

# COMPETENCIA SOCIAL Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON FOBIA SOCIAL

## SOCIAL COMPETENCE AND SELF-ESTEEM IN ADOLESCENTS WITH SOCIAL PHOBIA

Antonio Vallés Arándiga\*, José Olivares Rodríguez\*\*  
y Ana Isabel Rosa Alcázar\*\*\*

Universidad de Alicante, España.  
Universidad de Murcia, España.

Recibido: 11 de febrero de 2014

Aceptado: 27 de febrero de 2014

### 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 ha mostrado reiteradamente ser eficaz en la reducción y eliminación de este problema en la población de adolescentes que cursan estudios de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y postobligatoria.

Se presentan los resultados de la investigación realizada con alumnos de 3º de ESO con fobia social generalizada en varios Institutos de Educación Secundaria de Alicante. Según Olivares y García-López (1998), la eficacia terapéutica del paquete de tratamiento *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (IAFS) mostró el incremento de la competencia social y la mejora de la autoestima en adolescentes que fueron 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 (informados por el tutor y por los padres) y de autoestima se mantuvieron en el seguimiento luego de 6 meses.

**Palabras clave:** Fobia social, ansiedad, intervención en adolescentes con fobia social, competencia social, autoestima.

### ABSTRACT

This study is part of a project for the detection and early intervention of adolescents with social phobia in the community context that it has shown repeatedly to be effective in the reduction and elimination of this problem in the population of teenagers who are studying in a Compulsory Secondary Education (ESO) and post-compulsory.

It shows the results of the research conducted with students of 3<sup>rd</sup> of ESO with social phobia, generalized in several Secondary Education Institutes (IES) of Alicante. According to Olivares and Garcia-Lopez (1998), the therapeutic efficacy of the treatment package *Intervention in Adolescents with Social Phobia* (IAFS) showed the increase in social competence and improvement of self-esteem in adolescents who were diagnosed with the disorder referred, against a group of passive control (no treatment) and a group of active control (treatment with a program of learning strategies including contents of exposure to social situations). All treatments were developed in schools.

The results obtained in favor of IAFS treatment in the variables of social competence (informed by the tutor and parents) and self-esteem were maintained at follow-up after 6 months.

**Key words:** Social phobia, anxiety, intervention in adolescents with social phobia, social competence, self-esteem

## 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 frente a las relaciones interpersonales nuevas e importantes (Salaberría & Echeburúa, 1995a). 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 incapacitante para las relaciones sociales, con el consiguiente deterioro para 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, el deterioro de su autoestima, el desarrollo de sentimientos depresivos y, en muchos de los casos, problemas de alcoholismo y drogadicción como estrategias inadecuadas de afrontamiento (Salaberría, 1993; Salaberría & Echeburúa, 2003a), así como déficits 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 evolutivo 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) (Beidel & Randall, 1994). La FS es el miedo a la evaluación negativa que puede experimentar una persona en distintas situaciones de relación o actuación social (Olivares, 2009). Uno de estos fenómenos es el incremento de las demandas sociales para que el adolescente se inserte en la vida del adulto. El otro lo constituye el desarrollo cognoscitivo de las operaciones formales, lo cuál 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 ponen de relieve las investigaciones 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 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, etc.) 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 & 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 del adolescente con ansiedad social la intervención psicológica está justificada para la mejora de su calidad de vida y en el marco del *proyecto para la detección e intervención temprana de adolescentes con fobia social en el contexto comunitario* (Olivares et al., 2003) se desarrolla el presente trabajo, en el cual se postulan las hipótesis del incremento de la competencia social y la mejora de la autoestima en adolescentes

estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) que habían sido diagnosticados con el referido trastorno, y tratados con el programa *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (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).

## Método

### Participantes

El reclutamiento de los sujetos se llevó a cabo del siguiente modo: Se realizó una aplicación de pruebas a 60 estudiantes de 3º de ESO en dos centros educativos de Alicante. Previamente a la administración de estos cuestionarios se obtuvo 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, 1965) 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.

### Descripción de la muestra

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

### 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 IAFS (Olivares & García-López, 1998).

## Evaluación

Los tres grupos experimentales fueron evaluados antes y después del tratamiento y en un seguimiento de los efectos del tratamiento realizado luego de 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 (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 la finalidad 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 & 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* (Vallés, 2003a). Se utilizó este cuestionario en las versiones tutor y padres como medida de evaluación externa. Empleando una escala de valoración de 0-100. Está constituido por los siguientes 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.

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 los padres y los hijos sobre los contenidos del programa IAFS, la duración de este y los objetivos a cumplir. Asimismo, se informó a los padres e hijos integrantes del grupo sobre la finalidad del programa IAFS y de Estrategias de Aprendizaje.

### **Descripción del programa de tratamiento Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) (Olivares & García-López, 1998)**

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 *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 para hablar en público. Al igual que en el SET-A: Therapy for Adolescents Spanish (Olivares, García-López, Beidel & Turner, 1998) se incluyen ejercicios de flexibilidad dirigidos a incrementar los repertorios de conducta del sujeto.

El tercero es *Exposición*. Aunque el Entrenamiento en Habilidades Sociales (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 sexo 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*. Aquí se utiliza la Terapia Cognitiva de Beck, siguiendo las etapas educativas de entrenamiento y de aplicación descrita por Méndez, Olivares y Moreno (2001) 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 a los sujetos tareas para casa, consistentes en exposiciones en vivo ante contextos naturales y relativos al contenido de la sesión que se hubiera trabajado.

### **Descripción del programa de Tratamiento en 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 rehúyen la participación en clase, la presentación en público de trabajos o evitan formular dudas al profesor en clase o de forma privada (Beidel, 1991; Last & Strauss, 1990). La evitación de estas tareas acarrea 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 conlleva a 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

**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 videofeedback
10	Exposición (Hablar en público II). Cómo iniciar, desarrollar y concluir una charla Uso del videofeedback
11	Exposición (Hablar en público III). Uso del videofeedback
12	Exposición (Hablar en público IV). Prevención de Recaídas

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 (ver Tabla 2). Con el fin de facilitar la asistencia y 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 donde estudiaban los sujetos; los que fueron asignados a cada grupos en función a su disponibilidad de horarios, contrarestando así 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; estas unidades estuvieron integradas por 8 o 9 sujetos cada una.

## Resultados

### *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 existe 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) [ $F(2.49) = 2.303, p = 0.111$ ].

### *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



**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	<b>ESTRATEGIAS DE APOYO AL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 1</b> - La motivación para el aprendizaje
2	<b>ESTRATEGIAS DE APOYO AL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 2</b> - El autoconcepto y la autoestima
3	<b>LA ORGANIZACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN DEL APRENDIZAJE</b> - Ambiente - Concentración - Organización - Planificación
4	<b>ESTRATEGIAS DE ADQUISICIÓN DE LA INFORMACIÓN 1</b> - El control de la distracción - El subrayado
5	<b>ESTRATEGIAS DE ADQUISICIÓN DE LA INFORMACIÓN 2</b> - La lectura comprensiva
6	<b>ESTRATEGIAS PARA CODIFICAR LA INFORMACIÓN 1</b> - Estrategias de elaboración - Imágenes visuales - Analogías
7	<b>ESTRATEGIAS PARA CODIFICAR LA INFORMACIÓN 2</b> - Estrategias de elaboración - Buscar aplicaciones - Autopreguntas - Parafraseo
8	<b>ESTRATEGIAS PARA CODIFICAR LA INFORMACIÓN 3</b> - Estrategias de organización - Resumen
9	<b>ESTRATEGIAS PARA CODIFICAR LA INFORMACIÓN 4</b> - Estrategias de organización - Esquema - Mapa conceptual
10	<b>ESTRATEGIAS DE RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b> - Evocación de la información - Imaginación - Escritura
11	<b>ESTRATEGIAS METACOGNITIVAS PARA APRENDER 1</b> - La metaatención - La metamemoria
12	<b>ESTRATEGIAS METACOGNITIVAS PARA APRENDER 2</b> - La metacompreensión lectora

**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

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. También se aplicaron ANOVA entre los grupos analizados y cuando las variables resultaron significativas, se procedió

a las comparaciones *post-hoc* en los distintos momentos temporales y entre los diferentes grupos.

Se planteó como objetivo 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 postest 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.

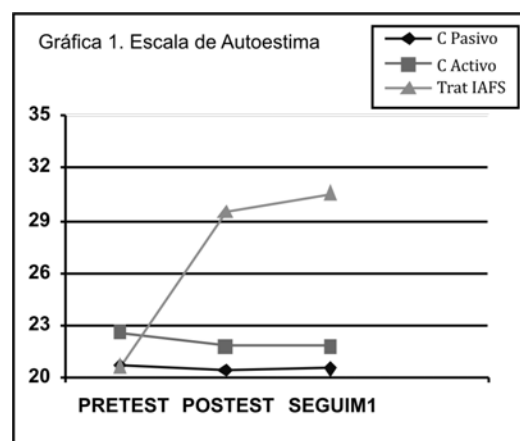
**Tabla 4**  
Medias y desviaciones típicas de la Escala de Autoestima analizada en cada uno de los momentos temporales

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

<sup>1</sup>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 postest, 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 postest y se mantienen en el mismo nivel en el seguimiento.

En cuanto a un incremento de la competencia social esperado, con respecto a lo informado por los padres y por los tutores, en la prueba de competencia social (tutor) se hallan 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 que lo hace en 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*

Condición experimental / Momento temporal	Grupo control pasivo (N = 17)		Grupo control activo (N = 17)		Grupo tratamiento IAFS (N = 16)		Resultados ANOVA
	M	DT	M	DT	M	DT	
<b>POSTEST</b>	25.00	6.84	36.82	25.14	50.00	11.25	$F(2.50) = 9.486, p = 0.000$
<b>SEGUIMIENTO<sup>1</sup></b>	25.00	7.07	37.17	27.52	57.81	7.73	$F(2.50) = 18.889, p = 0.000$

<sup>1</sup> Seguimiento 6 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, N: número de sujetos de la condición experimental

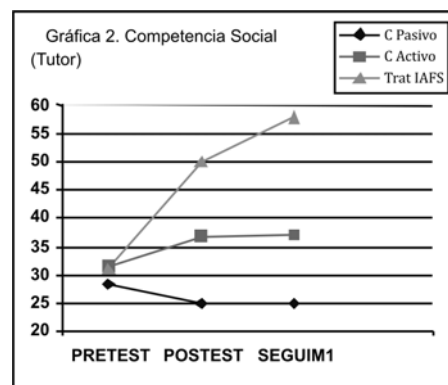
**Tabla 6**

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

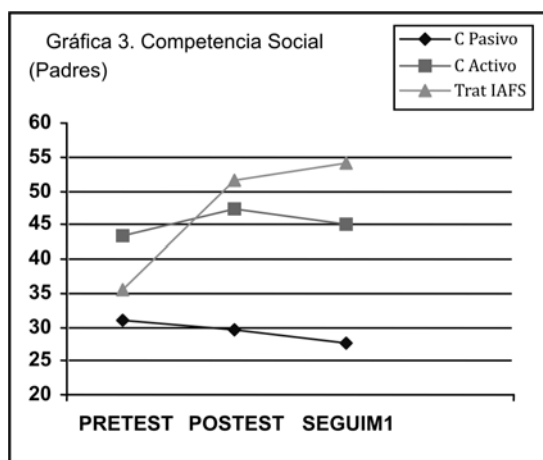
Condición experimental / Momento temporal	Grupo control pasivo (N = 17)		Grupo control activo (N = 17)		Grupo tratamiento IAFS (N = 16)		Resultados ANOVA
	M	DT	M	DT	M	DT	
<b>POSTEST</b>	29.70	8.92	47.41	28.29	51.56	9.95	$F(2.50) = 6.800, p = 0.000$
<b>SEGUIMIENTO<sup>1</sup></b>	27.64	9.86	45.11	29.19	54.06	10.20	$F(2.50) = 8.409, p = 0.001$

<sup>1</sup> 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 como 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 decremента sus puntuaciones en el postest y las mantiene en el seguimiento.







Con relación a la competencia social informada por los padres (Gráfica 3) se observa en el grupo de tratamiento IAFS un resultado semejante a la presentada en la versión del tutor, es decir, un sustancial incremento de las puntuaciones en el posttest 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 posttest, 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 posttest 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 posttest como en el seguimiento a los 6 meses.

En lo que se refiere 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 posttest 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 posttest 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 intergrupos 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 luego de 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 7**  
*Análisis de comparación post hoc mediante la prueba de Bonferroni.*

	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 TUTOR POSTEST	0.652	2.635	0.625
COMPETENCIA SOCIAL TUTOR 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

## Discusión

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 de competencia (Escala de Competencia Social/Tutor y la Escala de Competencia Social/Padres), mostrasen un incremento de tal competencia en el grupo 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 con relación a la valoración realizada por los tutores, el grupo IAFS logra incrementar de manera notable sus puntuaciones en el postest y en el seguimiento, mientras que el grupo control pasivo las reduce en el postest y las mantiene en el seguimiento. Por su parte, el grupo control activo 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 luego de 6 meses, en los

sujetos que se beneficiaron del IAFS frente al grupo control pasivo y el grupo control activo (Programa de Estrategias de Aprendizaje). Los resultados de la Competencia Social informada por los padres casi replican los de los tutores, es decir, el grupo IAFS consigue un notable incremento de las puntuaciones en el postest y en el seguimiento, mientras que el grupo control pasivo muestra un decremento progresivo de los valores de tales medidas para los mismos momentos temporales y el grupo control activo 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 grupo control activo es la misma que hemos utilizado para la hipótesis previa; es decir, la «exposición social» por sí sola puede producir alguna mejoría, pero ni esta es relevante ni consistente por lo que, además de mínima, termina perdiéndose. En síntesis, los resultados indican, de nuevo, que los sujetos del grupo IAFS 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 grupo IAFS en ambos períodos con respecto al pretest. En el grupo control pasivo se produce un descenso en el postest y se mantiene en el seguimiento. En el grupo control activo 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 grupo IAFS. En la versión padres de la Escala Observacional de Competencia Social, encontramos diferencias estadísticamente significativas, obteniendo mejores resultados el grupo IAFS. 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 grupo IAFS, hay que indicar que los resultados hallados solo presentan diferencias significativas en el postest. Los resultados muestran que el grupo IAFS aumenta moderadamente sus resultados en el postest y en el seguimiento, mientras que, tanto el grupo control pasivo como el grupo control activo 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 grupo IAFS 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 grupo control pasivo mantienen el nivel de autoestima inicial, sin producir

ningún incremento en los períodos del postest y del seguimiento. Resultados semejantes podemos apreciar en el grupo control activo, cuyos sujetos mantienen su nivel de autoestima, incluso se produce una ligerísima reducción de sus puntajes en el postest y en el seguimiento luego de 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 grupo IAFS, en comparación con los grupo control pasivo y de grupo control activo fuese superior. Esta hipótesis se cumple tanto en el postest como el seguimiento luego de 6 meses, siendo además estas diferencias estadísticamente significativas en ambos momentos entre la condición experimental grupo IAFS 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.

### *Algunas limitaciones*

La eficacia del paquete de tratamiento IAFS ha sido mostrada en población adolescente, igual que el Programa de Estrategias de Aprendizaje (grupo de control activo), pese a que este último no ha conseguido eficacia terapéutica, sí se ha mostrado superior a la ausencia de tratamiento en el caso del grupo de control pasivo; por tanto, no podemos generalizar los resultados 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.

## 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 (2005), Hernández (2006), Olivares et al. (2003, 2005), Ramos (2005) o Vallés (2005), entre otros.
- La mejora en competencia social se concreta 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.

El IAFS ha probado ser eficaz (beneficioso en investigaciones controladas) en un número significativo de trabajos en los que, no solo se han comparado sus efectos frente a otros tratamientos y grupos de control activos y pasivos, incluida la transmisión de información, sino que también se ha estudiado el peso de algunos de sus componentes a través de su desmantelamiento parcial (véase por ejemplo: Amorós, Rosa & Olivares-Olivares, 2011; Olivares-Olivares, Rosa & Olivares, 2008), produciendo efectos benéficos en autoestima y en habilidades sociales de los adolescentes. 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 la 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, las características de edad, sexo y experiencia profesional de los monitores que aplican los programas. De igual modo, las nuevas TICs, especialmente, la realidad virtual, han puesto de relieve la opción terapéutica muy prometedora de su utilización efectiva en el tratamiento de la fobia social (García-García & Rosa-Alcázar, 2011).

## Referencias

- Amorós, M. (2005). *Efectos de la eliminación de los componentes de reestructuración cognitiva y focalización de la atención en la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS)*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Murcia. España.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545-552.
- Beidel, D. C. & Randall, J. (1994). Social phobia. En T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 111-129). New York: Plenum Press.
- García-García, E. & Rosa-Alcázar, A. I. (2011). Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Terapia Psicológica*, 29(2), 233-243.

- Guillén, V., Quero, S., Baños, R. M. & Botella, C. (1999). *Datos psicométricos y normativos del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg en una muestra española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada.
- 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., 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.
- Last, C. G. & Strauss, C. C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 153, 457-459.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Moreno, P. (2001). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares & F. X. Méndez (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-478). Madrid: Biblioteca Nueva (3ª Ed.).
- 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. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40, 7-23.
- Olivares, J. & Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada: Un programa de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes con un trastorno de ansiedad social*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia: Murcia.
- 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., 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., García-López, L. J., Ruiz, J., Ramos, V. & Piqueras, J. A. (2001). *Mi resumen de hoy*. Texto mimeografiado. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa, A. I. & Olivares, J. (2008). Does individual attention improve the effects of treatment groups of adolescents with social phobia? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 465-481.
- Rosa-Alcázar, A. I., Amorós-Boix, M., Olivares-Olivares, P. J. (2013). Aportaciones de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(1), 5-23.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (2003a). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En A.M. Pérez, J. R. Fernández & I. Amigo (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. (pág. 271-285). Madrid: Pirámide.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (1995a). La exposición como tratamiento psicológico en un caso de fobia social de tipo generalizado. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 305-326.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (1995b). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Vallés, A. (2003). *Pruebas de Competencia Social*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- 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.

\* Universidad de Alicante, España.

\*\* Universidad de Murcia, España.

\*\*\* Universidad de Murcia, España.