

Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social

Antonio Vallés Arándiga
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad de Alicante

José Olivares Rodríguez
Universidad de Murcia

Ana Isabel Rosa Alcázar
Universidad de Murcia

Resumen

El presente trabajo se enmarca en un Proyecto para la *Detección e Intervención Temprana de Adolescentes con Fobia Social en el contexto comunitario*, que se ha mostrado reiteradamente eficaz en la reducción y eliminación de este problema en la población adolescente que cursan estudios de Educación Secundaria Obligatoria y Postobligatoria.

Se presentan los resultados de la investigación realizada con alumnos de 3º y 4º de la ESO con Fobia Social Generalizada en varios IES de Alicante y Elche. La eficacia terapéutica del paquete de tratamiento IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*, Olivares y García-López, 1998) mostró el incremento de la competencia social y la mejora de la autoestima en adolescentes que habían sido diagnosticados con el referido trastorno, frente a un *Grupo de Control Pasivo* (sin tratamiento) y un *Grupo de Control Activo* (Tratamiento con un Programa de Estrategias de Aprendizaje que incluía contenidos de exposición a situaciones sociales). Todos los tratamientos fueron desarrollados en los centros educativos.

Los resultados obtenidos a favor del *Grupo de Tratamiento IAFS* en las variables de competencia social (informada por el tutor y por los padres) y de Autoestima se mantuvieron en el seguimiento a los 6 meses.

Palabras Clave: Fobia social, Autoestima, Competencia social. Ansiedad social en adolescentes.

1. INTRODUCCIÓN

Las relaciones sociales entre adolescentes generan cierta ansiedad, que puede considerarse como normal o incluso útil, ya que constituye una conducta adaptada que permite al individuo comportarse adecuadamente ante las relaciones interpersonales nuevas e importantes (Salaberría y Echeburúa, 2003b). Las relaciones con los demás, especialmente con personas extrañas, pueden generar cierto miedo que suele tener un carácter evolutivo con tendencia a desaparecer paulatinamente. Pero a pesar de ello, si la ansiedad manifestada es intensa o muy intensa (debido a que no se ha extinguido tras unos instantes después de haberse iniciado o tras la exposición repetida a varias situaciones sociales) pierde su carácter adaptativo y se convierte en un trastorno que limita las relaciones sociales, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida de los adolescentes que deben relacionarse en el contexto escolar y social. La consecuencia de ello es el aislamiento del individuo con el consiguiente deterioro de su autoestima, el desarrollo de sentimientos depresivos y, en muchos casos, problemas de alcoholismo y drogadicción como estrategias inadecuadas de afrontamiento (Salaberría, 1993; Salaberría y Echeburúa, 2003a), así como déficit en competencia social.

En el período vital de la adolescencia, por sus especiales características, la ansiedad social cobra especial relevancia y da lugar a la génesis y mantenimiento del trastorno. Este período evolutivo constituye una etapa crítica en el desarrollo social del individuo. Se trata de un período de la vida humana en el que tienen lugar importantes cambios en las relaciones interpersonales (Olivares, 2001). En esta etapa acontecen dos fenómenos relevantes que actúan como factores predisposicionales para incrementar hasta elevados niveles la ansiedad social, generando un proceso fóbico denominado Fobia Social (FS, en adelante) (Beidel y Randall, 1994).

- a) Uno de estos fenómenos es el *incremento de las demandas sociales* para que el adolescente se inserte en la vida del adulto.
- b) El segundo lo constituye el *desarrollo cognoscitivo de las operaciones formales*, lo cual permite al individuo la concienciación de la discrepancia existente entre la perspectiva social propia y la que poseen los demás.

Los individuos que presentan mayores dificultades en las relaciones interpersonales en la adolescencia pueden tener un mayor riesgo de padecer Fobia Social, aunque esto no resulta concluyente, ya que estas dificultades en las relaciones con otras personas del entorno del adolescente pueden actuar de modo causal sobre el trastorno, pero además pueden ser correlato o consecuencia de la FS, tal y como pone de relieve la investigación de Inglés, Méndez e Hidalgo (2001) sobre la génesis del trastorno.

Durante el período de la adolescencia, los chicos y las chicas de edades comprendidas entre los 14 y los 16 años (Edades correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria) deben afrontar demandas sociales que, en ocasiones, pueden ser desmesuradas, con respecto a las competencias disponibles. Los adolescentes son conscientes de la discrepancia existente entre cómo creen que los ven los demás y cómo se ven a sí mismos. Perciben que están sometidos a un proceso de evaluación continua por el resto de miembros del grupo de iguales (compañeros del Instituto, grupo de amigos) con los que se relacionan cotidianamente y, ante estas circunstancias, deben establecer cuál es su rol y su

ubicación en el grupo, en un sistema social distinto al de su familia, a la vez que deben afrontar la emocionalidad provocada por los sentimientos negativos de vergüenza, desasosiego, desazón, incertidumbre, recelo, entre otros muchos, que pueden producirse en el caso de no responder socialmente de manera adecuada, tal como ellos creen que sería exigible desde el punto de vista de la normativa y la convención social (Olivares y Caballo, 2003). Estas discrepancias dan lugar a modos sesgados de interpretar acontecimientos sociales y las exigencias que las situaciones interactivas demandan, produciéndose una infravaloración personal en el autoconcepto social y la autoestima personal, que puede tener graves consecuencias para el bienestar personal de los sujetos.

Ante esta problemática adolescente de la ansiedad social, la intervención psicológica está justificada para la mejora de su calidad de vida. El presente trabajo se desarrolla en el marco del Proyecto para la *Detección e Intervención Temprana de Adolescentes con Fobia Social en el contexto comunitario* (Olivares et al., 2003), en el cual se postulan las hipótesis del incremento de la competencia social y la mejora de la autoestima en adolescentes estudiantes de ESO, que habían sido diagnosticados con el referido trastorno, y tratados con el paquete IAFS, frente a un *Grupo de Control Pasivo* (Sin tratamiento) y un *Grupo de Control Activo* (Tratamiento con un Programa de Estrategias de Aprendizaje que incluía contenidos de exposición a situaciones sociales).

1.1. Método

Sujetos

El reclutamiento de los sujetos se llevó a cabo del siguiente modo: se realizó una aplicación de pruebas a 60 estudiantes de 3º y 4º de E.S.O. en centros educativos de Alicante y Elche. Previamente a la administración de estos cuestionarios, se había obtenido la correspondiente autorización por parte de la Dirección de dichos centros educativos y por el Departamento de Orientación.

Además de los cuestionarios específicos de Fobia Social, se administró el *Cuestionario de Autoestima*, (Rosenberg, 1966) y la *Prueba de Competencia Social* (Vallés, 2003) para identificar la percepción de competencia en las relaciones sociales que poseían los tutores y los padres sobre sus alumnos/hijos.

1.2. Descripción de la muestra

Del total de sujetos, 7 declinaron participar en el estudio y 2 de ellos cumplieron parcialmente los cuestionarios, por lo que la muestra definitiva fue de 51 sujetos, constituida por 18 adolescentes con FSLG (35.29%), 28 con FSMG (54.90%) y 5 con FSGG (9.81%), siendo mayor el número de chicas (38 - 74.5%) que el de chicos (13 - 25.5%) y una media de edad de 14.9 años (DT= .820, rango: 14-16 años).

1.3. Diseño

Para probar la hipótesis formulada se optó por un diseño intersujetos y multivariado, constituido por tres grupos experimentales, con medidas independientes en el factor *tratamiento* así como con medidas múltiples y repetidas en el factor *evaluación*. De acuerdo con ello, se distribuyó a los sujetos en tres grupos pertenecientes a las tres condiciones experimentales: (1) Grupo Control Pasivo, en lista de espera. (2) Grupo de Control Activo, tratado con un programa de Estrategias de Aprendizaje y (3) Grupo de Tratamiento con el programa “Intervención en Adolescentes con Fobia Social” (IAFS; Olivares y García-López, 1998).

1.4. Evaluación

Los tres grupos experimentales fueron evaluados antes y después del tratamiento y en un seguimiento de los efectos del tratamiento realizados a los 6 meses de haber finalizado la aplicación del mismo. En cada período de evaluación se administró las pruebas de *Autoestima* y de *Competencia Social*. Se realizó una evaluación antes del tratamiento (*Pretest*), otra al finalizar el mismo (*Postest*) y una evaluación después de la intervención (*Seguimiento*), a los seis meses después de su finalización.

Escala de Autoestima

Este instrumento, elaborado por Rosenberg (1965), evalúa el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Está formado por 10 ítems cuya opción de respuesta se realiza mediante una escala Likert de cuatro puntos, cinco formulados en sentido positivo y cinco en sentido negativo, con el fin de controlar la aquiescencia. El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 (a mayor puntuación, mayor autoestima). En población adulta, la fiabilidad test-retest es de 0.85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0.92. En población española se han constatado sus propiedades psicométricas y su utilidad como instrumento de evaluación (Guillén, Quero, Baños y Botella, 1999). Sin embargo, se desconocen las propiedades psicométricas de esta escala en población adolescente. Echeburúa (1995) recoge la traducción al español de esta escala.

Cuestionario de Competencia Social

Se utilizó el Cuestionario de Competencia Social (Vallés, 2003a) en las versiones tutor y padres como medida de evaluación externa. Está constituido por 12 ítems de habilidad social: participar en grupos, exponer trabajos, iniciar y mantener conversaciones, mostrarse tranquilo, expresar opiniones, hacer nuevas amistades, hacer peticiones, hablar en público, decir que NO a peticiones no razonables, responder a críticas injustas y una valoración global de habilidad para relacionarse socialmente, empleando una escala de valoración de 0-100.

El cuestionario fue cumplimentado por los tutores y por los padres en cada una de las fases de la investigación: pretest, tratamiento y seguimiento, a los seis meses.

Procedimiento

El trabajo se desarrolló en las siguientes fases:

1ª FASE

Aplicación de la prueba de evaluación *Escala de Autoestima* a los adolescentes con Fobia Social Generalizada y cumplimentación del *Cuestionario de Competencia Social* por parte de los tutores y padres.

2ª FASE:

Constitución de la muestra definitiva, integrada por 18 adolescentes con FSLG (35.29%), 28 con FSMG (54.90%) y 5 con FSGG (9.81%). En esta fase de la evaluación se proporcionó información detallada a padres e hijos sobre los contenidos del programa IAFS, la duración de éste y los objetivos a cumplir. Asimismo, se les informó acerca de la finalidad del programa IAFS y el de Estrategias de Aprendizaje.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO IAFS (Olivares y García-López, 1998)

El IAFS consta de cuatro componentes. El primero de ellos es el *Educativo*, en él se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la fobia social, se planifican conductas-objetivo y se examinan las expectativas que tiene el sujeto tanto para el tratamiento como para cada una de las conductas-objetivo antes mencionadas.

El segundo componente es el *Entrenamiento en Habilidades Sociales*, el cual integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades así como un entrenamiento en hablar en público. Al igual que en el SET-A, se incluyen ejercicios de flexibilidad dirigidos a incrementar los repertorios de conducta del sujeto.

El tercero es la *Exposición*. Aunque el EHS conlleva algún grado de exposición, de las doce sesiones, el IAFS dedica casi la mitad de ellas a exponer al sujeto a situaciones similares a las que ha practicado en el contexto del grupo. Para la exposición a situaciones como iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo o del sexo opuesto, se emplea como coterapeutas a personas desconocidas para el sujeto, con las que el sujeto tiene que interactuar. Los coterapeutas son entrenados para que no sean ellos los que lleven el peso de la interacción, sino los sujetos con Fobia Social. Respecto a la exposición a hablar en público, se utiliza el *videofeedback*, es decir, la retroalimentación audiovisual. Posteriormente, cada charla es analizada utilizando para ello también el *feedback* de los compañeros, el del propio sujeto que ha expuesto y se compara todo ello con el *feedback* proporcionado por el vídeo.

El cuarto componente lo integran las *técnicas de reestructuración cognitiva*. En él se utiliza la Terapia Cognitiva de Beck siguiendo las etapas educativas de entrenamiento y de aplicación descrita por Méndez, Olivares y Moreno (1998) y el formato A-B-C de Ellis para “discutir con los pensamientos”.

En resumen, el IAFS consta de 12 sesiones en grupo de 90 minutos de duración y periodicidad semanal. Al finalizar las sesiones en grupo, se proporciona tareas para casa a los sujetos, consistentes en exposiciones en vivo ante contextos naturales y relativos al contenido de la sesión que se hubiera trabajado.

Tabla 1. Contenidos sesión a sesión del tratamiento *Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS)*

SESIÓN	CONTENIDO DE LAS SESIONES EN GRUPO
1	Fase educativa. Normas del programa Modelo explicativo del constructo fobia social
2	Terapia cognitiva de Beck
3	Iniciar y mantener conversaciones. Biblioterapia sobre autoestima
4	Atender y recordar. Iniciar y mantener conversaciones (continuación)
5	Entrenamiento en Asertividad
6	Exposición (Situación: Iniciar y mantener conversaciones). Entrenamiento en Asertividad (continuación)
7	Dar y recibir cumplidos. Establecer y mantener amistades
8	Exposición (Situación: Interacciones con personas del sexo opuesto). Asertividad (continuación).
9	Hablar en público I: Habilidades verbales y no verbales Exposición. Uso del <i>videofeedback</i>
10	Exposición (Hablar en público II). Cómo iniciar, desarrollar y concluir una charla Uso del <i>videofeedback</i>
11	Exposición (Hablar en público III). Uso del <i>videofeedback</i>
12	Exposición (Hablar en público IV). Prevención de Recaídas

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE (Grupo Control Activo; Vallés, 2003b)

Distintos estudios han indicado consecuencias negativas de la Fobia Social a nivel académico, ya que los sujetos con este trastorno rehuyen la participación en clase, la presentación en público de trabajos o evitan preguntar dudas al profesor en clase o de forma privada (Beidel, 1991; Francis y Radka, 1995; Last y Strauss, 1990; Lawrence y Bennet, 1992). La evitación de estas tareas conlleva que el alumno obtenga notas por debajo de su nivel, un dato especialmente importante dado la relevancia de estas calificaciones en el futuro del sujeto (p.e. elección de la carrera universitaria). Por otra parte, el desarrollo de programas de

esta naturaleza conllevan la interacción social entre compañeros en aquellas tareas de corte eminentemente académico en un contexto interactivo, lo que, *a priori*, constituye un escenario de actuaciones e interacciones sociales (preguntar y responder en público, explicar a los compañeros, etc.), por lo que, de acuerdo con los principios de exposición a las situaciones ansiógenas podría esperarse alguna modificación en el comportamiento fóbico social de los sujetos.

El programa consta de **12** sesiones de entrenamiento con los siguientes contenidos:

Tabla 2. Contenidos sesión a sesión del tratamiento en Estrategias de aprendizaje (Grupo control activo) (Vallés, 2003b)

SESIÓN	CONTENIDOS DE LAS SESIONES EN GRUPO
1	ESTRATEGIAS DE APOYO AL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 1
2	<ul style="list-style-type: none"> • La motivación para el aprendizaje ESTRATEGIAS DE APOYO AL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 2
3	<ul style="list-style-type: none"> • El autoconcepto y la autoestima LA ORGANIZACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN DEL APRENDIZAJE <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente • Concentración • Organización • Planificación
4	ESTRATEGIAS DE ADQUISICIÓN DE LA INFORMACIÓN 1
5	<ul style="list-style-type: none"> • El control de la distracción • El subrayado ESTRATEGIAS DE ADQUISICIÓN DE LA INFORMACIÓN 2
6	<ul style="list-style-type: none"> • La lectura comprensiva ESTRATEGIAS PARA CODIFICAR LA INFORMACIÓN 1
7	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de elaboración • Imágenes visuales • Analogías ESTRATEGIAS PARA CODIFICAR LA INFORMACIÓN 2 <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de elaboración • Buscar aplicaciones • Autopreguntas • Parafraseo
8	ESTRATEGIAS PARA CODIFICAR LA INFORMACIÓN 3
9	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de organización • Resumen ESTRATEGIAS PARA CODIFICAR LA INFORMACIÓN 4 <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de organización • Esquema • Mapa conceptual
10	ESTRATEGIAS DE RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> • Evocación de la información • Imaginación • Escritura

11	ESTRATEGIAS METACOGNITIVAS PARA APRENDER 1
	<ul style="list-style-type: none"> • La metaatención • La metamemoria
12	ESTRATEGIAS METACOGNITIVAS PARA APRENDER 2
	<ul style="list-style-type: none"> • La metacompreensión lectora

Con el fin de facilitar la asistencia y contribuir a prevenir la mortandad experimental, las sesiones de tratamiento, tanto las correspondientes al grupo de IAFS, como las del grupo de control activo (Programa de Estrategias de Aprendizaje) se desarrollaron en aulas de los institutos en los cuales estudiaban los sujetos, que fueron asignados a estos grupos en función de su disponibilidad de horarios con el fin de prevenir una fuente potencial de mortandad experimental. No se aplicó ninguna otra restricción. Los grupos de tratamiento (IAFS y Entrenamiento en Estrategias de Aprendizaje) se conformaron con dos unidades experimentales cada uno. A su vez, estas unidades estuvieron integradas por 8-9 sujetos cada una.

Tabla 3. Distribución inicial de los sujetos por condición experimental

Condición experimental	Tamaño del grupo
Grupo IAFS	17
Grupo control activo	17
Grupo control pasivo	17
Total de sujetos	51

4. RESULTADOS

4.1. Equivalencia inicial de los grupos

Como un requisito previo a la presentación de los resultados, en primer lugar, examinamos si los grupos experimentales mostraban diferencias antes del inicio del tratamiento, es decir, si existían o no diferencias significativas entre los grupos en el pretest, para ello se utilizó un ANOVA de un factor sobre el pretest.

Respecto a la homogeneidad de los grupos en el pretest, los resultados ponen de manifiesto que no existen diferencias significativas en las variable edad [F(2,50)= 0.899, p=0.414], género [F(2,50)= 0.395, p=0.676], Autoestima [F(2,50)= 0.167, p=0.320], Competencia Social (Tutores) [F(2,49)= 0.167, p=0.866] y Competencia Social (Padres) [F(2,49)= 2.303, p=0.111].

4.2. Procedimientos estadísticos utilizados

Para la descripción de la muestra se llevaron a cabo Análisis Descriptivos basados en medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes. Con el fin de comprobar la homogeneidad de los grupos antes del inicio del tratamiento, se utilizó un Análisis de Varianza (ANOVA) para las variables numéricas y un Análisis de Tablas de Contingencia para las variables de naturaleza categórica.

El objetivo del trabajo era comprobar la eficacia terapéutica del programa IAFS en la mejora de la Autoestima y la Competencia Social en adolescentes con Fobia Social Generalizada, frente a un Programa de Estrategias de Aprendizaje y un grupo de control en lista de espera. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

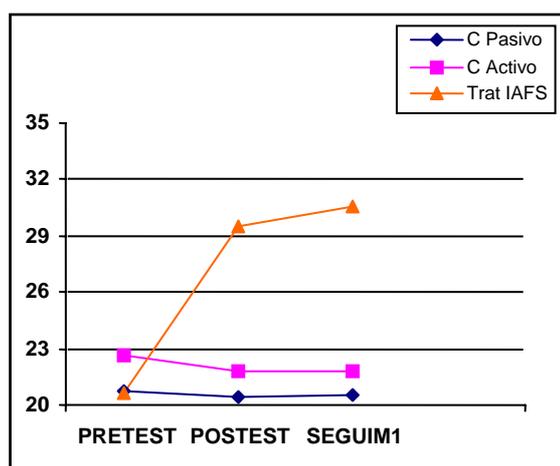
En cuanto al incremento esperado respecto de las puntuaciones en Autoestima, se hallan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de la Escala de Autoestima en el posttest y en el seguimiento; mientras que en los grupos de Control Pasivo y Control Activo prácticamente se mantienen las puntuaciones medias, en el grupo de Tratamiento IAFS se produce un incremento en el seguimiento a los 6 meses.

Tabla 4. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Autoestima analizada en cada uno de los momentos temporales

Momento temporal	Condición experimental	Grupo Control pasivo (N=17)		Grupo control activo (N=17)		Grupo Tratamiento IAFS (N=16)		Resultados ANOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST		20.47	5.32	21.82	3.02	29.52	6.66	$F(2,50)=14.864$, $p=0.000$
SEGUIMIENTO ¹		20.52	5.26	21.82	4.31	30.56	6.38	$F(2,50)=16.875$, $p=0.000$

¹ seguimiento 6 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, N: número de sujetos de la condición experimental.

En la gráfica 1 encontramos un aumento estadísticamente significativo del Grupo de Tratamiento IAFS en el posttest, que evoluciona positivamente en el seguimiento, mientras que en el resto de condiciones experimentales se produce el efecto inverso, se reducen las puntuaciones en la variable Autoestima en el posttest y se mantienen en el mismo nivel en el seguimiento.



En cuanto al incremento de la competencia social esperado, con respecto de lo informado por los padres y por los tutores, en la prueba de Competencia Social (Tutor) se halla diferencias estadísticamente significativas tanto en el postest como en el seguimiento. El grupo de Control Pasivo mantiene la misma puntuación para ambos momentos, el grupo de Control Activo la incrementa muy ligeramente, mientras que el aumento más notable se produce en el grupo de Tratamiento IAFS (más de 7 puntos).

En la versión del instrumento de los Padres, también encontramos diferencias estadísticamente significativas en el postest y en el seguimiento. Se produce un decremento de las puntuaciones medias en los grupos de Control Pasivo y en el de Control Activo, mientras que en el grupo de Tratamiento IAFS se produce un incremento en su media durante el seguimiento, a los 6 meses.

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas de la Competencia Social (Observación del Tutor) analizadas en cada uno de los momentos temporales

Momento temporal	Condición experimental	Grupo Control pasivo (N=17)		Grupo control activo (N=17)		Grupo Tratamiento IAFS (N=16)		Resultados ANOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST		25.00	6.84	36.82	25.14	50.00	11.25	F(2,50)=9.486, p=0.000
SEGUIMIENTO¹		25.00	7.07	37.17	27.52	57.81	7.73	F(2,50)=18.889, p=0.000

¹ seguimiento 6 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, N: número de sujetos de la condición experimental.

Tabla 6. Medias y desviaciones típicas de la Competencia Social (Observación de los Padres) analizadas en cada uno de los momentos temporales

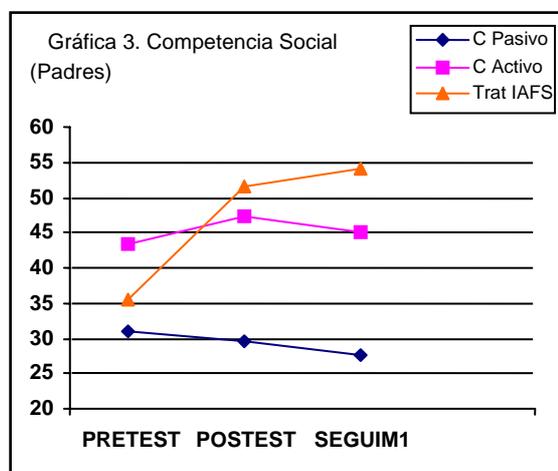
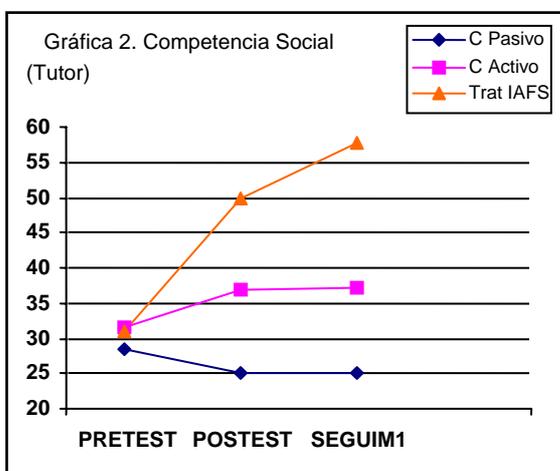
Momento temporal	Condición experimental	Grupo Control pasivo (N=17)		Grupo control activo (N=17)		Grupo Tratamiento IAFS (N=16)		Resultados ANOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST		29.70	8.92	47.41	28.29	51.56	9.95	F(2,50)=6.800, p=0.000
SEGUIMIENTO¹		27.64	9.86	45.11	29.19	54.06	10.20	F(2,50)=8.409, p=0.001

¹ seguimiento 6 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, N: número de sujetos de la condición experimental.

En la gráfica 2 referida a la Competencia Social informada por el tutor, observamos cómo se producen incrementos de la puntuación media en los grupos Control Activo y Tratamiento IAFS del pretest al postest, siendo más acusado el aumento de este último. Mientras que en el seguimiento continúa la tendencia a

aumentar la puntuación del Grupo de Tratamiento IAFS, el Grupo de Control Activo estabiliza sus puntuaciones. El Grupo de Control Pasivo decrementa sus puntuaciones en el postest y las mantiene en el seguimiento.

En relación a la Competencia Social informada por los padres (gráfica 3), se observa, en el Grupo de Tratamiento IAFS, un resultado semejante al producido en la versión del tutor, es decir, un sustancial incremento de las puntuaciones en el postest con respecto al pretest, y una continuidad al alza de las mismas en el seguimiento. El Grupo de Control Activo también incrementa sus puntuaciones en el postest, pero no en la misma tasa que lo hace el grupo de Tratamiento IAFS, sin embargo, se reducen las puntuaciones en la fase de seguimiento. El Grupo de Control Pasivo decrementa sus puntuaciones con respecto al pretest, en los momentos evaluadores subsiguientes, en el postest y en el seguimiento.



En cuanto a las diferencias *post-hoc* entre los grupos en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima se hallan diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de tratamiento IAFS comparándolo con el resto de grupos experimentales tanto en el postest como en el seguimiento a los 6 meses.

Con respecto a la prueba observacional de Competencia Social (Tutor) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de tratamiento IAFS frente al grupo de Control Activo, tanto en el postest como en el seguimiento a los 6 meses, sin embargo sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas al compararlo con el grupo Pasivo en los dos momentos temporales.

En la prueba observacional de competencia Social (Padres) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo IAFS con el grupo Activo, tanto en el postest como en el seguimiento a los 6 meses. Sí que se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de tratamiento IAFS al compararlo con el grupo Pasivo en los dos momentos temporales.

Tabla 7. Análisis de comparación *post hoc* mediante la prueba de Bonferroni

	IAFS vs ACTIVO	IAFS vs PASIVO	ACTIVO vs PASIVO
AUTOESTIMA POSTEST	0.000	0.000	1.000
AUTOESTIMA SEGUIMIENTO 6 MESES	0.000	0.000	1.000
COMPETENCIA SOCIAL TUTOR POSTEST	0.79	0.000	0.126
COMPETENCIA SOCIAL TUTOR SEGUIMIENTO 6 MESES	0.79	0.000	0.79
COMPETENCIA SOCIAL PADRES POSTEST	1.000	0.004	0.020
COMPETENCIA SOCIAL PADRES SEGUIMIENTO 6 MESES	0.541	0.001	0.029

En las comparaciones inter-grupos con respecto al tamaño del efecto el grupo IAFS muestra un nivel alto al compararlo con los grupos Activo y Pasivo respectivamente en las variables de autoestima y competencia social, tanto en el postest como en el seguimiento a los 6 meses, salvo con la Competencia social observada por los padres en la fase del postest y el seguimiento cuyo tamaño del efecto es pequeño.

Tabla 8. Diferencias de los tamaños del efecto alcanzados en el postest y seguimiento a los 6 meses

	IAFS VS. ACTIVO	IAFS VS. PASIVO	ACTIVO VS. PASIVO
AUTOESTIMA POSTEST	1.618	1.467	0.304
AUTOESTIMA SEGUIMIENTO 6 meses	1.573	1.763	0.263
COMPETENCIA SOCIAL PROF. POSTEST	0.652	2.635	0.625
COMPETENCIA SOCIAL. PROF. SEGUIMIENTO 6 meses	0.981	4.320	0.590
COMPETENCIA SOCIAL. PADRES POSTEST	0.188	2.257	0.823
COMPETENCIA SOCIAL. PADRES SEGUIMIENTO 6 meses	0.394	2.566	0.782

Los tamaños del efecto, según la clasificación de Cohen (1988) se consideran un 0,2 de tamaño pequeño, un 0,5 moderado y un 0.8 un tamaño alto.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto de la validez social de los efectos de las condiciones experimentales, esperábamos que los datos proporcionados por los observadores externos (padres y profesores), a través de las escalas (Escala de Competencia Social/Tutor y la Escala de Competencia Social/Padres), mostrasen un incremento de tal competencia en IAFS que en el resto de condiciones experimentales, alcanzando tal incremento diferencias estadísticamente significativas en el postest y en el seguimiento frente a las otras dos condiciones. Efectivamente, de acuerdo a lo esperado respecto de la valoración realizada por los tutores, el GIAFS logra incrementar de manera notable sus puntuaciones en el postest y en el seguimiento, mientras que el GCPasivo las reduce en el postest y las mantiene en el seguimiento. Por su parte, el GCActivo también las incrementa en el postest y seguimiento, pero de un modo escasamente relevante. Estos resultados muestran la mejora de la competencia social informada por el tutor al finalizar el tratamiento y en su seguimiento a los 6 meses, en los sujetos que se beneficiaron del IAFS frente al GCPasivo y el GCActivo (Programa de Estrategias de Aprendizaje). Los resultados de la Competencia Social informada por los Padres casi replican los de los tutores; es decir, el GIAFS consigue un notable incremento de las puntuaciones en el postest y en el seguimiento, el GCPasivo muestra un decremento progresivo de los valores de tales medidas para los mismos momentos temporales y el GCActivo obtiene un incremento mínimo de sus puntuaciones en el postest, que pierde en el seguimiento.

Nuestra hipótesis para explicar la evolución de las puntuaciones en el GCActivo es la misma que hemos utilizado para la hipótesis previa; es decir, la “exposición social” por sí sola puede producir alguna mejoría, pero ni ésta es relevante ni consistente por lo que, además de mínima, termina perdiéndose. En síntesis, los resultados indican, de nuevo, que los sujetos del GIAFS adquieren o muestran mayor competencia social que los de las otras dos condiciones experimentales cuando son evaluados por observadores externos, en este caso los propios padres.

Respecto a la hipótesis relativa a la prueba de la Competencia Social informada por el tutor, los datos obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas entre el postest y el seguimiento, produciéndose un sustantivo incremento de las puntuaciones en el GIAFS en ambos períodos con respecto al pretest. En el GCPasivo se produce un descenso en el postest y se mantiene en el seguimiento. En el GCActivo se produce un ligero incremento en el postest y un descenso respecto al mismo durante la fase de seguimiento, lo cual indica que los sujetos de dicho grupo se muestran “ligeramente” más competentes que cuando iniciaron el tratamiento con un Programa de Estrategias de Aprendizaje, aunque es sustancialmente menor a la observada en el caso del GIAFS. En la versión Padres de la Escala de Competencia Social, encontramos diferencias estadísticamente significativas, obteniendo mejores resultados el GIAFS. El resto de condiciones experimentales obtuvieron puntuaciones muy similares a las

expresadas para la versión Tutor. De acuerdo con los datos obtenidos, podemos afirmar que se ha cumplido lo formulado en nuestras hipótesis.

Por lo que respecta al incremento esperado en las puntuaciones de la Escala de Autoestima a favor del GIAFS, hay que indicar que los resultados hallados sólo presentan diferencias significativas en el postest. Los resultados muestran que el GIAFS aumenta moderadamente sus resultados en el postest y en el seguimiento, mientras que, tanto el GCPasivo como el GCActivo mantienen los resultados del pretest en los dos momentos temporales subsiguientes. Ello indica un efecto positivo del tratamiento IAFS en la percepción de su Autoestima por parte de los sujetos que integraban esta condición experimental, frente al resto de grupos de control, por lo que los datos hallados están en la línea de nuestra conjetura.

En cuanto a la hipótesis referida a un incremento en las puntuaciones en la Escala de Autoestima, observamos diferencias estadísticamente significativas en el postest y en el seguimiento para el GIAFS con respecto a sí mismo. Se produce un incremento de las puntuaciones en ambos momentos evaluadores con respecto a la puntuación del pretest, mientras que los componentes del GCPasivo mantienen el nivel de Autoestima inicial, sin producir ningún incremento en los períodos del postest y del seguimiento. Resultados semejantes podemos apreciar en el GCActivo, cuyos sujetos mantienen su nivel de Autoestima, incluso se produce una ligerísima reducción de sus puntajes en el postest y en el seguimiento a los 6 meses. Estos resultados están en consonancia con lo que habíamos previsto en nuestra hipótesis.

Tamaño del efecto

En el trabajo también se ha estudiado el tamaño del efecto (TE), esperándose que el TE, evaluado a través de la escala de Autoestima, en el GIAFS, en comparación con los GCPasivo y de GCActivo, fuese superior. Esta hipótesis se cumple tanto en el postest como el seguimiento a los 6 meses, siendo además estas diferencias estadísticamente significativas en ambos momentos entre la condición experimental GIAFS frente al resto de grupos, con un tamaño del efecto positivo y de elevada magnitud a favor de dicho grupo. Consecuentemente, podemos afirmar que los sujetos tratados con el Programa IAFS aumentan su autoestima una vez finalizado el tratamiento y se mantiene la mejora alcanzada a corto plazo, mientras que los efectos del Programa de Estrategias de Aprendizaje en esta variable son inapreciables. Estos datos corroboran lo formulado en nuestra hipótesis.

5.1. Algunas limitaciones

El paquete de tratamiento IAFS ha sido eficaz en población adolescente, al igual que el Programa de Estrategias de Aprendizaje (Grupo de Control Activo), pese a que este último no ha conseguido eficacia terapéutica, aunque sí se haya mostrado superior a la ausencia de tratamiento en el caso del Grupo de Control Pasivo. Por tanto, no podemos generalizar los resultados ni a otros programas de tratamiento semejantes ni a poblaciones distintas. Del mismo modo, una limitación en la generalización de los resultados de nuestra investigación ha

podido ser el propio contexto en el que se ha desarrollado la intervención. Variables como el aula utilizada y sus características físicas pueden ser factores relevantes en los efectos del tratamiento (validez ecológica), o, en el caso de los horarios utilizados y variables psicofísicas de los propios sujetos (validez interna) en las situaciones de tratamiento, pueden haber afectado los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES

- Los sujetos que reciben el tratamiento en el Grupo IAFS frente a quienes lo reciben en el Grupo de Control Activo, mediante un Programa de Estrategias de Aprendizaje, obtienen a corto y medio plazo un mayor incremento en la frecuencia de su conducta asertiva y de su autoestima. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos por Amorós (2006), Hernández, (2006), Olivares et al. (2003, 2005), Vallés (2005), entre otros.
- La mejora en competencia social se concretan en las siguientes habilidades:
 - a) Participación en grupos de compañeros en tareas que exijan relacionarse entre ellos.
 - b) Exponer trabajos en la clase.
 - c) Iniciar conversaciones con personas de su edad que no conoce.
 - d) Mantener conversaciones con los demás, que no conoce.
 - e) Mostrarse tranquilo/a al relacionarse con los demás.
 - f) Expresar sus ideas y opiniones ante los demás.
 - g) Hacer nuevas amistades.
 - h) Hacer peticiones a los demás.
 - i) Hablar en público ante el grupo.
 - j) Decir que NO a alguien que le pide algo no razonable.
 - k) Defenderse verbalmente de críticas injustas.
- A partir del análisis de los tamaños del efecto, el tratamiento que alcanza mayor magnitud es el Grupo de Tratamiento IAFS al compararlo con el resto de condiciones experimentales, revelándose el Programa IAFS más efectivo para el tratamiento de la Fobia Social que el Programa de Estrategias de Aprendizaje empleado en el Grupo de Control Activo, y más efectivos, ambos, que la ausencia de tratamiento que caracterizó al Grupo de Control Pasivo. Además, el Programa IAFS se ha mostrado efectivo en la mejora del Autoconcepto, Autoestima y la Competencia social de los adolescentes con Fobia Social.
- Los datos resultantes de las comparaciones intragrupo, en las medidas de Autoestima y Competencia social, revelan que el Programa IAFS de tratamiento muestra diferencias estadísticamente significativas respecto a sí mismo en todas las medidas posttest-seguimiento.

No obstante, y de cara a futuras líneas de investigación, sería deseable introducir nuevos módulos de aprendizaje en el Programa de Estrategias de

Aprendizaje con contenido social, tales como exposición de trabajos orales, trabajo en grupos cooperativos, etc. para determinar la eficacia del mismo en la mejora de las competencia social en comparación con el paquete IAFS. Así mismo, deberían considerarse otros aspectos como las opciones de agrupamiento de estudiantes (mismo sexo vs. sexo contrario) para recibir el tratamiento, y las características de edad, sexo y experiencia profesional de los monitores que aplican los programas.

REFERENCIAS

- Albano, A.M.; Dibartolo, P.M.; Heimberg, R.G.; Barlow, D.H. (1995). "Children and adolescents: Assessment and treatment". En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 387-425). Nueva York: Guilford Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición). Washington, DC: Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición, texto revisado). Washington, DC: APA.
- Amorós, M. (2006): *Efectos de la eliminación de los componentes de reestructuración cognitiva y focalización de la atención en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
- Bech, P.; Angst, J. (1996). "Quality of life in anxiety and social phobia". *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 97-100.
- Beidel, D.C.; Randall, J. (1994). "Social phobia". En T.H. Ollendick, N.J. King y W. Yule (Eds.). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 111-129). New York: Plenum Press.
- Beidel, D.C.; Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Beidel, D.C.; Turner, S.M. (1999). "The natural course of shyness and related syndromes". En L.A. Schmidt y J. S. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 203-223). Nueva York: Oxford University Press.
- Caballo, V. E.; Olivares, J.; López-Gollonet, C.; Iruña, M. J.; Rosa, A. I. (2003). "Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos". *Psicología Conductual*, 11 (3), 539-562.
- Clark, D.B.; Turner, S.M.; Beidel, D.C.; Donovan, J.E.; Kirisci, L.; Jacob, R.G. (1994). "Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents". *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Davidson, J.R.T.; Hughes, D.C.; George, L.K.; Blazer, D.G. (1994). "The boundary of social phobia". *Archives of General Psychiatry*, 51, 975-983.
- Di Nardo, P.A.; Brown, T.A.; 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. (1987). *Escala de Indaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.

- Echeburúa, E.; Salaberría, K. (1999). Tratamiento cognitivo conductual de la fobia social, en J. Bobes; M. P. González; P. A. Sáiz y M. Bousoño (comps.), *Abordaje actual del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Martínez Roca.
- García-López, L. J.; Olivares, J.; Vera-Villarroel, P. E. (2003). Revisión de instrumentos de evaluación de la fobia social validados para población de habla española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151-160.
- Hernández, L.J. (2006). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social frente a la transmisión de información y grupo control pasivo*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
- Inglés, C.J.; Martínez, J.A.; Méndez, F.X.; 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.
- Inglés, C.; Méndez, F.X.; Hidalgo, M.D. (2001). "Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social?". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104.
- Inglés, C. J.; Mendez, F. X.; Hidalgo, M. D.; Rosa, A. I.; Orgiles, M. (2003). "Social anxiety questionnaires and scales for adolescents: A critical review / Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: Una revisión crítica". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1-21.
- Labrador, F.J. (1997). "Prólogo". En J. Olivares, F.X. Méndez y D. Macià, *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia* (pp. 11-14). Madrid: Pirámide.
- La Greca, A.M.; Lopez, N. (1998). "Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Last, C.G.; Pervin, S.; Hersen, M.; Kazdin, A.E. (1992). "DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 928-934.
- Lecrubier, Y.; Wittchen, H.-U.; Favarelli, C.; Bobes, J.; Patel, A.; Knapp, M. (2000). "A European perspective on social anxiety disorder". *European Psychiatry*, 15, 5-16.
- Olivares, J. (1998). *Una propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia: Murcia.
- Olivares, J. (1999). *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide. (4ª Edición; existe traducción al portugués: *A criança com medo de falar*, Editorial McGraw-Hill, 2001).
- Olivares, J. (2001). "Los problemas del adolescente normal". En C. Saldaña (Dir.y Coord.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp.19-40). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (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.; Caballo, V. E.; García-López, L. J.; Rosa, A. I.; 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.; García-López, L.J. (2000). *Fiabilidad en población española de la Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Resultados de un estudio piloto*. Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia: Murcia.
- Olivares, J.; 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.; García-López, L.J. (2002). “Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada”. *Psicología conductual* 10(2), 409-419.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Beidel, D.C.; Turner, S.M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents. Spanish Versión (SET-Asv)*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Beidel, D.C.; Turner, S.M.; Albano, A.M.; Hidalgo, M.D. (2002). “Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance”. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Hidalgo, M.D (2001). “The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population”. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Hidalgo, M.D.; Caballo, V.E. (2004). “Relationships among social anxiety measures and its invariance. A confirmatory factor analysis”. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 172-179.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Hidalgo, L.; Ruiz, J. (1999, Noviembre). *Validez discriminante de cuatro autoinformes específicos de fobia social en población adolescente española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Hidalgo, M.D.; Turner, S.M.; Beidel, D.C. (1999). “The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population”. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Hidalgo, M.D.; La Greca, A.M.; Turner, S.M.; Beidel, D.C. (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.; García-López, L.J.; Piqueras, J.A. (en prensa). “Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS)”. En P. Vera-Villaruel y L. Oblitas (coord.), *Manual de Escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud*. Thomson Learning Iberoamérica.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Piqueras, J.A.; Hidalgo, M.D.; García, V. (2004). “Desarrollo y validación de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS)”. En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 79-81). Málaga: Universidad de Málaga.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Rosa, A.I.; Ramos, V.; Piqueras, J.A.; Amorós, M.; Ruiz, J. (2005). “Protocolo IAFS”. En J. Olivares (Dir. y Coord.). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J.; García-López, L.J.; Ruiz, J.; Ramos, V. y Piqueras, J.A. (2001). *Mi resumen de hoy*. Texto mimeografiado. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Olivares, J.; Hidalgo, M.D.; García-López, L.J.; Sánchez-García, R.; Piqueras, J.A. (2004). “Versión Abreviada de la Escala de Ansiedad y Fobia Social (SPAI-B)”. En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 79-81). Málaga: Universidad de Málaga.
- Olivares, J.; Hidalgo, M.D.; Rivero, R.; Piqueras, J.A. (2004). “Estructura factorial de la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS) y la Escala de Fobia Social (SPS) en una muestra comunitaria de adolescentes”. En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 267-268). Málaga: Universidad de Málaga.
- Olivares, J.; Méndez, F.X.; Macià, D. (2002). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

- Olivares, J.; Piqueras, J.A.; García-López, L.J. (2004). "Tratamiento de un joven con fobia social generalizada" (pp. 67-91). En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coord.). *Terapia Psicológica. Casos Prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J.; Piqueras, J. A.; López-Pina. L.J. (2005). *Clinical subtypes of social phobia in Spanish adolescents revealed by cluster analysis*. Manuscrito en preparación.
- Olivares, J.; Piqueras, J.A.; Rosa, A.I. (2005a). *Intervención en Jóvenes Adultos con Fobia Social*. Manuscrito sin publicar.
- Olivares, J.; Piqueras, J.A.; Rosa, A.I. (2005b). *Fobia Social Versus Trastorno de Personalidad por Evitación en la Adolescencia: Diferencias en Psicopatología, Rasgos de Personalidad, Desempeño Social y Académico*. Manuscrito en preparación.
- Olivares, J.; Piqueras, J.A.; Rosa, A.I. (en prensa). "Características clínicas y sociodemográficas de la fobia social en la adolescencia". *Psicothema*.
- Olivares, J.; Piqueras, J.A.; Rosa, A.I.; Sánchez-García, R. (2004a). *Algunas características psicopatológicas y sociodemográficas de los adolescentes españoles con fobia social*. Póster presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, México.
- Olivares, J.; Piqueras, J.A.; Rosa, A.I.; Sánchez-García, R. (2004b). *Resultados de un estudio piloto, en población adolescente, de los subtipos de la fobia social derivados empíricamente*. Póster presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, México.
- Olivares, J.; Piqueras, J.A.; Rosa, A.I.; Sánchez-García, R. (2005). *Differences in clinical variables among subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents*. Paper session presented at the 9th European Congress of Psychology, Granada (Spain).
- Olivares, J.; Piqueras, J.A.; Sánchez-García, R. (2004). "Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS): Estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años". *Psicología Conductual*, 12, 251-268.
- Olivares, J.; Ramos, V.; Rosa, A.; Piqueras, J.A. (2002). "Efectos del tratamiento de la fobia social generalizada en el trastorno de personalidad por evitación". En L. Antolin, E. García, I. Castillo, M. Pérez, M.L. Marinho y V. Caballo (Eds.). *Avances 2002 en trastornos de la personalidad. Actas del I Symposium sobre Trastornos de la Personalidad: Evaluación y Tratamiento*. Granada: FUNVECA
- Olivares, J.; Rosa, A. I.; Caballo, V. E.; García-López, L. J.; Orgilés, M.; López-Gollonet, C. (2003). "El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica". *Psicología Conductual*, 11, 599-622.
- Olivares, J.; Rosa, A. I.; 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.; 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.; Méndez, F.X.; Ramos, V. (2003). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social y la timidez en niños y adolescentes". En M. Pérez-Álvarez y J. R. Fernández (Dir.), *Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia*. Pág. 87-110. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa; A. I.; Piqueras, J. A.; Ramos, V.; Orgilés, M. (2003). "Una revisión cuantitativa del tratamiento psicológico de la fobia social en niños y adolescentes medida a través del SPAI y el SPAI-C", *Análisis y Modificación de conducta*, 29, 589-616.
- Olivares, J.; Rosa, A.I.; Piqueras, J.A.; 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.; Piqueras, J.A.; Sánchez-Meca, J.; Méndez, X.; García-López, L. J. (2002). "Timidez y fobia social en niños y adolescentes: Un campo emergente". *Psicología Conductual*, 10, 523-542.
- Olivares, J.; Rosa, A.I.; Sánchez-Meca, J. (2000). "Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de salud en España". *Anuario de Psicología*, 31, 43-61.
- Olivares, J.; Rosa, A.I.; Vera-Villaroel, P. (2003). "Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada". *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.
- Olivares, J.; Ruiz, J.; Hidalgo, M.D.; García-López, L.J. (1999, Noviembre). *Un análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población española*. Comunicación presentada en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Granada.
- Olivares, J.; Ruiz, J.; Hidalgo, M.D.; García-López, L.J.; Rosa, A. I.; Piqueras, J. A. (2005). "Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 85-97.
- Olivares, J.; Sánchez-García, R.; Rosa, A.I.; Piqueras, J.A. (2004). "Primeros resultados sobre las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Social para Niños y Adolescentes: LSAS-CA". En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 267-268). Málaga: Universidad de Málaga.
- Olivares, J.; Sánchez-García, R.; Rosa, A.I.; Piqueras, J.A. (2005). *Previous data of the validation of the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA) in a Spanish Adolescent Sample*. Paper session presented at the 9th European Congress of Psychology, Granada (Spain).
- Olivares, J.; Sánchez-Meca, J.; Rosa, A.I. (1999). "Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España". *Psicología Conductual*, 7(2): 233-251.
- Pelechano, V. (1979). *Psicología educativa comunitaria*. Valencia: Alfaplús.
- Rathus, S.A. (1973). "30-items schedule for assessing assertive behavior". *Behavior Therapy*, 4, 398-406
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M.S., Adams, D.C.; Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Salaberría, K.; Echeburúa, E. (2003a). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social". En A.M. Pérez, J.R. Fernández, e I. Amigo (coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. (pp. 271-285). Madrid: Pirámide.
- Salovey, P.; Mayer, J.D.; Caruso, D. (2002). "The positive psychology of emotional intelligence". In C.R. Snyder y S.J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 159-171). New York: Oxford University Press.
- Schneier, F.R.; Heckelman, L.; Garfinkel, R.; Campeas, R.; Fallon, B.A.; Gitow, A.; Street, L.; Bene, D.B.; Liebowitz, M.R. (1994). "Functional impairment in social phobia". *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.
- Seipp, B. (1991). Anxiety and academic performance. "A meta-analysis of findings". *Anxiety Research*, 4, 27-41.
- Southam-Gerow, M.A.; Kendall, P. (2000). "A Preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders". *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 319-327

- Stein, M.B.; Torgrud, L.J.; Walker, J.R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity. Findings from community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Turner, S.M.; Beidel, D.C.; Dancu, C.V.; Stanley, M.A. (1989). "An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory". *Psychological Assessment*, 1(1): 35-40.
- Vallés, A. (2003a). *Cuestionario de Competencia Social. Versión Tutor y Versión Padres*. Manuscrito no publicado.
- Vallés, A. (2003b). Programa de Tratamiento en Estrategias de Aprendizaje. Manuscrito no publicado.
- Vallés, A (2005). *Intervención en adolescentes con fobia social*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. España.
- Vallés, A., Olivares, J.; Rosa, A.I. (2006). "Eficacia clínica en la fobia social de los adolescentes". *Revista Peruana de Psicología*. Colegio Oficial del Psicólogos del Perú. Lima: e.p.
- Watson, D.; Friend, R. (1969). "Measurement of social-evaluative anxiety". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-45.
- Wittchen, H.U.; Beloch, E. (1996). "The impact of social phobia on quality of life". *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 15-23.