y Heimberg, 2003; Mattick, Page y Lampe, 1995).

En nuestro país, encontramos el Protocolo Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS; Olivares, 2005), que ha mostrado su bondad empíricamente mediante numerosos trabajos (Olivares, Rosa, Piqueras y Sánchez-García, 2004; Olivares et al., 2005; Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006, 2009; Olivares, Rosa y Vera-Villarreal, 2003). Sus componentes son educación, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, exposición (in vivo e imaginación) y el uso de otras técnicas como el entrena-

Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Ana Rosser Limiñana. Universidad de Alicante. Departamento de Comunicación y Psicología Social. Ctra de S. Vicente del Raspeig, s/n. 03690 San Vicente del Raspeig (Alicante). E-mail: ana.rosser@ua.es

miento en focalizar la atención hacia los estímulos positivos en las situaciones de interacción y actuación social.

Actualmente, las teorías cognitivas otorgan un papel muy importante al proceso atencional a la hora de explicar la aparición y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Amir, Weber, Beard, Bomyea y Taylor, 2008; Bögels, Mulkens y De Jong, 1997; Chen, Ehlers, Clark y Mansell, 2002; McEvoy y Perini, 2009; Mathews y Mackintosh, 1998; Mogg, Philippot y Bradley, 2004; Wells, 1990; Wells, White y Carter, 1997), y plantean que los sujetos que padecen algún problema de ansiedad prestan una mayor atención a la información relacionada con sus miedos y preocupaciones (Mulkens, Bögels, De Jong y Louwers, 2001; Williams, Watts, MacLeod y Matthews, 1997) que al resto de la información. En el caso de la Fobia Social, el modelo cognitivo de Clark y Wells (1995) considera que el proceso de la selección de la información es clave en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, por lo que entre otros ámbitos, los sujetos con fobia social centran su atención en los síntomas somáticos y autónomos de la ansiedad y en las cogniciones y emociones negativas frente a las positivas, mientras que el modelo cognitivo-conductual de Rapee y Heimberg (1997) sugiere además que las personas con ansiedad social atienden a los estímulos de amenaza internos y externos de forma independiente de manera que centrarse en una tendrá implicaciones causales en la experiencia de la otra. Continuando con estas propuestas, Wells y Matthews (1996) proponen el modelo S-REF (Self Regulatory Executive Function Model) donde establecen que las creencias metacognitivas, la atención autofocalizada inflexible y el pensamiento perseverante (rumiación y preocupación) son factores relevantes en el mantenimiento de la disfunción emocional, por lo que el entrenamiento en atención debería disminuir el impacto de esos factores. En esta misma línea, encontramos también diversos estudios cuyos resultados informan de la existencia de un procesamiento de atención selectiva hacia los estímulos de amenaza social que apoyan la especificidad del sesgo atencional (Becker, Rinck, Margraf y Roth, 2001; Chen et al., 1996; McNeil et al., 1995; Spector, Pecknold y Libman, 2003), y por tanto utilizan el entrenamiento de la atención como una técnica que parece mostrar beneficios en el tratamiento de la fobia social en adultos (Amir et al., 2009; Bögels, 2006; Schmidt, Richey, Buckner y Timpano, 2009; Wells y Papageorgiov, 1998). Abundando en el tema, Amir, Elias, Klumpp y Przeworski (2003) informan que los sujetos con fobia social presentan más dificultades que los sujetos no fóbicos sociales para retirar su atención de los estímulos fóbicos sociales amenazantes. Shultz y Heimberg (2008) concluyen que las personas con ansiedad social focalizan su atención tanto a estímulos internos como externos en el transcurso de una situación social. En España, Sanz (1997) y Baños, Quero y Botella (2005), apoyan la existencia de un sesgo atencional en la fobia social que favorece la información relacionada con sus miedos.

Sin embargo, entrenar a los sujetos a focalizar la atención hacia los estímulos positivos en situaciones de interacción y actuación con/ante otros, puede exigir una mayor formación o conocimiento en esta técnica de los terapeutas que aplican el programa y mayores recursos, como por ejemplo se realiza en el *LAFS*. En este programa se administra a cada sujeto un vídeo con un tribunal de tres personas ante el que tienen que realizar tareas específicas diarias, lo que implica unos efectos en la relación costes-beneficios del programa que pueden incluir el rechazo o abandono de los sujetos o sus padres a participar en el programa debido a que les priva de tiempo de estudio académico.

Por todo ello, nuestro objetivo es evaluar si es pertinente minimizar estos costes en la aplicación del *LAFS* sin que suponga disminuir su eficacia, ya que recordando a Masia-Wagner, Storch, Fisher y Klein (2003), no basta con saber que un tratamiento es superior a la no intervención o a uno o más protocolos de intervención, sino que se requiere obtener información sobre su eficacia relativa, es decir, sobre si los efectos se deben a elementos específicos del tratamiento o a factores inespecíficos como, por ejemplo, características del paciente o del terapeuta y su relación eficacia-eficiencia. Así pues, el objetivo general de nuestro estudio es analizar en una muestra de adolescentes españoles diagnosticados con Fobia Social Generalizada la importancia del componente de entrenamiento en focalización atencional a los estímulos positivos en situaciones de interacción y actuación social dentro del protocolo *LAFS*.

Método

Participantes

Los participantes del estudio fueron 53 adolescentes españoles que cumplían los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de Fobia Social Generalizada seleccionados de entre 8 centros públicos de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) escogidos aleatoriamente de la Provincia de Alicante. La edad media fue de 15.90 años ($DT = 0.84$; rango = 13-17), siendo el 86.79% mujeres que cursaban 4º de E.S.O (65.50%). El 92.3% de los sujetos no presentaban antecedentes familiares con trastornos psicológicos y ninguno había recibido tratamiento psicológico previamente. Tres sujetos rechazaron participar en el programa por lo que finalmente la muestra se compuso de 50 sujetos, con un número mayor de chicas (42; 84%) que de chicos (8; 16%) y una media de edad de 14.84 años ($DT = 0.88$; rango = 13-17 años). Los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente a dos condiciones experimentales, siendo equivalentes en todas las medidas sociodemográficas. En la Tabla 1 se recogen otros datos relevantes de los sujetos en ambas condiciones experimentales.

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra.

| | | Grupo IAFS n = 25 | Grupo IAFS sin FA n = 25 |
|------------------------------------|---|----------------------|-----------------------------|
| Edad | Media | 14.88 | 14.80 |
| | Desviación Típica | .72 | 1.04 |
| Sexo (%) | Chicos | 16.00% | 16.00% |
| | Chicas | 84.00% | 84.00% |
| Curso Escolar | Tercer curso E.S.O. | 32.41% | 31.50% |
| | Cuarto curso E.S.O. | 67.09% | 68.50% |
| | Primer de Bachillerato | .50% | 0 |
| Nº de situaciones sociales temidas | Media | 8.44 | 8.72 |
| | Desviación típica | 1.82 | 3.06 |
| Comorbilidad (%) | Trastorno de pánico | 4.00% | 0% |
| | Agorafobia | 0% | 0% |
| | Trastorno de ansiedad generalizada | 12.00% | 4.00% |
| | Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) | 0% | 4.00% |
| | TOC de la personalidad | 0% | 12.00% |
| | Fobia específica | 8.00% | 8.00% |
| Comorbilidad (%) | Trastorno por estrés postraumático | 4.00% | 0% |
| | Episodio depresivo mayor | 8.00% | 0% |
| | Trastorno Distímico | 4.00% | 0% |
| | Abuso de alcohol | 0% | 0% |
| | Abuso del consumo de sustancias tóxicas | 0% | 0% |
| | Trastorno de personalidad por evitación | 64.00% | 68.00% |
| | Mutismo selectivo | 16.00% | 24.00% |

Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo en cuatro fases: (i) Detección. Administración del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) y la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca y López, 1998), a una muestra de 870 adolescentes voluntarios matriculados en 8 centros de públicos de E.S.O de la provincia de Alicante. Después de corregir los cuestionarios, se seleccionó a los sujetos que superaban el punto de corte de los mismos (SPAI ≥ 97 ; SAS-A ≥ 57 ; Olivares, García-López, Turner, La Greca y Beidel, 2002); (ii) Evaluación Diagnóstica. Se citó a los adolescentes que superaron los puntos de corte del SPAI y SAS-A para ser entrevistados individualmente mediante la ADIS-IV-L (Di Nardo, Brown y Barlow, 1994) tras la cual 70 sujetos cumplieron los criterios para dicho diagnóstico de Fobia Social en la actualidad (53 para Fobia Social Generalizada y 17 para Fobia Social Específica). En nuestro estudio se seleccionaron únicamente a los 53 sujetos que recibieron un diagnóstico de Fobia Social Generalizada atendiendo a los criterios del DSM-IV (APA, 2002); (iii) Oferta del tratamiento a los sujetos con Fobia Social Generalizada y distribución y manejo de los grupos. Se realizó una reunión informativa con los adolescentes y sus padres, a los que se les pidió firmar el consentimiento paterno para participar en el estudio, el cual enmascarado como taller de habilidades sociales. Tres adolescentes rechazaron participar en el tratamiento alegando falta de tiempo o in-

compatibilidad de horarios. Se distribuyó a los 50 sujetos aleatoriamente a las 2 condiciones experimentales, las cuales quedaron integradas por 3 subgrupos. Dos de 8 sujetos y 1 de 9 en ambas modalidades de intervención; (iv) Evaluación pretest, aplicación del tratamiento y evaluaciones relativas al postest y al seguimiento (a los 6 meses de finalizar la intervención). El programa se aplicó en contexto comunitario en los propios centros educativos de los sujetos participantes, dentro del marco general del Programa para la Detección e Intervención Temprana de Adolescentes con Fobia Social que se lleva a cabo en la Unidad de Terapia de Conducta del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia (España).

Diseño

Para conseguir nuestros objetivos, se utilizó un diseño experimental con dos condiciones experimentales: IAFS (Intervención en Adolescentes con Fobia Social) e IAFS sFA (Intervención en Adolescentes con Fobia Social sin Focalización de la Atención), y con comparaciones inter e intragrupo. Con el fin de maximizar la participación de los sujetos y controlar la mortalidad experimental, todas las sesiones se realizaron en los centros educativos en un horario compatible con las clases de los alumnos. La integridad del tratamiento se controló con la utilización por parte de los terapeutas de un manual escrito (véase Olivares, 2005) en el caso de la modalidad de intervención IAFS y un manual escrito elabo-

rado ad hoc y no publicado para el tratamiento parcialmente desmantelado. Las dos condiciones experimentales fueron evaluadas antes de iniciar el tratamiento, inmediatamente después de terminarlo y a los 6 meses de seguimiento. Todos los sujetos recibieron 12 sesiones de tratamiento. En la condición *LAFS* se aplicaron todos los componentes del programa (educativo, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en reestructuración cognitiva, exposición, focalización de la atención, práctica programada), mientras que en el caso de la condición *LAFS* sin FA no se realizó ningún entrenamiento en focalización de la atención hacia los estímulos positivos en situaciones de interacción y actuación social, ni ninguna tarea relacionada con este componente en ningún momento de la intervención.

Instrumentos de Evaluación

Todos los sujetos completaron en el pretest, postest y seguimiento a los 6 meses los siguientes instrumentos de evaluación:

El *Inventario de Ansiedad y Fobia Social* (SPAI; Turner et al., 1989), que incluye tres puntuaciones: la puntuación de la subescala de Fobia Social, la puntuación de la subescala de Agorafobia y la puntuación Diferencia. Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (1999) estudiaron las propiedades psicométricas del SPAI en población adolescente española, indicando que se habían alcanzado coeficientes adecuados de consistencia interna (.955; .835 y .955 para los valores Fobia Social, Agorafobia y Diferencia, respectivamente).

La *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes* (SAS-A; La Greca y López, 1998), adaptada a población española por Olivares, Ruiz et al. (2005), la cual presenta una estructura trifactorial: (a) la subescala de miedo a la evaluación negativa -FNE, (b) la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños -SAD-Extraños- y (c) la subescala de ansiedad y evitación social en general -SAD-General. Los resultados del trabajo de Olivares mencionado muestran una consistencia interna de .91 para la puntuación total y de .94 para la dimensión FNE.

La *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa* (FNE; Watson y Friend, 1969), adaptada y validada para esta población por García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner (2000), que muestra una fiabilidad test-retest, con un mes de intervalo, de .78 y un coeficiente alfa de consistencia interna de .94.

La *Escala de Asertividad* (RAS; Rathus, 1973). Este autoinforme se desarrolló para medir las conductas asertivas del sujeto y su coeficiente alfa de consistencia interna varía entre .73 y .86 para población española (Salaberria y Echeburúa, 1995).

La *Escala de Inadaptación* (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Este autoinforme consta de 6 ítems valorados de 0 a 5 en una escala Likert en la que la persona valora en qué medida sus problemas actuales afectan a su vida en general así como a 5 áreas más concretas: Trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relaciones de pareja y

vida familiar. La fiabilidad en población adulta española es de 0.94 con el coeficiente alfa de Cronbach.

La *Escala de Autoestima* (SASI; Rosenberg, 1965) para medir el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Los resultados de la validación de la escala en una muestra de universitarios españoles, muestran una alta consistencia interna y estabilidad temporal tras cuatro semanas de intervalo (Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalbo, 2007).

La *Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes* (EHSPA; Méndez, Martínez, Sánchez y Hidalgo, 1995). Esta escala evalúa el grado de dificultad que experimenta el adolescente, mediante una escala de 5 puntos (0 = ninguna dificultad, 4 = máxima dificultad), en 4 áreas: instituto/colegio, amigos, familia y calle. La consistencia interna y la fiabilidad test-retest para la puntuación total de la escala es de .94 y .84, respectivamente (Inglés, Martínez, Méndez y Hidalgo, 1998).

La *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*, (ADIS-IV-L; Di Nardo et al., 1994). También se registró el número de situaciones sociales señaladas como fóbicas en la sección de fobia social del ADIS-IV-L, el cual se tomó como variable dependiente para el cálculo de la significación clínica de los efectos del tratamiento. Estas situaciones se valoran, tanto en miedo como en evitación, de 0 a 8 en la AFIS-IV-L, siendo fóbica cuando la situación generaba malestar alto.

Tratamiento

El programa utilizado con los grupos fue el *LAFS* (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*; Olivares, 2005). La intervención se desarrolla a lo largo de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de duración por sesión y periodicidad semanal. Se compone de cuatro componentes principales: (i) Educativo. Se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la fobia social, se planifican las conductas-objetivo individuales y se evalúan las expectativas que tiene el sujeto tanto para el tratamiento como para cada una de las conductas objetivo fijadas. (ii) Entrenamiento en habilidades sociales. Integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades, así como entrenamiento en hablar en público. (iii) Técnicas de reestructuración cognitiva. Se utiliza la terapia cognitiva de Beck (1970, 1976, 1987), siguiendo las etapas educativa, de entrenamiento y de aplicación, y el formato A-B-C de Ellis (1962), para discutir pensamientos automáticos e irracionales. (iv) Exposición. Es el elemento central del programa. En torno a este componente giran casi todas las actividades que se planifican para el entrenamiento durante las sesiones de tratamiento. Así, por ejemplo, para la exposición a situaciones como iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo sexo o del sexo opuesto se emplean chicos y chicas de edad equivalente, o algo mayores a las de los participantes, los cuales son desconocidos para éstos y han sido previamente entrenados para tal fin, actuando como

cómplices de los terapeutas; todo ello de acuerdo con un plan previamente diseñado y estructurado.

Desde la primera sesión y a lo largo de toda la intervención se lleva a cabo el entrenamiento en focalización atencional. Esta técnica consiste en entrenar a los sujetos a focalizar la atención en los estímulos positivos y agradables en situaciones de interacción y actuación social a través de la exposición a un disco de vídeo (DVD) con un tribunal ante el que se exponen diariamente dando una charla de cinco minutos de duración que han debido preparar previamente y durante la que deben focalizar su atención a los estímulos positivos de los receptores de su actuación.

El IAFS incluye además tareas para casa, acordes con el entrenamiento recibido, que conllevan exposiciones en vivo y en imaginación a situaciones relativas a los contenidos entrenados. Estas tareas tienen como finalidad consolidar y generalizar los contenidos, habilidades y destrezas ensayados en el contexto clínico seguro que supone el formato grupal. Además, los sujetos disponen de un horario de consultas opcional e individual para planificar con el terapeuta tareas de autoexposición relativas a las conductas objetivo fijadas por cada participante, así como para clarificar o ahondar en los contenidos explicados en las sesiones de grupo o en cualquier otra cuestión relativa al tratamiento. El horario de tutoría es de dos horas semanales, distribuidas de modo flexible que se articula en función del número de sujetos que solicitan consulta para esa semana. Ambos grupos presentaban las mismas opciones de horario de consulta.

El programa también incluye en su última sesión instrucciones de cara a la prevención de recaídas, haciendo especial hincapié en identificar las situaciones de alto riesgo en las que los sujetos pueden experimentar ansiedad y deseos de emitir respuestas de evitación y/o escape. De igual modo, se analizan las situaciones sociales que aún generan ansiedad y se discute la importancia de continuar exponiéndose a ellas, recordándose cómo ha de realizarse tal exposición para que resulte efectiva.

Resultados

Análisis estadísticos

Para conseguir nuestros objetivos se llevaron a cabo análisis comparativos tanto intra como intergrupo. En primer lugar, se comprobó si las condiciones experimentales estaban equiparadas en el pretest mediante una comparación de medias y/o frecuencias (Chi-Cuadrado de Pearson o Prueba t de Student) según el tipo de variable medida. Los datos indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cada momento temporal. Para la evaluación de los efectos del tratamiento en el postest y seguimiento entre los grupos aplicamos la prueba t de comparación de medias independientes. También se calcularon los tamaños del efecto $-TE$, d - (“diferencia media tipificada”;

Hedges y Olkin, 1985), resultantes de la comparación de las diferencias entre los grupos en los distintos momentos temporales (postest y seguimiento a los 6 meses), utilizando la desviación típica conjunta, calculada mediante el programa DSTAT (Johnson, 1991). Los valores d + positivos, para una mejor comprensión de los resultados, reflejaban una mejora del primer grupo frente al segundo en cada una de las variables dependientes, independientemente de la dirección de la medida. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SSPS 15.0. En cuanto a los análisis intragrupo, se realizó un ANOVA de medidas repetidas en las variables dependientes con tres momentos de evaluación (pretest, postest y seguimiento a los 6 meses). También nos interesó analizar la significación clínica del tratamiento atendiendo a dos criterios: 1. De remisión total (100%) del número de situaciones sociales fóbicas informadas por los sujetos en la entrevista diagnóstica (ADIS-IV-L; Di Nardo et al., 1994) en el pretest; y 2. De remisión parcial operacionalizada como una disminución entre el 99.99% y el 75% del número de situaciones sociales fóbicas. Para ello, se utilizó la Prueba Chi Cuadrado de Pearson. De igual modo, también llevamos a cabo el estudio de los TE intra-grupo, calculados mediante la diferencia entre las medias en el pretest y postest o seguimiento, dividida por la desviación típica del pretest.

Comparaciones intergrupo

Los datos expuestos en la Tabla 2 ponen de manifiesto que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el postest y en el seguimiento a los 6 meses, en la mayoría de las variables que miden ansiedad y evitación social. Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el postest en las variables SPAI Agorafobia ($p = .010$) y SAS-A/G ($p = .000$), a favor de la condición IAFS que obtuvo mejores resultados. Sin embargo, dichas diferencias no se mantienen en el seguimiento a los 6 meses ni en estas variables ni en el resto de las presentadas en la Tabla 2.

Con respecto a los datos de las variables medidas relativas al componente cognitivo de la Fobia Social expuestos en la Tabla 3, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ni en el postest ni en el seguimiento en ninguna de las variables mencionadas.

En la Tabla 4, observamos la misma tendencia que en las variables mencionadas anteriormente, excepto en la variable SASI en el postest ($p = .008$); sin embargo estas diferencias desaparecen a los 6 meses de finalizar el tratamiento.

Atendiendo a los tamaños del efecto, que comparan las medias entre el protocolo completo y la condición desmantelada, aquellas variables cuya puntuación es positiva indicaría que se ha obtenido un mayor tamaño del efecto en el grupo IAFS completo frente a la condición desmantelada (IAFS sin FA).

Tabla 2: Respuestas de Ansiedad y Evitación Social.

| Variables | Evaluación | IAFS | | IAFS sin FA | | t | TE |
|----------------------------|------------|------|----------------|-------------|----------------|----------------------|-------|
| | | n | M (DT) | n | M (DT) | | |
| Nº sit. sociales fóbicas | Pretest | 25 | 8.44 (1.82) | 25 | 8.72 (3.06) | t(48)= 0.393; p=.696 | -- |
| | Postest | 25 | 1.36 (1.60) | 25 | 2.12 (2.89) | t(48)= 1.149; p=.256 | .320 |
| | Segto 6 | 25 | 1.33 (2.72) | 25 | 0.44 (.82) | t(48)=-1.565; p=.124 | -.435 |
| Nºsit sociales fóbicas act | Pretest | 25 | 1.84 (0.89) | 25 | 2.16 (1.21) | t(48)=1.060; p=.295 | -- |
| | Postest | 25 | .40 (.57) | 25 | .36 (.56) | t(48)=-0.247; p=.806 | -.069 |
| | Segto 6 | 25 | .50 (1.14) | 25 | .52 (1.20) | t(48)=-1.234; p=.223 | .345 |
| Nºsit sociales fóbicas int | Pretest | 25 | 6.60 (1.65) | 25 | 6.40 (1.87) | t(48)=-0.400; p=.691 | -- |
| | Postest | 25 | .96 (1.33) | 25 | 1.76 (2.53) | t(48)=1.394; p=.170 | .389 |
| | Segto 6 | 25 | .83 (1.60) | 25 | .24 (.52) | t(48)=-1.753; p=.086 | -.487 |
| SPAI-Fobia Social | Pretest | 25 | 134.50 (19.86) | 25 | 126.12 (25.24) | t(48)=-1.306; p=.198 | -- |
| | Postest | 25 | 64.38 (24.89) | 25 | 111.32 (42.58) | t(48)=1.621; p=.112 | .451 |
| | Segto 6 | 25 | 48.34 (30.25) | 25 | 58.75 (22.78) | t(48)=0.054; p=.957 | .015 |
| SPAI-Agorafobia | Pretest | 25 | 25.12 (10.56) | 25 | 23.24 (9.86) | t(48)=-0.650; p=.519 | -- |
| | Postest | 25 | 10.88 (6.45) | 25 | 17.24 (9.89) | t(48)=2.691; p=.010 | .749 |
| | Segto 6 | 25 | 8.54 (7.05) | 25 | 8.56 (5.61) | t(48)=0.010; p=.992 | .003 |
| SPAI-Diferencia | Pretest | 25 | 111.12 (27.95) | 25 | 102.60 (23.80) | t(48)=-1.161; p=.251 | -- |
| | Postest | 25 | 53.13 (21.77) | 25 | 66.07 (26.60) | t(48)=1.882; p=.066 | .523 |
| | Segto 6 | 25 | 39.78 (24.88) | 25 | 40.19 (21.37) | t(48)=0.063; p=.950 | .017 |
| SAS-A/G | Pretest | 25 | 15.16 (6.18) | 25 | 12.56 (4.08) | t(48)=-1.769; p=.083 | -- |
| | Postest | 25 | 7.72 (1.92) | 25 | 10.72 (3.37) | t(48)=3.862; p=.000 | 1.075 |
| | Segto 6 | 25 | 8.54 (3.51) | 25 | 7.76 (3.04) | t(48)=-0.833; p=.409 | -.233 |
| SAS-A/E | Pretest | 25 | 21.64 (5.17) | 25 | 20.76 (4.08) | t(48)=-0.667; p=.508 | -- |
| | Postest | 25 | 13.80 (4.64) | 25 | 16.64 (9.68) | t(48)=1.322; p=.192 | .565 |
| | Segto 6 | 25 | 12.87 (6.15) | 25 | 13.60 (2.90) | t(48)=0.531; p=.598 | .149 |
| SAS-A/Total | Pretest | 25 | 62.72 (11.55) | 25 | 59.12 (11.19) | t(48)=-1.119; p=.269 | -- |
| | Postest | 25 | 41.64 (11.69) | 25 | 44.04 (15.48) | t(48)=0.618; p=.539 | .172 |
| | Segto 6 | 25 | 33.20 (16.40) | 25 | 39.96 (7.82) | t(48)=1.850; p=.071 | .517 |

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobial Social; SAS-A/Total: Puntuación Total de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; SAS-A/E: Subescala de ansiedad y evitación social ante extraños de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; SAS-A/G: Subescala de ansiedad y evitación social en general de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes.

Tabla 3: Respuestas relativas al componente cognitivo de la Fobia Social

| Variables | Evaluación | IAFS | | IAFS sin FA | | t | TE |
|-----------|------------|------|--------------|-------------|--------------|----------------------|-------|
| | | n | M (SD) | n | M (SD) | | |
| SAS-A/FNE | Pretest | 25 | 25.92 (5.71) | 25 | 25.80 (7.18) | t(48)=-0.065; p=.948 | -- |
| | Postest | 25 | 20.12 (6.41) | 25 | 20.04 (9.40) | t(48)=-0.035; p=.972 | -.009 |
| | Segto 6 | 25 | 15.12 (8.36) | 25 | 18.60 (5.39) | t(48)=1.736; p=.089 | .486 |
| FNE | Pretest | 25 | 22.92 (3.86) | 25 | 23.48 (4.26) | t(48)=-0.487; p=.629 | -- |
| | Postest | 25 | 15.80 (5.56) | 25 | 16.36 (3.89) | t(48)=0.413; p=.682 | .114 |
| | Segto 6 | 25 | 11.25 (8.34) | 25 | 12.28 (5.10) | t(48)=0.524; p=.603 | .146 |

SAS-A/FNE: Subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE) de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; FNE: Escala de miedo a la Evaluación Negativa.

Tabla 4: Otros correlatos.

| Variables | Evaluación | IAFS | | IAFS sin FA | | t | TE |
|-----------|------------|------|----------------|-------------|---------------|----------------------|-------|
| | | n | M (SD) | n | M (SD) | | |
| RAS | Pretest | 25 | -30.88 (17.48) | 25 | -32.04 (7.54) | t(48)=-0.305; p=.762 | -- |
| | Postest | 25 | 8.32 (19.19) | 25 | 3.52 (12.02) | t(48)=-1.060; p=.295 | .294 |
| | Segto 6 | 25 | 19.16 (24.01) | 25 | 23.48 (20.75) | t(48)=0.674; p=.504 | -.189 |
| SASI | Pretest | 25 | 19.84 (5.08) | 25 | 20.36 (4.45) | t(48)=0.385; p=.702 | -- |
| | Postest | 25 | 28.80 (5.42) | 25 | (3.41) | t(48)=2.747; p=.008 | -.764 |
| | Segto 6 | 25 | 29.41 (7.83) | 25 | 30.60 (4.68) | t(48)=0.645; p=.522 | -.181 |
| EI | Pretest | 25 | 24.68 (3.78) | 25 | 26.56 (3.64) | t(48)=1.790; p=.080 | -- |
| | Postest | 25 | 12.76 (5.27) | 25 | 13.68 (5.80) | t(48)=0.586; p=.561 | .163 |
| | Segto 6 | 25 | 11.20 (6.29) | 25 | 9.72 (3.88) | t(48)=-0.991; p=.322 | -.278 |
| EHSPA | Pretest | 25 | 79.64 (38.13) | 25 | 72.68 (28.91) | t(48)=-0.727; p=.471 | -- |
| | Postest | 25 | 53.00 (20.28) | 25 | 52.68 (29.95) | t(48)=-0.044; p=.965 | -.012 |
| | Segto 6 | 25 | 37.87 (26.44) | 25 | 39.44 (14.43) | t(48)=-0.234; p=.814 | .066 |

RAS: Escala de Asertividad; EI: Escala de Inadaptación; SASI: Escala de Autoestima; EHSPA: Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes.

Comparaciones intragrupo

Con respecto al análisis de las medidas intragrupo (ANOVA), realizado en ambas condiciones experimentales, los resultados indican que todos los sujetos, independientemente de la condición experimental, reducen sus puntuaciones en el postest en ansiedad y evitación social, y aumentan en las variables relativas a autoestima, adaptación, habilidades sociales y asertividad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas respecto del pretest con un nivel de significación alto ($p < .05$). Los datos reflejados en la Tabla 5 muestran cómo los tamaños del efecto son, en general, mayores incluso en el seguimiento que en el postest en ambas modalidades de tratamiento.

Significación Clínica

En cuanto a la significación clínica de los cambios, se determinó mediante el estudio del porcentaje de sujetos que dejaba de presentar miedo a situaciones sociales, es decir, aquellos que presentaban una remisión total (100%) del número de situaciones sociales fóbicas que interfieren en su vida cotidiana y que inicialmente han sido declaradas por los sujetos en la entrevista. La remisión parcial se valoraba mediante una reducción de las situaciones mencionadas entre el 99.99%-75%. Los resultados hallados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones en ninguno de los criterios de remisión ($p = .777$ en el postest; $p = .928$ en el seguimiento), observándose que las mejoras se producen en todos los sujetos y se incrementan con el tiempo en ambas condiciones independientemente de si se trataba de la modalidad IAFS o la versión parcialmente dismantelada. Con respecto al primer criterio de remisión total (100%) en el postest, se aprecian proporciones de remisión similares entre la condición *LAFS* (52%) e *LAFS* sin Focalización de la atención (48%). Esta mejoría aumenta en el seguimiento a los 6 meses con resultados idénticos en la tasa de remisión (72%), lo que es congruente con los resultados obtenidos en otros estudios previos (Olivares y García-López, 2001; Olivares et al., 2009; Olivares et al., 2005). Del

mismo modo, en el segundo criterio de remisión del número de situaciones sociales temidas, los resultados indican que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las dos condiciones experimentales ni en el postest ($p = .149$) ni en el seguimiento a los 6 meses ($p = .573$).

Discusión

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo muestran que el programa IAFS, de nuevo es eficaz en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes tanto a corto como a medio plazo (Olivares et al., 2005; 2006; 2009). El objetivo principal de este trabajo fue analizar la eficacia relativa del componente de focalización atencional en los efectos generados por el programa *LAFS*. Este programa ha sido aplicado en contexto comunitario dentro del marco general del Programa para la Detección e Intervención Temprana de Sujetos Adolescentes con Fobia Social. Los resultados obtenidos nos permiten concluir que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre entrenar a los sujetos a focalizar su atención hacia los estímulos positivos en una situación social de interacción o de actuación con otros o no hacerlo en la aplicación del programa *LAFS* en adolescentes que han sido diagnosticados con Fobia Social Generalizada (American Psychiatric Association, 2002). De hecho, los beneficios producidos por el tratamiento no sólo se mantienen en el postest sino que en general se incrementan, aunque muy ligeramente, con el paso del tiempo independientemente de la condición experimental, lo que es coherente con otros estudios (Olivares et al., 2003; 2005; 2009). De acuerdo con nuestros datos, también cabe indicar que en nuestro trabajo se observa una mejora estadísticamente significativa en todas las variables medidas en ambas intervenciones, lo que es consistente con otros trabajos previos (Olivares y García-López, 2002; Olivares et al., 2002; Olivares, Rosa y García-López, 2004). Centrándonos en las comparaciones intragrupo, los datos indican que se alcanzan mayores tamaños del efecto ligeros en las comparaciones pretest-seguimiento a los 6 meses que en las pretest-postest en ambas condiciones,

lo que es coherente con los resultados de otros trabajos como Salaberría y Echeburúa (1995), por lo que se demuestra que el IAFS se muestra estadísticamente eficaz tanto en su versión completa como en la condición desmantelada en el posttest y en el seguimiento a los 6 meses, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las respuestas de ansiedad de los sujetos. Nuestros resultados, en consonancia con los obtenidos en adultos por Bögels (2006), McEvoy et al. (2009) y Mulken et al. (2001), no apoyan que el entrenamiento a los sujetos con fobia social en focalización de la atención contribuya a mejorar significativamente los resultados obtenidos con el protocolo original, ni desde el punto de vista estadístico ni desde el punto de vista clínico, a pesar de que recientes estudios sobre el trastorno enfatizan la importancia de entrenar la atención (Chen et al., 2002; Mogg et al., 2004) y le otorgan un papel causal en su mantenimiento (Amir et al., 2008; Smichdt et al., 2009). En relación a la significación clínica de los efectos de tratamiento, de cara a valorar los cambios operados por las dos

condiciones experimentales, nuestros resultados muestran que en el seguimiento a los 6 meses, tanto la condición IAFS como la condición parcialmente desmantelada sin el componente de focalización atencional, la proporción de sujetos que dejan de presentar situaciones fóbicas incapacitantes es similar (71.42%), dejando, por tanto, de cumplir los criterios para el diagnóstico de Fobia Social Generalizada (eliminación del 100% del número de situaciones sociales temidas informadas según los criterios del DSM-IV-TR; APA, 2002). Por todo ello, consideramos que el papel del entrenamiento en focalización de la atención, a pesar de mostrarse como una alternativa prometedora o complementaria en la intervención de adultos con fobia social (Wells et al., 1998; Wells et al., 1997), no parece que sea un elemento clave en contra de lo que plantean algunos autores (Amir et al., 2003; Becker et al., 2001; Chen et al., 1996; McNeil et al., 1995; Spector et al., 2003; Wells, 1990), atendiendo a la forma y estructuración de nuestro protocolo de tratamiento IAFS.

Tabla 5: Tamaños del efecto intragrupos entre pretest-posttest y pretest-seguimiento.

| Variables | Evaluación | IAFS | IAFS sin FA |
|------------------------------------|---------------------|------|-------------|
| Nºsit sociales fóbicas | Postest | 3.89 | 2.15 |
| | Seguimiento 6 meses | 3.90 | 2.70 |
| Nºsit sociales fóbicas actuación | Postest | 0.57 | 1.48 |
| | Seguimiento 6 meses | 1.50 | 1.61 |
| Nºsit sociales fóbicas interacción | Postest | 3.41 | 2.48 |
| | Seguimiento 6 meses | 3.49 | 3.29 |
| SPAI-Fobia Social | Postest | 3.53 | 0.58 |
| | Seguimiento 6 meses | 4.33 | 3.06 |
| SPAI-Agorafobia | Postest | 1.34 | 0.60 |
| | Seguimiento 6 meses | 1.57 | 1.48 |
| SPAI-Diferencia | Postest | 2.07 | 1.53 |
| | Seguimiento 6 meses | 2.55 | 2.62 |
| SAS-A/G | Postest | 1.20 | 0.46 |
| | Seguimiento 6 meses | 1.07 | 1.21 |
| SAS-A/E | Postest | 1.51 | 1.00 |
| | Seguimiento 6 meses | 1.69 | 1.75 |
| SAS-A/Total | Postest | 1.82 | 1.34 |
| | Seguimiento 6 meses | 2.55 | 1.71 |
| SAS-A/FNE | Postest | 1.01 | 0.80 |
| | Seguimiento 6 meses | 1.89 | 1.00 |
| FNE | Postest | 1.84 | 1.67 |
| | Seguimiento 6 meses | 3.02 | 2.62 |
| RAS | Postest | 1.29 | 3.78 |
| | Seguimiento 6 meses | 0.67 | 1.13 |
| SASI | Postest | 1.76 | 2.60 |
| | Seguimiento 6 meses | 1.88 | 2.30 |
| EI | Postest | 3.15 | 3.53 |
| | Seguimiento 6 meses | 3.56 | 4.62 |
| EHSPA | Postest | 0.69 | 0.69 |
| | Seguimiento 6 meses | 1.09 | 1.25 |

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobias Sociales; SAS-A/Total: Puntuación Total de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; SAS-A/E: Subescala de ansiedad y evitación social ante extraños de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; SAS-A/G: Subescala de ansiedad y evitación social en general de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes. SAS-A/FNE: Subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE) de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes; FNE: Escala de miedo a la Evaluación Negativa. RAS: Escala de Asertividad; EI: Escala de Inadaptación; SASI: Escala de Autoestima; EHSPA: Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes.

Respecto de las limitaciones a mencionar en este estudio, hemos de indicar la baja representatividad de la muestra. Son adolescentes escolarizados de centros educativos muy específicos, no se trata de sujetos que demanden el tratamiento si no que se le ofrece. Por otro lado, debiéramos controlar en futuros estudios que los sujetos realicen en casa bien el modo de focalizar la atención ya que puede ser que, a pesar de estar entrenados en la práctica no lo utilicen. Por otro lado, presentamos datos de autoinformes y autorregistros, no indicando medidas de observación. Éstas limitaciones pueden convertirse en retos para seguir investigando en esta línea junto a la consideración de otros aspectos tales como, variar el número de sesiones, eliminando la focalización atencional,

su duración o la intensidad de la exposición (presencia de los padres, realización de actividades grupales complementarias o exposición en público) así como las características del sujeto y del terapeuta o estudiar en profundidad el papel de las variables predictoras del fracaso terapéutico. En esta dirección, podríamos continuar trabajando introduciendo dentro del proceso de evaluación a padres, profesores y compañeros a fin de valorar la validez social de los cambios generados por el tratamiento y analizando la eficacia de los tests situacionales para medir el cambio terapéutico o depurar qué instrumentos son los más adecuados para medir la eficacia terapéutica del programa IAFS.

Referencias

- Albano, A.M., Di Bartolo, P.M., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier, (eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 387-425). Nueva York: Guilford Press.
- Albano, A.M., Di Bartolo, P.M., Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- Albano, A.M., Marten, P.A. y Holt, C.S. (1991). Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia. Manuscrito no publicado.
- American Psychiatric Association (2002). Diagnostic and statistical manual for mental disorders. DSM-IV-TR. Washington, DC.
- Amir, N., Beard, C., Taylor, C., Klumpp, H., Elias, J., Burns, M y Chen, X. (2009). Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 961-973.
- Amir, N., Elias, J., Klumpp, H. y Przeworski, A. (2003). Attentional bias to threat in social phobia: facilitated processing of treat or difficulty disengaging attention from threat? *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1325-1335.
- Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J. y Taylor, C. (2008). The effect of a single session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 860-868.
- Baños, R.M., Quero, S. y Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 23-42.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behaviour therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Becker, E.S., Rinck, M., Margraf, J. y Roth, W. (2001). The emotional Stroop effect in anxiety disorders. General emotionality or disorder specificity? *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 147-159.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (2005). *Childhood anxiety disorders. A guide to research and treatment*. Nueva York: Routledge.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Morris, T.L. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Children: A treatment manual*. Manuscrito no publicado. Medical University of South Carolina.
- 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.
- Bögels, S.M. (2006). Task concentration training versus applied relaxation in combination with cognitive therapy for social phobia patients with fear of blushing, trembling and sweating. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1199-1210.
- Bögels, S.M., Mulkens, S. y De Jong, P.J. (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251-258.
- Cervera, S. y Schlatter, J. (2003). Aspectos etiopatogénicos actuales en la fobia social. *Psiquiatría Biológica*, 10, 43-52.
- Chavira, D.A. y Stein, M.B. (2002). Combined Psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 47-54.
- Chen, Y.P., Craske, M., Bohn, P. y Bystritsky, A. (1996). Specificity of attentional bias in panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 526-541.
- Chen, Y.P., Ehlers, A., Clark, D.M. y Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687.
- Clark, D.M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En: Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. y Schneier, F.R. (Ed.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Dewit, D.J., Ogborne, A., Offord, D.R. y MacDonald, K.M. (1999). Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychological Medicine*, 29, 569-582.
- Di Nardo, 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., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Essau, C.A., Conrad, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Fairbrother, N. (2002). The treatment of social phobia. 100 years ago. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1291-1304.
- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance Distress scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- Hedges, L.V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heimberg, R.G. y Juster, H.R. (2000). Cognitive-behavioral treatments: Literature review (pp. 261-309). In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford.

- Inglés, C.J., Martínez, J.A., Méndez, F.X. y Hidalgo, M.D. (1998). *Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA)*. Comunicación presentada en el 4º Congreso Internacional de Conductismo y Ciencias de la Conducta. Sevilla.
- Johnson, B.T. (1991). *DSTAT: Software for the Meta-analytic Review of Research Literatures* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- La Greca, A.M. y López, N. (1998). Social Anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 83-94.
- Lampe, L.A. (2002). Social phobia: common, disabling and treatable. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 169-75.
- Luterek, J.L., Eng, W. y Heimberg, R.G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: Teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11, 563-581.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. y Grijalbo, F. (2007). The Rosenberg Self-Steem: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Masia-Warner, C.L., Klein, R.G., Storch, E.A. y Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in Adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 780-786.
- Masia-Warner, C.L., Storch, E.A., Fisher, P. y Klein, R.G. (2003). Avances recientes y nuevas tendencias en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social en jóvenes. *Psicología Conductual*, 11, 3.
- Masia-Warner, C.L., Storch, E.A., Pincus, D.B., Klein, R.G., Heimberg, R.G. y Liebowitz, M.R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1076-1084.
- Matthews, A. y MacKintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 539-560.
- Mattick, R.P., Page, A. y Lampe, L. (1995). Cognitive and behavioural aspects. En M.B. Stein (dir.). *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp.189-227). Washington, D.C.
- McEvoy, P. y Perini, S. (2009). Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 519-528.
- McNeil, D.W., Riess, B.J., Taylor, L.J., Boone, M.L., Carter, L.E., Turk, M.S. y Lewin, M.R. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47-57.
- Méndez, F.X., Martínez, J.A., Sánchez, S.E. y Hidalgo, M.D. (1995). *Escala de habilidades sociales para adolescentes (EHSPA)*. Manuscrito no publicado.
- Mogg, K., Philippot, P. y Bradley, B. (2004). Selective Attention to Angry Faces in Clinical Social Phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 160-165.
- Mulkens, S., Bögels, S.M., De Jong, P.J. y Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- Olivares, J. (Ed.). (2005). Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa, A.I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-428.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. [A new multicomponent treatment for adolescents with generalized social phobia: Results of a pilot study]. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14, 405-409.
- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C., Turner, S.M., Albano, A.M. y Hidalgo, M.D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- Olivares, J., García-López, L.J., Turner, S., La Greca, A.M. y Beidel, D. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y Rosa, A.I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18, 207-212.
- Olivares, J., Rosa, A.I., Caballo, V.E., García-López, L.J., Orgilés, M. y López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 599-622.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y García-López, L.J. (2004). Fobia Social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Olivares, P.J. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 565-580.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Olivares, P.J. (2009). Transmisión de información cualificada frente a un tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 241-258.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A.I., Piqueras, J.A. y Sánchez-García, R. (2004, Noviembre). Efectos del tratamiento psicológico vs. la transmisión de información en la remisión de la fobia social generalizada en adolescentes españoles: primeros resultados. Cartel presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. México.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Vera-Villarreal, P. E. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D., García-López, L.J., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 85-97.
- Radomsky, A.S. y Otto, M.W. (2001). Cognitive-Behavioral therapy for social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 805-815.
- Rappe, R. M. y Heimberg, R.G. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rathus, S.A. (1973). 30-items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Olivares, J. y Inglés, C. (2002). El tratamiento de la fobia social y su repercusión en variables clínicas y de personalidad: Una revisión meta-analítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 749-777.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Sanz, J. (1997). Sesgos atencionales en analogos subclínicos con depresión y ansiedad social. *Annuario de Psicología*, 74, 33-51.
- Schmidt, N.B., Richey, J.A., Buckner, J.D. y Timpano, K.R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 5-14.
- Schultz, L.T. y Heimberg, R.G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-21.

- Spector, I.P., Pecknold, J.C. y Libman, E. (2003). Selective attentional bias related to the noticeability aspect of anxiety symptoms in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 517-531.
- Spence, S. H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Stein, M.B. y Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1-17.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L. y Fredrikson M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: A general population study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 289-98.
- 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*, 1, 35-40.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-45.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. y Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A. y Papageorgiov, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behaviour Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A., White, J. y Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-262.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. y Matthews, A. (1997). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders* (2ª ed.) Chichester: Wiley.

(Artículo recibido: 1-11-2010; revisión: 24-2-2011; aceptado: 26-2-2011)