

Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto

César Jesús Antona Casas*

Universidad Nacional Educación a Distancia (UNED), Málaga, España

María del Carmen Delgado Álvarez

Universidad Pontificia de Salamanca, España

Luis Joaquín García López

Universidad de Jaén, España

Benito Estrada Aranda

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

ABSTRACT

Transcultural adaptation of a treatment for social phobia: A pilot study. The adaptation and application of a Spanish social phobia treatment were carried out in other important cultural context, the Mexican. The participants, 27 Mexican students who suffered generalized social phobia were randomly assigned to the treatment ($n=14$) or a waiting list control group ($n=13$). We carried out two assessments using the ADIS-IV clinical interview and scales commonly used in the assessment of social anxiety and social phobia. Results show that the group which received treatment significantly reduced the existence of the disorder, and its scores on social phobia, showed more confidence in a public speaking task and had a higher level of adjustment in relation to the control group. The efficacy of this protocol, adjusted and applied for the first time to a Mexican sample, was confirmed in this pilot study. The results kept their efficacy in a two years follow-up study.

Key words: social phobia, social anxiety disorder, cognitive-behavioral treatment, young adults.

RESUMEN

Efectuamos la adaptación y aplicación de un tratamiento para la fobia social originalmente diseñado en España a otro marco cultural de referencia, el Mexicano. Contamos con una muestra de 27 estudiantes Mexicanos que presentaban fobia social generalizada, quienes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento ($n=14$) o a un grupo control de lista de espera de cuatro meses ($n=13$). Se empleó la entrevista clínica ADIS-IV y escalas comúnmente utilizadas en la evaluación de la ansiedad y fobia social. El grupo que recibió tratamiento presentó una reducción significativa en las puntuaciones de ansiedad social, sintió más seguridad ante una tarea de discurso y reflejó un menor grado de inadaptación que el grupo control. El protocolo de tratamiento adaptado y aplicado por primera vez a una muestra de jóvenes adultos mexicanos se mostró eficaz en este estudio piloto. Los resultados se mantuvieron en un seguimiento efectuado a los dos años.

Palabras claves: fobia social, trastorno de ansiedad social, tratamiento cognitivo-conductual, jóvenes adultos.

La fobia social o trastorno de ansiedad social (DSM-IV-TR, 2000) se caracteriza fundamentalmente por un elevado y exacerbado temor a las situaciones sociales o a las actuaciones en público en las que la persona que la padece se expone a la evaluación por

* Dirigir la correspondencia a: César Jesús Antona Casas, Aula Delegada Universitaria del Centro Asociado de la UNED de Málaga. C/ Del Río de las Pasadas s/n, CP 2964. Mijas (Málaga). E-mail: csantona@malaga.uned.es.

parte de los demás en un ámbito no familiar. Las exposiciones a las situaciones sociales generalmente ponen de manifiesto una marcada sintomatología en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y suelen conllevar un deterioro conductual y/ o un malestar significativo (Antona, 2009; Ost, 2008). La fobia social suele tener su origen en etapas evolutivas tempranas, mostrando graves deterioros y limitaciones (García-López, 2007a; García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008). Aspectos como su correcta caracterización, epidemiología, establecimiento de subtipos, evaluación y tratamiento destacan entre los más estudiados. A mediados de la década de los ochenta, se empezó a disponer de datos que avalaban la utilidad de distintos programas de intervención (Jørstad-Stein y Heimberg, 2009). En este sentido, es fundamental contar con protocolos de tratamiento como un elemento más para establecer sólidamente la eficacia de los mismos. Así, y con objeto de conocer y optimizar la eficacia de los tratamientos en los principales trastornos psicológicos, la American Psychiatric Association (APA, 1994) creó el comité de expertos denominado *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1993). En 1995 se elaboró el informe *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures of the American Psychological Association*, posteriormente actualizado (Chambless et al., 1998; Chambless et al., 1996) que contiene un listado de tratamientos empíricamente validados en los que se hace referencia a la existencia de tratamientos probablemente eficaces en la ansiedad y fobia social. El hecho de contar con un tratamiento claramente descrito y protocolizado se valora como un elemento muy importante para llevar a cabo distintas investigaciones y comparar sus resultados (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). En este sentido, convendría adaptar los distintos protocolos de tratamiento si se van a desarrollar sobre poblaciones con características culturales diferenciales.

Mayoritariamente los protocolos de tratamiento de la fobia social se han originado en países anglosajones, destacando programas con un elevado nivel de sistematización como el *Cognitive Behavioral Group Treatment* (CBGT; Heimberg, et al., 1990) en el que predominaba el empleo de técnicas cognitivas y de exposición o el *Social Effectiveness Therapy* (SET; Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994) que empleaba el componente de habilidades sociales conjuntamente con el de exposición. Ambos tratamientos han mostrado su eficacia a corto y largo plazo (Heimberg, Salzman, Holt y Blendell, 1993; Turner, Beidel y Cooley, 1995). El desarrollo de los principales protocolos de tratamiento se desarrolló principalmente en adultos, pasando más adelante a emplearse en adolescentes y jóvenes adultos (Olivares, Rosa y García-López, 2004). Sobre población adolescente se publicó el *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents* (CBGT-A, Albano, Marten y Holt, 1991) y se efectuaron estudios en población de lengua inglesa (Albano et al., 1995; Hayward et al., 2000).

En España, destaca el trabajo desarrollado por el grupo de Olivares y García-López, quienes desarrollaron la versión española de la SET, denominada *Terapia para la Eficacia Social en adolescentes* (*Social Effectiveness Therapy for Adolescents Spanish version*; SET-Asv, Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998) y el *Protocolo para la Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (IAFS; Olivares, 2004; Olivares y García-López, 1998). El IAFS surgió como un nuevo programa de tratamiento multicomponente dirigido a la población adolescente con fobia social generalizada. Su objetivo inicial fue

el de desarrollar un protocolo de tratamiento en adolescentes, debido a que sobre esta población apenas se habían realizado estudios para conocer su eficacia. Fue diseñado para ser aplicado en contextos educativos, donde los sujetos desarrollan la mayoría de sus actividades diarias y en el cual se producen la mayoría de situaciones sociales a las que han de enfrentarse en su vida cotidiana (Olivares y García-López, 2001). Este programa de intervención ha mostrado su eficacia en el tratamiento de adolescentes españoles con fobia social generalizada (Olivares, Rosa y Piqueras, 2005; Olivares, García-López, Turner, La Greca y Beidel, 2002; Olivares, Rosa, Caballo, García-López y Orgilés, 2003). Asimismo, existe una modalidad del IAFS modificada para jóvenes adultos (IAFS; García-López, Ruiz *et al.*, 2006) que también se ha mostrado eficaz a corto y largo plazo (García-López, 2007b; García-López *et al.*, 2002; García-López, Olivares *et al.*, 2006; García-López, Ruiz *et al.*, 2006; Olivares, García-López, Beidel, Turner e Hidalgo, 2002).

Este estudio piloto tiene como objetivo adaptar el programa de tratamiento IAFS en su modalidad modificada para jóvenes adultos en población mexicana, aspecto que no se había efectuado hasta ese momento. Se dispone de escasos datos acerca de programas de intervención diseñados en España y adaptados en otros países. Este trabajo pretende cubrir esta laguna. En algunos países como México, la falta de estudios sobre la eficacia de tratamientos psicológicos en jóvenes adultos con fobia social es aún notoria. El objetivo de esta investigación consistió en adaptar y conocer por primera vez la eficacia del protocolo de tratamiento IAFS sobre una muestra de jóvenes adultos mexicanos diagnosticados con fobia social generalizada según los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (2000). Asimismo, se efectuó un seguimiento a los dos años.

MÉTODO

Participantes y Diseño

La muestra estuvo formada por 27 estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Nuevo León (México). La edad media se situó en 18 años (rango 16-20), 23 eran mujeres y 4 eran varones. Ninguno había recibido tratamiento previo. La participación fue voluntaria en todos los momentos de la investigación.

El estudio presenta un diseño de grupos con un grupo de tratamiento y un grupo control. Se llevaron a cabo distintas evaluaciones: la primera se realizó en el pretratamiento (a todos los participantes), la segunda en el pretratamiento 2 (grupo control) y en el postratamiento (grupo tratado); finalmente se efectuó un seguimiento a los dos años. La asignación de los participantes a los distintos grupos fue aleatoria.

Inicialmente se llevó a cabo una fase de exploración entre 810 estudiantes universitarios. El punto de corte para pasar a la segunda fase fue obtener una puntuación igual o mayor a 20 en la escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) y una puntuación igual o mayor a 14 en la escala de Ansiedad y Evitación Social (SAD). El establecimiento de estos puntos de corte se basa en numerosos estudios previos y puede consultarse en Antona *et al.* (2006).

De entre el total de alumnos evaluados, 40 (4,9%) presentaron puntuaciones por encima de los puntos de corte anteriormente descritos. De éstos, 2 no pudieron ser localizados. De las 38 personas entrevistadas, 32 fueron diagnosticados con el trastorno de ansiedad social (en base al ADIS, la cual se basa en el DSM-IV-TR, 2000), lo que supone un 3,9% respecto de los 810 iniciales. Entre las personas con el trastorno, 27 (84,4%) presentaban el subtipo generalizado y 5 (15,6%) el concreto o circunscrito (siendo su temor principal hablar en público). El subtipo generalizado fue operacionalizado como temer y evitar al menos 6 situaciones sociales.

Los criterios de inclusión al tratamiento fueron: (a) cumplir los criterios del DSM-IV-TR para fobia social generalizada y b) abstenerse de recibir cualquier otro tipo de tratamiento durante este estudio. Quienes presentaron fobia social específica recibieron tratamiento individual para ser tratados pero no formaron parte de este estudio. La participación en los tratamientos fue voluntaria y gratuita. Por tanto, la muestra final la constituyeron 27 participantes con fobia social generalizada (14 recibieron el tratamiento IAFS y 13 fueron adscritos al grupo control). Las puntuaciones medias en las escalas empleadas para establecer los puntos de corte fueron de 24,89 ($DT= 2,70$) en el FNE y de 20,59 ($DT= 4,41$) en el SAD.

Instrumentos de evaluación

Se empleó la entrevista clínica ADIS-IV (DiNardo *et al.*, 1994), ya que presenta buenas propiedades psicométricas en población anglosajona (DiNardo, Brown, Lawton y Barlow, 1995) y se sugiere su utilidad en población española (García-López, 20007a; García-López, Olivares y Vera-Villaruel, 2003).

La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE; Watson y Friend, 1969) y la Escala de Estrés y Evitación Social (SAD; Watson y Friend, 1969) evalúan, respectivamente, el componente cognitivo de la ansiedad social y su malestar fisiológico y evitación. Presentan propiedades psicométricas aceptables en población adolescente y adulta de lengua española (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001) y son comúnmente empleadas para evaluar ansiedad social (Zubeidat, Fernández y Sierra, 2006). En este estudio fueron empleadas para establecer los puntos de corte a partir de los cuales seleccionar a las personas con puntuaciones elevadas de ansiedad social.

La Escala de Ansiedad en Interacción Sociales (SIAS; Mattick y Clarke, 1998) evalúa la ansiedad ante las situaciones sociales y la Escala de Fobia Social (SPS; Mattick y Clarke, 1998) evalúa la ansiedad de actuación, por lo que sus autores recomiendan que se empleen conjuntamente. Las dos escalas cuentan con 20 ítems y se responden según una escala tipo Likert de 5 puntos. Ambas son escalas sensibles al cambio terapéutico y sus propiedades psicométricas son aceptables (Olivares, Rosa y García-López, 2004; Perpiñá, Gallardo, Botella y Villa, 2003). Igualmente se empleó el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS; Paul, 1966) en la versión en la que se emplea una escala tipo Likert en la que existen 6 opciones de respuesta (Bados, 1986). Se ha puesto de manifiesto la utilidad de esta escala en adolescentes y en adultos (Bados, 1986).

Por último, se empleó también la Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa y Corral, 1987) a través de la que se establece cómo el trastorno afecta al trabajo y/o estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y el grado de inadaptación global. Está formada por 6 ítems que evalúan el grado de inadaptación desde el 1 (nada) hasta el 6 (muchísimo).

Procedimiento

El protocolo de tratamiento empleado fue la *Intervención para Adolescentes con Fobia Social* en su modalidad modificada para jóvenes adultos (IAFS; García-López, Ruiz *et al.*, 2006). El protocolo fue adaptado al lenguaje e idiosincrasia de la población mexicana. Por tanto, los cambios no afectaron al contenido del protocolo, sino a la modificación del lenguaje de cara a su adaptación cultural, en base al *Deployment Focused Model* (Weisz, Southam-Gerow, Gordis y Connor-Smith, 2003).

El IAFS consta de 12 sesiones de tratamiento (90 minutos de duración cada una) aplicadas en modalidad grupal (generalmente ha sido aplicado en grupo y consideramos su empleo en esta modalidad favorecido por contar con participantes con edades y características comunes y horarios que permitían el trabajo en este formato).

Las sesiones se aplican con una periodicidad semanal. Inicialmente se emplea un componente educativo en el que se proporciona información general sobre el tratamiento, se esboza un modelo explicativo de la fobia social y se establecen distintas conductas objetivo.

Presenta tres componentes principales: a) entrenamiento en habilidades sociales (iniciar y mantener conversaciones, hacer y recibir cumplidos, crear y mantener amistades y entrenamiento en hablar ante una audiencia); b) técnicas de reestructuración cognitiva basadas fundamentalmente en la terapia de Beck (se definen e identifican los pensamientos automáticos negativos que pueden estar presentes en relación a situaciones sociales pasadas, presentes o futuras) y c) exposición, básicamente, como ensayo de conducta y en vivo (fundamentalmente iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo sexo o del opuesto y dar un discurso).

Las exposiciones consistentes en hablar en público fueron grabadas mediante cámara de vídeo y se analizaron utilizando la valoración hecha por cada paciente que se exponía a dicha tarea y la retroalimentación del resto de los participantes. Se comparaba la retroalimentación proporcionada por la grabación audiovisual con las sensaciones experimentadas por los pacientes durante sus exposiciones.

El empleo del videofeedback constituye una estrategia eficaz para proporcionar una retroalimentación objetiva sobre la actuación de los sujetos con ansiedad social (Ramos, Piqueras y García-López, 2008). Entre sesiones se proporcionaron tareas para casa que generalmente consistían en exposiciones en vivo sobre los temas abordados en la sesión anterior.

El protocolo permite poder llevar a cabo tutorías individuales, si bien este componente no añade una mejoría estadísticamente significativa en los resultados (Olivares-Rodríguez, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares, 2006) y no fue empleado en esta investigación. El programa de tratamiento fue aplicado por dos parejas de terapeutas de sexo femenino

que se encontraban en último año de la licenciatura de Psicología. Contaron con un período de formación en el tratamiento de la fobia social de tres meses de duración antes de aplicar el protocolo, así como con la supervisión diaria de un experto en fobia social a lo largo del proceso terapéutico.

La distribución de aspectos tratados en cada sesión fue la siguiente: sesión 1 (educativa; presentación del programa y de los asistentes, reglas de funcionamiento, conductas objetivo, modelo de ansiedad social); sesión 2 (explicación de la relevancia del componente cognitivo en la ansiedad social, entrega de las principales distorsiones cognitivas, role playing para modificar pensamientos automáticos); sesiones 3 y 4 (iniciar y mantener conversaciones I y II respectivamente); sesión 5 (asertividad I: defender nuestros derechos y decir no); sesión 6 (exposición: iniciar y mantener conversaciones y asertividad II: figuras de autoridad); sesión 7 (hacer y recibir cumplidos; establecer y mantener amistades); sesión 8 (interacción con personas del sexo opuesto empleando exposición en vivo; asertividad III); sesiones 9, 10 y 11 (hablar en público I, II y III respectivamente; grabación en video y retroalimentación) y sesión 12 (hablar en público IV y prevención de recaídas).

Al comienzo de las sesiones se recogían y revisaban los autorregistros sobre situaciones sociales generadoras de ansiedad y al final de las mismas se entregaban nuevos autorregistros y se planteaban distintas tareas para llevar a cabo durante la semana.

La adaptación del protocolo IAFS al lenguaje e idiosincrasia mexicana se llevó a cabo por las terapeutas (Mexicanas oriundas del estado de Nuevo León) y un experto en la evaluación y tratamiento de la fobia social (Español). Se efectuó paralelamente al proceso de formación en el tratamiento de la fobia social, llegando a un consenso en los cambios efectuados. Básicamente se respetó el formato del protocolo en su totalidad, debido a que, tal y como se ha afirmado, constituye un excelente programa de tratamiento y ha probado su eficacia en distintos estudios. Hubo algún cambio menor en alguna de las lecturas entregadas a los participantes. Por ejemplo, en la sesión 3 sustituimos la lectura sobre autoestima “el primer amor” por otra en la que se explicaba la naturaleza y características de la misma, considerando que esta alternativa era más pedagógica. En la sesión 4, al abordar la importancia de atender y recordar la información que surge en una conversación intentamos operativizar algo más los pasos con la finalidad de que, a su vez, dichos pasos pudieran ser evocados más fácilmente por los participantes en una situación social.

Por otra parte y con objeto de poder adaptar el tratamiento en México, se efectuaron cambios en las palabras y expresiones que pudieran ser de aplicación en el contexto sociocultural español, pero que no fueran las más adecuados y/o entendibles por los participantes mexicanos. Estos cambios se llevaron a cabo en el guión que conformaba cada sesión, así como en el material que se entregó a los participantes (fichas explicativas de los componentes desarrollados durante las sesiones y autorregistros). Se sustituyeron palabras y expresiones tales como “charla” por “plática”, “chico” por “chavo”, “¿cómo estás?” por “¿qué onda?”, “folio” por “hoja”, “fotocopia” por “copia”, etc. y se cambiaron algunos tiempos verbales con formas compuestas por formas simples generalmente más empleadas en México. Por ejemplo, en la sesión 7, se plantea un diálogo en el que se dice algo agradable: “¿cuándo te has comprado esa cazadora?, está chula”. Aquí se

efectuaron tres cambios (en la forma verbal, en el sustantivo y en el adjetivo) quedando la expresión “¿cuándo te compraste esa chamarra?, está padre”.

RESULTADOS

De los 14 pacientes que comenzaron los tratamientos, 9 (64%) los finalizaron, dejando de cumplir todos los criterios diagnósticos de la fobia social (DSM-IV-TR). Por un lado se observó la eficacia del tratamiento en todos los participantes que lo finalizaron, si bien abandonaron 5 pacientes. De los 13 pacientes que formaron parte del grupo control, 12 fueron evaluados en el pretratamiento 2 y sólo 1 sufrió remisión espontánea. Los otros 11 (92%) mantuvieron el criterio de la entrevista clínica presentando fobia social generalizada. Es decir, para el 92% de los participantes evaluados a los cuatro meses no se produjo remisión en su diagnóstico de fobia social generalizada. En relación con el seguimiento a los dos años, se observa el mantenimiento de la mejoría en el grupo tratado (las 9 personas tratadas mantenían la ausencia de fobia social); en ese seguimiento, se evaluó a 11 personas del grupo control, 8 (72,7%) seguían presentado el trastorno y 3 (27,3%) no lo hacían. Se observaron diferencias significativas de diagnóstico (presentar fobia social y no hacerlo) entre los grupos control y tratamiento mediante la prueba *U* de Mann-Whitney. Ambos grupos fueron equivalentes al compartir el mismo diagnóstico pretratamiento ($p= 1.00$), pero hubo diferencias significativas entre ellos en este aspecto en el postratamiento ($p= .000$) y en el seguimiento a los dos años ($p= .004$).

Se contrastó el cambio de categoría diagnóstica de los participantes, por un lado en el grupo control, y por otro en el grupo de tratamiento mediante la prueba de McNemar. En el postratamiento, no hubo cambio de categorías en el grupo control ($p= 1.000$), mientras que el cambio fue significativo en el de tratamiento ($p= .002$). Estos datos son similares en relación con el seguimiento a los dos años; la prueba de McNemar muestra el cambio significativo de categorías desde el pretratamiento ($p= .004$) en el grupo tratado y la ausencia del mismo en el grupo control ($p= .250$).

Para analizar el efecto del tratamiento sobre las variables medidas, se comprobó previamente su ajuste a la normalidad, debido al número reducido de participantes por grupo. La prueba de Kolmogorov-Smirnov generó valores no significativos ($p>.05$) para todas las variables, verificando la normalidad, los que permitió el uso de estadísticos paramétricos. Se realizó para cada variable un análisis de varianza mixto con un factor intrasujeto (medida: pretratamiento, postratamiento y seguimiento) y un factor intersujeto (grupo: control-tratamiento). La interacción entre ambas variables permite detectar si hay diferencias entre los grupos, en cuanto al cambio que experimentan a lo largo del tratamiento desde la evaluación pretratamiento, considerando la evaluación efectuada a los 4 meses (segunda evaluación en el caso del grupo control y postratamiento en el caso del grupo adscrito al protocolo terapéutico) hasta el seguimiento efectuado a los 2 años. En la tabla 1 se presentan los descriptivos más relevantes junto a los datos significativos de cada interacción ($p= .000$ en cada variable) y su tamaño del efecto. En todos los análisis se verificó previamente, mediante la prueba de esfericidad de Mauchly, que la matriz de covarianza error de las variables es proporcional a la matriz

Tabla 1. Principales resultados del proceso terapéutico.

Medidas	Grupos	Media (DT)	$_{2F_{36}}$	p	Eta^2	TE
SIAS	IAFS (n 9)	Pre 1: 53.00 (9.04) Post: 2.67 (8.89) Seg: 22.11 (7.62)	23.103	.000	.562	56.2%
	Control (n 11)	Pre 1: 44.55 (1.13) Pre 2: 44.55 (1.86) Seg: 44.18 (11.41)				
SPS	IAFS (n 9)	Pre 1: 39.22 (7.74) Post: 11.56 (6.69) Seg: 12.67 (7.70)	17.221	.000	.489	48.9%
	Control (n 11)	Pre 1: 35.27 (14.98) Pre 2: 41.27 (15.21) Seg: 39.36 (14.50)				
PRCS	IAFS (n 9)	Pre 1: 136.11 (1.71) Post: 10.67 (15.62) Seg: 108.11 (6.71)	15.366	.000	.490	49.0%
	Control (n 9)	Pre 1: 126.89 (19.06) Pre 2: 131.67 (19.70) Seg: 125.67 (19.78)				
EI	IAFS (n 9)	Pre 1: 24.89 (5.37) Post: 12.44 (4.22) Seg: 12.33 (4.06)	38.036	.000	.704	7.4%
	Control (n 12)	Pre 1: 22.33 (5.36) Pre 2: 21.89 (5.11) Seg: 25.11 (5.15)				

SIAS: Escala de Ansiedad en Interacción Sociales; SPS: Escala de Fobia Social; PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; EI: Escala de Inadaptación; TE: Tamaño del efecto.

identidad. Mediante la prueba de Box, se verificó igualmente la homogeneidad de las matrices de covarianza de los grupos control y tratamiento. Todos los valores que se muestran contaron con esfericidad asumida ($p= 1$).

Todas las variables presentaron homogeneidad entre los grupos en la prueba de Box ($p > .05$), excepto el PRCS ($p= .011$). En el caso de esta variable (a pesar de que no existió homogeneidad de covarianza entre los grupos control y tratamiento), no se adoptaron medidas correctoras, ya que en ambos grupos quedaron finalmente 9 participantes, resultando la prueba robusta a la violación de este supuesto de homogeneidad, por tener el mismo número de participantes en cada grupo (Hair, 2001).

En la figura 1 puede observarse el efecto significativo de la interacción en el SIAS y SPS. Hubo diferencias significativas en el cambio que experimentan los grupos en estas variables. El grupo que recibió tratamiento redujo su ansiedad ante las situaciones sociales que implican relacionarse con otras personas (SIAS) y disminuyó significativamente su ansiedad ante situaciones que implican cierta actuación delante de otras personas (SPS). Por el contrario, el grupo control mantuvo sus niveles de ansiedad social (SIAS y SPS). En el PRCS y EI (ver figura 2) se observaron resultados de mejoría en el grupo que recibió el tratamiento en relación con el grupo control (en el que las puntuaciones no experimentan cambios significativos).

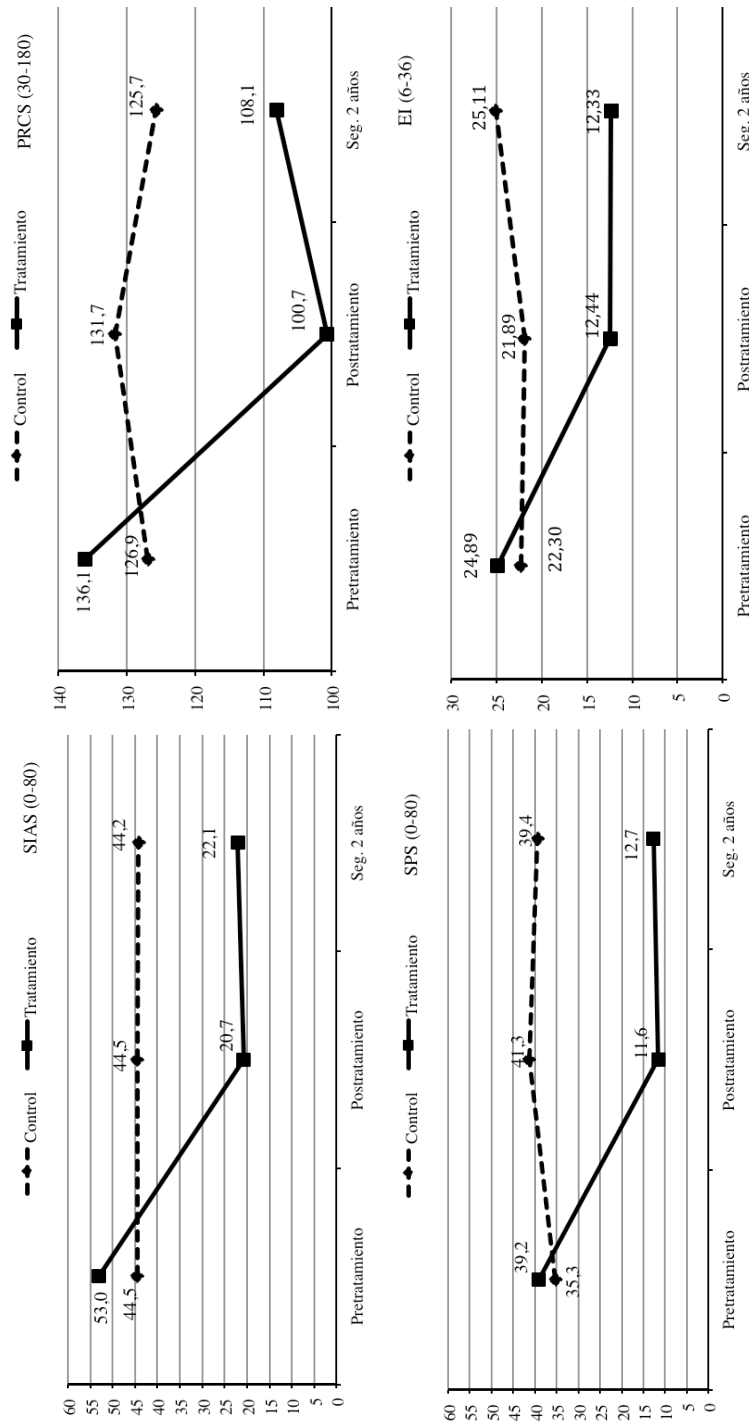


Figura 1. Resultados del grupo de tratamiento y control en las escalas SIAS y SPS.

Figura 2. Resultados del grupo de tratamiento y control en las escalas PRCS y EI.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio piloto sugieren la eficacia del protocolo IAFS empleado en una muestra de jóvenes adultos mexicanos. Estos resultados son congruentes con los resultados hallados en jóvenes adultos españoles (García-López *et al.*, 2002; García-López, Olivares *et al.*, 2006; García-López, Ruiz *et al.*, 2006; Olivares, García-López, Beidel *et al.*, 2002).

La eficacia de los tratamientos se manifiesta a través de distintos aspectos. En primer lugar, en la homogeneidad del grupo de tratamiento y del grupo control en el pretratamiento, ya que inicialmente todos los participantes presentaban el trastorno de fobia social generalizada y ambos grupos fueron homogéneos en las variables evaluadas. En segundo lugar, el grupo control de lista de espera no experimentó una remisión espontánea en el pretratamiento 2, sino que mantuvo su sintomatología; por el contrario, las comparaciones entre los participantes tratados del pretratamiento al postratamiento reflejaron un cambio estadísticamente significativo en el sentido esperado. En relación con el seguimiento, se mantuvo el efecto beneficioso en los participantes tratados y hubo tres nuevos pacientes que sí sufrieron una remisión espontánea.

Del mismo modo, existieron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo control en sus evaluaciones postratamiento y pretratamiento 2 respectivamente. Las diferencias halladas se manifestaron en que: a) los pacientes tratados dejaron de cumplir los criterios diagnósticos del trastorno, no siendo así los pacientes asignados al grupo control y b) existieron diferencias significativas entre los dos grupos en el sentido esperado en las escalas relacionadas con la ansiedad social, así como con el grado de interferencia que ocasionan las respuestas de ansiedad social.

Los resultados manifiestan su eficacia en la tasa de participantes que dejaron de cumplir los criterios diagnósticos del trastorno, en la remisión de las respuestas de ansiedad, al tener más confianza al hablar delante de una audiencia y en cuanto a presentar menores problemas de adaptación en sus relaciones y actividades. Por el contrario, el grupo control de lista de espera mayoritariamente mantuvo el trastorno y la sintomatología que presentaba. Aún así, 4 de los participantes del grupo control sufrieron una remisión espontánea respecto al comienzo de la investigación (dos años y cuatro meses desde la primera de las evaluaciones). Los participantes que formaron parte de esta investigación no buscaron directamente un tratamiento para sus miedos; el modo en el que formaron parte de este estudio fue a través de un procedimiento de cribado, seguido de una entrevista individual con cada una de las personas seleccionadas. En este sentido podrían diferir de los pacientes que buscan ayuda de una forma más directiva en servicios psicológicos públicos o privados. En cualquier caso, su participación fue voluntaria y se ajustaron a criterios de inclusión exigentes (DSM-IV-TR, 2000) y que requieren de la existencia de un gran malestar y/o interferencia de los miedos con su quehacer diario.

El perfil de la persona que busca atención psicológica para su fobia social puede incluir un elevado número de años hasta que busca tratamiento y la probable comorbilidad con otros trastornos (Kessler, Stang, Wittchen, Stein y Walters, 1999). En este

sentido, estos pacientes podrían encontrarse más deteriorados que los participantes que formaron parte de este estudio. En futuros trabajos habrá que valorar estos aspectos y la influencia de variables como el contexto en el que se encuentren participantes como los aquí tratados (alumnos de psicología) durante un largo tiempo (en este caso más de dos años) que podría haber facilitado el contacto con material útil para superar gradualmente estos miedos, así como proporcionar situaciones sociales en las que estuviera presente su grupo de iguales.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que los resultados hacen referencia al grupo de pacientes que finalizaron el tratamiento, constatando que en torno a un tercio de los participantes no lo finalizaron. Un elevado porcentaje de abandonos parece relativamente estable en la mayoría de los estudios con pacientes similares (Salaberría y Echeburúa, 1995; Scholing y Emmelkamp, 1993a, 1993b). Existe un patrón de evitación claramente vinculado con su trastorno (Reich, 2009). En futuros estudios sobre la eficacia de tratamientos en población Mexicana se deben evaluar los motivos de tales abandonos. Entre las limitaciones de este estudio debe observarse que los instrumentos de evaluación presentan buenas propiedades psicométricas en población de lengua española, pero hasta el momento en el que se llevó a cabo este estudio no se habían evaluado sus propiedades psicométricas en población Mexicana. Datos preliminares sobre la fiabilidad de las escalas SPS y SIAS empleadas sobre población mexicana, estimada por el método de consistencia interna Alfa de Cronbach, reflejaron buenos resultados en el caso de ambas escalas. En la actualidad estamos trabajando para validar algunas de estas escalas que evalúan ansiedad social y constructos relacionados (Moral, Antona y García-Cadena, 2011; Moral, García-Cadena y Antona, 2011).

Por otra parte, los pacientes tratados fueron mayoritariamente mujeres, hecho que debe tenerse en cuenta como una limitación en la generalización de los resultados.

Por último, la importancia del estudio radica en que el protocolo fue adaptado y aplicado por primera vez a la realidad y cultura mexicana, así como que los resultados deben tenerse en cuenta subrayando que la formación específica de las terapeutas en el tratamiento IAFS no requirió de un largo período. El protocolo mostró buenos resultados y constituye una alternativa de tratamiento para los jóvenes adultos Mexicanos con fobia social generalizada.

REFERENCIAS

- Albano AM, Marten PA y Holt CS (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Manuscrito no publicado.
- Albano AM, Marten PA, Holt CS, Heimberg RG y Barlow DH (1995). Cognitive behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC.: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición-texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC.: APA.
- Antona CJ (2009). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Ciudad de México: Trillas.
- Antona CJ, García-López LJ, Yela JR, Gómez MA, Salgado A, Delgado C *et al.* (2006). Eficacia de la

- exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*, 14, 183-20.
- Bados A (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral, Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P, Daiuto A, DeRubeis R, Detweiler J, Haaga DAF, Johnson SB, McCurry S, Mueser KT, Pope KS, Sanderson WC, Shoham V, Stickle T, Williams DA y Woody SR (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Johnson SB, Pope KS, Crits-Christoph P, Baker MJ, Johnson B, Woody, SR, Sue S, Beutler L, Williams DA y McCurry S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- DiNardo PA, Brown TA y Barlow DH (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (Lifetime version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- DiNardo PA, Brown TA, Lawton JK y Barlow DH (1995, noviembre). *The anxiety disorders interview schedule for DSM-IV lifetime version: description and initial evidence for diagnostic reliability*. Comunicación presentada en The Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Echeburúa E, Corral P y Fernández-Montalvo J (2000). Escala de inadaptación. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 107, 325-34.
- García-López LJ (2007a). Trastorno de ansiedad social: estado actual en población infanto-juvenil. En P. Berrios y M. M. Ramos (dirs.), *Investigación en psicología. Investigación en psicología aplicada* (vol. 2, pp. 13-34). Universidad de Jaén: Servicio de Publicaciones.
- García-López LJ (2007b). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones.
- García-López LJ, Olivares J, Beidel DC, Albano AM, Turner SM y Rosa AI (2006). Results at long-term among three treatment protocols: a 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- García-López LJ, Olivares J, Hidalgo MD, Beidel DC y Turner SM (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social anxiety scale for adolescents, the fear of negative evaluation scale and the social avoidance distress scale in an adolescent spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-López LJ, Olivares J, Turner SM, Beidel DC, Albano AM y Sánchez-Meca J (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 1, 165-179.
- García-López LJ, Olivares J y Vera-Villaruel PE (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151-160.
- García-López LJ, Piqueras JA, Díaz-Castela MM e Inglés CJ (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16, 3, 501-533.
- García-López LJ, Ruiz J, Olivares J, Piqueras JA, Rosa AI y Bermejo R (2006). Aplicación de un programa de tratamiento multicomponente para adolescentes con ansiedad social en población joven adulta: resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 14, 63-73.
- Hair J, Tatham RL y Anderson RE (2001). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hayward C, Varady S, Albano AM, Thienemann M, Henderson L y Schatzberg AF (2000). Cognitive-Behavioral Group for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ y Becker RE (1990). Cognitive-behavioral

- group treatment for social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg RG, Salzman DG, Holt CS y Blendell KA (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Jørstad-Stein EC y Heimberg RG (2009). Social phobia: An update on treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 641-663.
- Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein MB y Walters EE (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the U. S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.
- Labrador FJ, Echeburúa E y Becoña E (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Mattick RP y Clarke JC (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-47.
- Moral J, Antona CJ y García-Cadena CH (2011). *Validación en México de la Escala de Autoverbalizaciones al Hablar en Público*. Manuscrito enviado para publicación.
- Moral J, García-Cadena CH y Antona CJ (2011). *Traducción y validación del Inventario Balanceado de Deseabilidad Social al Responder en una muestra probabilística de estudiantes universitarios mexicanos*. Manuscrito enviado para publicación.
- Olivares J (Ed.) (2004). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares J y García-López LJ (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada (IAFS). Diseño inicial*. Manuscrito no publicado.
- Olivares J y García-López LJ (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares J, García-López LJ, Beidel DC, Turner SM e Hidalgo MD (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 LJ, Turner S, La Greca AM 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, García-López LJ, Beidel DC y Turner SM (1998). *Social Effectiveness Therapy for adolescents*. Manuscrito no publicado.
- Olivares J, Rosa AI y García-López LJ (2004). *Fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares J, Rosa AI y Piqueras JA (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Olivares J, Rosa AI, Caballo V, García-López LJ y Orgilés M (2003). El tratamiento psicológico de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 599-622.
- Olivares-Rodríguez J, Rosa-Alcázar AI y Olivares-Olivares PJ (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 565-580.
- Ost L (2008). Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 5-1.
- Paul G (1966). *Insight vs. desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Perpiñá C, Gallardo M, Botella C y Villa H (2003). La evaluación de la fobia social. En C Botella, RM Baños y C Perpiñá (Eds.). *Fobia social*, (pp. 119-150). Barcelona: Paidós.
- Ramos V, Piqueras JA y García-López LJ (2008). Análisis de la eficacia y eficiencia del empleo del *videofeedback* en el tratamiento de adolescentes con un trastorno de ansiedad social. *Clínica y Salud*, 19, 249-264.

- Reich J (2009). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Current Psychiatry Reports*, 11, 89-93.
- Salaberría K y Echeburúa E (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de conducta*, 21, 151-179.
- Scholing A y Emmelkamp PMG (1993a). Cognitive and behavioral treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 155-17.
- Scholing A y Emmelkamp PMG (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1993). Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. *A report adopted by the APA Division 12 Board*, 1-17.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- Turner SM, Beidel DC y Cooley MR (1995). 2-year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 553-555.
- Turner SM, Beidel DC, Cooley MR, Woody SR y Messer SC (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Watson D y Friend R (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weisz JR, Southam-Gerow M, Gordis EB y Connor-Smith J (2003). Primary and secondary control enhancement training for youth depression: Applying the deployment-focused model of treatment development and testing. In AE Kazdin y JR Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 165-183). New York: Guilford.
- Zubeidat I, Fernández A y Sierra JC (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24, 71-86.

Recibido, 13 Marzo, 2011

Aceptación final, 25 Noviembre, 2011