

ARTÍCULOS

Análisis de la eficacia y eficiencia del empleo del *Videofeedback* en el tratamiento de adolescentes con un trastorno de ansiedad social

Efficacy and efficiency of the use of video-feedback in the cognitive-behavioral treatment of young people with social anxiety disorder

VICTORIANO RAMOS¹

JOSÉ ANTONIO PIQUERAS²

LUIS-JOAQUÍN GARCÍA-LÓPEZ³

Fecha de Recepción: 03-04-2007

Fecha de Aceptación: 28-07-2008

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es analizar el efecto que produciría aumentar el uso del Videofeedback en la mejora de la eficacia de un tratamiento psicológico en grupo para la fobia social (IAFS) ampliando de cuatro sesiones, en las que se utilizaba originalmente, a diez de las doce sesiones de las que se compone el programa. Los participantes fueron 50 adolescentes (18 chicos y 32 chicas), con una edad comprendida entre 14-18 años, quienes fueron reclutados en sus propios centros escolares, lugar donde también se llevó a cabo la intervención. El diseño estaba compuesto por dos condiciones experimentales: la primera recibió el programa original denominado "Intervención en Adolescentes con Fobia Social" (IAFS; Olivares y García-López, 1998; García-

¹ Servicios sociales de Callosa de Segura (Alicante). bgvictor@cop.es

² Universidad Miguel Hernández, de Elche. Departamento de Psicología de la Salud.

³ Universidad de Granada. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

López, 2007a) que incluía el componente de Videofeedback en 4 de las 12 sesiones, y que sirvió como grupo control. El segundo grupo recibió el mismo programa de intervención pero el componente de Videofeedback se incluyó en 10 de las 12 sesiones. Los resultados en el postest y en el seguimiento a los 6 meses mostraron que ambas intervenciones resultaron ser, altamente a la vez que, igualmente eficaces; no hallándose diferencias significativas en los análisis estadísticos efectuados en las variables dependientes utilizadas. Finalmente, se debatirán cómo estos hallazgos pueden contribuir a la investigación futura y su implicación clínica.

ABSTRACT

This paper shows how the increase in the use of video-feedback from four to ten sessions could improve therapy success in adolescents suffering social phobia (IAFS; Olivares y García-López, 1998; García-López, 2007a). The sample consisted of 50 high school and private school students -18 boys and 32 girls aged 14 to 18. The treatment was administered in a school setting. The design consisted of two experimental conditions: the original treatment (4 sessions including video-feedback) and a revised treatment protocol using video-feedback as a therapeutic technique in 10 out of 12 sessions. The results revealed that both experimental conditions were equally efficient, with no significant differences both at post-test and at the follow-up 6 months later. Issues that could contribute to future research and clinical implications are discussed.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes, Fobia social, Videofeedback, Tratamiento.

KEY WORDS

Adolescents, Social phobia, Video-feedback, Treatment.

La adolescencia constituye una etapa crítica en el desarrollo social del individuo, y especialmente por cuanto se trata de un período evolutivo caracterizado por importantes cambios en las relaciones interpersonales. Los rápidos y notables cambios en las relaciones interpersonales, y el consiguiente riesgo de aparición de dificultades y malestar, explican que la ansiedad y los miedos sociales se incrementen con la edad. En particular, Beidel y Randall (1994) indican la relevancia en este período de dos factores de riesgo para el inicio de la fobia social. Por un lado, estaría un incremento de las demandas sociales para insertarse en la vida del adulto y, por otro, el desarrollo de las operaciones formales que posibilitaría al individuo la toma de conciencia de la discrepancia entre la perspectiva de los demás y la suya propia. A todo ello se suma que, en contraste con otros adolescentes que presentan problemas de conducta, el hecho de presentar un trastorno de ansiedad social pasa usualmente desapercibido para los padres y profesores, incluso éstos no suelen considerar necesario solicitar ayuda para ellos (Ramos, 2004). Los trastornos de ansiedad son el problema mental más frecuente que afecta a la población infanto-juvenil. De entre ellos, la ansiedad social es el de mayor prevalencia en nuestro país (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, en prensa), así como en países de lengua inglesa (Albano, Chorpita y Barlow, 2003). Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), el trastorno de ansiedad social (también conocido como fobia social) se caracteriza

por el “temor persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por el miedo a que resulten embarazosas”. Este trastorno presenta serias consecuencias negativas para el adolescente, tanto en el rendimiento académico, bajos estados de ánimo y mayor riesgo de inicio en el consumo de sustancias legales e ilegales (García-López, 2007b).

Es por ello, por lo que la detección e intervención temprana cobra una especial relevancia en el período de la adolescencia, cuando no se ha podido intervenir en su prevención (para una revisión, véase Masia-Warner, Storch, Fisher y Klein, 2003). En nuestro país, y llevado a cabo en un contexto comunitario, el único programa desarrollado para reducir y/o eliminar el trastorno de ansiedad social en la adolescencia es el programa denominado “Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS; Olivares y García-López, 1998; García-López, 2007a). Este programa de tratamiento IAFS ha demostrado su eficacia en población adolescente a corto, medio y largo plazo (1 año y 5 años después del fin del tratamiento; García-López et al., 2006). Sin embargo, llegado a este punto, existe una falta de información acerca del papel que puede jugar la adición de elementos o técnicas terapéuticas de cara a la mejora de los resultados. Como han venido defendiendo algunos autores, el uso del *Videofeedback* puede ser una estrategia eficaz para modificar las cogniciones de los sujetos que padecen fobia

social (Clark y Wells, 1995; Clark et al., 2006; Harvey, Clark, Ehlers y Rapee, 2000), o al menos para mejorar la ejecución en situaciones de hablar en público, motivo por el cual, inicialmente, se incluyó este componente en las sesiones de hablar en público en el protocolo del tratamiento original IAFS. Clark et al. (2003) apuntan que el *Videofeedback* puede mejorar los resultados del tratamiento mediante Terapia Cognitivo-Conductual, tal como indican los espectaculares resultados de su estudio. Sin embargo, en su tratamiento incluyeron otros elementos que podrían haber sido asimismo los responsables del beneficio obtenido (abandono de conductas de seguridad, cambio atencional hacia elementos externos, etc.), no habiendo sido controlado tal aspecto hasta el momento. Siguiendo estos hallazgos, nuestro trabajo pretende comprobar si el aumento del uso de *Videofeedback* en un tratamiento para la fobia social en la adolescencia (IAFS; Olivares y García-López, 1998; García-López, 2007a) ve mejorados los resultados utilizando la retroalimentación audiovisual no sólo en las sesiones destinadas a Hablar en Público como se había hecho hasta el momento, sino también en las sesiones en que se entrenan Habilidades Sociales, con el objetivo de cambiar sus cogniciones sobre su propia representación o imagen mental, que previamente han construido de sí mismos actuando antes los demás, así como la percepción de que sus "nervios" son perceptibles visiblemente por el/los interlocutor/es. De

este modo, si se confirmase la mejoría, se podría sospechar que el *Videofeedback* sería uno de los componentes responsables de la reducción en medidas de ansiedad social.

Por otro lado, estudios recientes indican que la adición de *Videofeedback* no mejora los resultados de la simple exposición (Smits, Powers, Buxkamper y Telch, 2006), aunque en este caso no se trataba de un tratamiento para la fobia social, sino un protocolo de tres sesiones de exposición y cuatro condiciones experimentales: con retroalimentación de la propia actuación, con retroalimentación de las reacciones de la audiencia, sin retroalimentación y un grupo con placebo.

Por tanto, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los trabajos mencionados se podría tender a asumir que un mayor empleo del *Videofeedback* durante el desarrollo de la aplicación del tratamiento podría aumentar la eficacia del IAFS. Así, el objetivo de este trabajo es analizar la relevancia de modificar el IAFS, siendo la variable independiente el número de sesiones que incluyen el componente de *Videofeedback*. Tal modificación supone el empleo del *Videofeedback* en diez de las doce sesiones de las que se compone el programa, empleado sólo en las cuatro últimas sesiones en el programa original, a fin de estudiar su efecto en las relaciones entre eficacia y eficiencia. En este sentido, mientras que en una condición experimental los participantes recibirán el

IAFS original, el cual incluye *Videofeedback* en las últimas cuatro sesiones (destinadas a reducir el miedo a hablar en público), la segunda condición experimental estará compuesta por participantes que reciben el IAFS modificado, en el que se incluye *Videofeedback* en todas las sesiones, excepto las dos primeras, dedicadas a psicoeducación y técnicas cognitivas. Nuestra hipótesis de partida es que el aumento del número de sesiones que incorporan el componente de *Videofeedback* conllevará una mayor eficacia del protocolo de tratamiento IAFS.

MÉTODO

Participantes

La muestra se compuso de 50 participantes (18 chicos y 32 chicas) que cursaban estudios de 3º y 4º de ESO y 1º de Bachillerato, con un rango de edad de 14-18 años ($M=15,44$, $DT=1,03$). Todos ellos fueron diagnosticados de fobia social generalizada mediante la entrevista ADIS-IV-L (DiNardo, Brown y Barlow, 1994) cumpliendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Diseño

Se utilizó un diseño cuasi-experimental con análisis inter e intragrupo y medidas en el pretest, postest y seguimiento a los 6 meses. Los participantes fueron asignados a dos condiciones experimentales: (a)

Tratamiento IAFS original (*Videofeedback* en 4 sesiones, las relativas a hablar en público) y (b) Tratamiento IAFS modificado (*Videofeedback* en 10 de las 12 sesiones de tratamiento).

Instrumentos de Evaluación

La evaluación de los participantes fue realizada antes y después del tratamiento, a la vez que mediante un seguimiento a los 6 meses. A continuación se indican las medidas empleadas como variables dependientes en cada momento de evaluación.

Entrevista Diagnóstica de los Trastornos de Ansiedad ADIS-IV-L (Anxiety Disorders Interview Schedule Lifetime). Sección de Fobia Social

Di Nardo, Brown y Barlow (1994) incluyeron esta sección tanto para establecer un diagnóstico de fobia social en base a los criterios del DSM-IV como para realizar la historia clínica del sujeto. Esta sección consta de 13 ítems que miden situaciones bien sean de interacción o bien de actuación social. Cada ítem se valora en función del miedo y de las respuestas de evitación que presenta el sujeto ante esa situación. Olivares y García-López (1997) han demostrado su validez y fiabilidad en población española ($Kappa = 0.91$). Como Variable dependiente se utilizó el número medio de situaciones Fóbicas temidas o evitadas.

Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI)

El SPAI consta de 45 ítems: 32 miden respuestas de ansiedad social y 13 evalúan respuestas agorafóbicas. El inventario sigue una escala Likert de 7 puntos (rango: 1-7). El SPAI dispone de tres puntuaciones: la puntuación de la subescala de Fobia Social, la puntuación de la subescala de Agorafobia y la puntuación Diferencia, la cual se obtiene de restar las puntuaciones de las dos subescalas. Teniendo en cuenta los resultados previos encontrados por García-López, Olivares e Hidalgo (2005), en este estudio se utilizó la puntuación de la subescala de fobia social. Pese a que este instrumento fue diseñado por Turner, Beidel, Dancu y Stanley en 1989 para medir las respuestas de ansiedad social en población adulta, estudios tanto en lengua inglesa como española han demostrado su validez y fiabilidad en población adolescente (Clark *et al.*, 1994; García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001, García-López, Olivares e Hidalgo, 2005; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel, 1999, Olivares *et al.*, 2002).

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)

La Greca y López (1998) crearon esta escala con el objeto de disponer de un instrumento de evaluación específico para medir las respuestas de ansiedad social en adolescentes. La escala posee una estruc-

tura trifactorial compuesta por: (a) la subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE), (b) la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños (SAD-N) y (c) la subescala de ansiedad y evitación social en general (SAD-G). Estas tres subescalas junto con la puntuación Total de la escala, resultante de la suma de las subescalas, han sido las utilizadas para medir el cambio terapéutico en nuestro estudio. En población española, García-López *et al.* (2001) y Olivares *et al.* (2005) han demostrado que esta escala posee buenas propiedades psicométricas.

Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)

Paul desarrolló este cuestionario en 1966. Varios estudios han encontrado una consistencia interna alta de esta escala, así como de su validez para poblaciones clínicas (Klorman, Weerts, Hastings, Melamed y Lang, 1974; Lombardo, 1988). En España, Bados (1986) modificó el formato de respuesta, incorporando una escala Likert de 6 puntos e informó de la validez y fiabilidad de esta escala en población adulta. Asimismo, Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) han constatado la utilidad de esta versión del PRCS en población adolescente.

Procedimiento

En una primera fase, tras contactar con la dirección de los institutos, se efectuó la fase de detección que

incluyó a todos los participantes de cada centro escolar con edades comprendidas entre 14 y 18 años (1.495 en total), utilizando los puntos de corte propuestos por Olivares *et al.* (2002) con el SPAI y la SAS-A. 439 participantes pasaron a la siguiente fase, en la que se les administró la entrevista ADIS-IV con la que se efectuó el diagnóstico. La entrevista fue realizada por psicólogos previamente entrenados para su administración y cada psicólogo tenía asignado un número concreto de participantes; 156 de éstos cumplieron los criterios diagnósticos de fobia social generalizada, de los cuales 65 aceptaron en una primera instancia realizar el tratamiento. En la fase informativa a los padres y adolescentes, previa a la intervención, 15 participantes declinaron el ofrecimiento, resultando la muestra final en 50 participantes. Éstos fueron asignados a dos condiciones experimentales. En la primera de ellas, 21 participantes recibieron el programa IAFS original (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*; Olivares y García-López, 1998; García-López, 2007a), diseñado para ser aplicado en contextos educativos, en 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 (el instituto). El IAFS versión original consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de duración y periodicidad semanal. Los contenidos básicos de las sesiones son: Fase Educativa, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Habilidades Sociales,

Entrenamiento en Asertividad y Exposición. Las sesiones destinadas a hablar en público son las cuatro últimas (9-12) y en ellas se utiliza el *Videofeedback* con el objetivo de que el sujeto reciba información desde el exterior de su ejecución durante la charla de dos formas diferentes: de los compañeros y del monitor de televisión en el que él mismo puede observar cómo lo ha hecho. Los 21 participantes que componen esta condición experimental fueron asignados a cada grupo de tratamiento en función de su disponibilidad horaria, lo cual fue la única restricción.

En la segunda condición experimental, se aplicó una modificación del IAFS, consistente en utilizar el *Videofeedback* a partir de la sesión tercera. Los 29 participantes que integraban esta condición experimental fueron asignados a cada grupo de tratamiento en función de su disponibilidad horaria, siendo ésta la única restricción para componer los grupos.

El tamaño de cada grupo osciló entre 6 y 8 participantes, por lo que fueron tres grupos de tratamiento los que integraban la primera condición experimental y cuatro en la segunda.

Por otro lado, se siguió en el presente trabajo el criterio de seleccionar para la muestra participantes con Fobia Social moderadamente generalizada (6-9 situaciones fóbicas evitadas) o gravemente generalizada (10 o más situaciones fóbicas evitadas). Tales criterios de selec-

ción de la muestra tienen su origen en la clasificación desarrollada por nuestro grupo de investigación (Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002) con el fin de intentar operacionalizar el criterio propuesto por la *American Psychological Association* respecto del subtipo Fobia Social generalizada (APA, 1994)

Nueve psicólogos y un estudiante de doctorado, todos ellos previamente entrenados, fueron los que llevaron a cabo las fases de evaluación. El tratamiento fue implementado por dos psicólogos en cada una de las condiciones experimentales, un terapeuta que dirigía la sesión y un co-terapeuta que colaboraba en el desarrollo de cada una de ellas.

RESULTADOS

Las hipótesis del presente trabajo fueron examinadas mediante los siguientes procedimientos estadísticos:

Comparaciones intergrupo: Pruebas t de Student donde la variable independiente tuvo dos niveles (IAFS original e IAFS modificado). Ambos grupos fueron comparados en cada momento temporal y para cada una de las variables dependientes.

Comparaciones intragrupo: ANOVA de Medidas Repetidas con tres momentos de evaluación (pre-test, posttest y seguimiento a los 6 meses) y posterior cálculo de los tamaños del efecto para los tres momentos temporales.

El tamaño del efecto se definió como la diferencia entre pretest y los diferentes momentos de medida (posttest y seguimiento a los 6 meses y a los 12 meses). Para ello hemos adoptado los criterios propuestos por Cohen (1988), donde 0.2 corresponde a un tamaño del efecto bajo, entre 0.4 y 0.5 medio y con 0.8 o superior hablaríamos de un tamaño del efecto alto.

Los resultados mediante Análisis de Varianza factoriales mixtos u otras posibilidades estadísticas indicaron que tampoco se hallaban diferencias entre las dos condiciones experimentales ni efectos de la interacción, pero si un efecto del tratamiento en ambas condiciones a lo largo de los diferentes momentos temporales, por lo que mantuvimos los análisis que se presentan aquí.

Resultados intergrupos

Con el objetivo de confirmar la equivalencia de los Grupos experimentales se realizó una comparación de medias o frecuencias (prueba T de Student o Chi-cuadrado de Pearson, respectivamente) atendiendo al tipo de variable medida. Los resultados, tanto de las variables sociodemográficas como de las variables dependientes (véanse los datos del pretest en la tabla 1), indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; es decir, los grupos estaban inicialmente igualados ($p > .05$). La Tabla 1 presenta las medias y desviaciones típicas de cada medida en ambas condiciones

Tabla 1. Comparaciones intergrupo

INSTRUMENTO	Momento Temporal	IAFS Original Sesiones Vídeo (9-12)		IAFS Modificado Sesiones Vídeo (3-12)		Análisis Estadístico		
		M	DT	M	DT	t	gl	p
SPAI-FS	PRETEST	128.86	23.55	124.94	25.95	0.543	48	0.59
	POSTEST	61.93	30.61	57.04	37.41	0.491	48	0.62
	SEG- 6 Meses	51.45	28.01	41.25	29.88	1.177	45	0.24
SAS-A / Total	PRETEST	69.23	9.28	68.31	12.07	0.325	48	0.75
	POSTEST	44.81	12.86	43.83	17.07	0.222	48	0.82
	SEG-6 Meses	41.74	14.20	35.54	12.36	1.589	45	0.12
SAS-A / FNE	PRETEST	33.10	5.22	31.62	6.61	0.847	48	0.40
	POSTEST	21.81	6.89	20.10	9.28	0.712	48	0.48
	SEG-6 Meses	19.42	7.09	15.68	6.03	1.946	45	0.06
SAS-A / SAD-N	PRETEST	23.43	3.56	23.24	3.84	0.175	48	0.86
	POSTEST	15.00	4.59	14.83	5.48	0.117	48	0.91
	SEG-6 Meses	13.74	5.28	12.68	4.49	0.739	45	0.46
SAS-A / SAD-G	PRETEST	12.10	3.96	13.41	3.05	-1.330	48	0.19
	POSTEST	8.00	2.45	8.90	3.48	-1.019	48	0.31
	SEG-6 Meses	8.58	3.76	7.18	2.80	1.463	45	0.15
PRCS	PRETEST	75.48	14.28	81.17	17.88	-1.207	48	0.23
	POSTEST	103.24	17.54	108.59	27.03	-0.793	48	0.43
	SEG- 6 Meses	109.63	24.09	117.30	27.79	-0.972	45	0.34
FOBIAS	PRETEST	8.33	2.11	8.38	1.95	-0.080	48	0.94
	POSTEST	1.62	1.36	1.93	2.96	-0.449	48	0.66
	SEG- 6 Meses	1.95	3.24	1.00	1.85	1.276	45	0.21

Nota: M: Media. DT: Desviación Típica. t: Valor de la prueba t de Student. gl: grados de libertad. p: Probabilidad.
 SPAI-FS: Subescala de Fobia Social del SPAI; SAS-A/FNE: Subescala de la SAS-A Miedo a la Evaluación Negativa; SAS-A/SAD-N: Subescala de la SAS-A Ansiedad y Evitación Social ante Extraños; SAS-A/SAD-G: Subescala de la SAS-A Ansiedad y Evitación Social en General; SAS-A/TOTAL: Puntuación total de la escala de Ansiedad Social para Adolescentes; PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; FOBIAS: Numero medio de Situaciones fóbicas temidas o evitadas (ADIS-IV Sección de Fobia Social).

experimentales y en los distintos momentos temporales, así como las pruebas de significación estadística y la probabilidad.

Se llevaron a cabo pruebas T de Student. para la comparación intergrupo en cada uno de los momentos temporales, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones experimentales ni en el posttest, ni en el seguimiento a los seis meses en ninguna de las medidas analizadas ($p > .05$).

Resultados intragrupo

Se realizó un ANOVA de medidas repetidas con tres momentos de evaluación (pretest, posttest y seguimiento a los 6 meses) para cada una de las variables dependientes. Siguiendo la tabla 2, los resultados indicaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las medidas intra-grupo pre-post tratamiento, así como en el seguimiento a los 6 meses ($p < .01$) en las dos condiciones experimentales. Así, puede apreciarse como ambas condiciones experimentales disminuyeron sus puntuaciones en todos los instrumentos de evaluación, siendo esta disminución acusada del pretest al posttest y al seguimiento (tendencia lineal significativa) en los dos niveles de la variables independiente, siendo el descenso más pronunciado del pretest al posttest frente al descenso del posttest al seguimiento (tendencia cuadrática significativa) en ambos casos, con la excepción de la tendencia

cuadrática en el PRCS para el grupo IAFS Modificado, que no es significativa. (Véase ITabla 2).

Seguidamente, se analizó el tamaño de efecto (d) en ambas condiciones experimentales. Los resultados, como puede observarse, son muy elevados en todas las variables analizadas, siendo todos superiores a 0.80 que, según Cohen (1988), indica un tamaño del efecto grande. Asimismo, de los datos se desprende que no se observa un beneficio de un tratamiento significativamente superior al otro (Véase Tabla 3).

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido evaluar el incremento del uso del *Videofeedback* al resto de sesiones del tratamiento IAFS original, en el que se utilizaba *Videofeedback* solamente en las sesiones dedicadas a hablar en público con la intención última de que se tradujese en una mejora de las puntuaciones en las medidas de ansiedad. Los resultados muestran que el uso expandido del *Videofeedback* en seis sesiones más, las dedicadas a entrenamiento en habilidades sociales, no mejora significativamente los resultados del IAFS original, en el que se utilizaba solamente en las cuatro últimas sesiones, las dedicadas a hablar en público. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables utilizadas, además de mostrar notable similitud ambos grupos en los tamaños del efecto. Estos resultados son contrarios a

Tabla 2. Comparaciones intragrupo

Condición Experimental		Momento Temporal			Análisis estadísticos	
		Pretest	Postest	Seguim ¹		ANOVA de medidas repetidas
IAFS Original Sesiones HP (9-12) (n=19)	SPAI-FS	M	128.57	59.53	51.45	F(2,36) = 80.974, p = .000 Tendencia Lineal F(1,18) = 113.646, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,18) = 34.017, p = .000
		DT	20.16	30.95	28.01	
	SAS-A / Total	M	69.53	44.95	41.74	F(2,36) = 69.487, p = .000 Tendencia Lineal F(1,18) = 89.312, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,18) = 32.680, p = .000
		DT	9.65	13.52	14.20	
	SASA / FNE	M	33.32	21.89	19.42	F(2,36) = 40.101, p = .000 Tendencia Lineal F(1,18) = 64.368, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,18) = 10.758, p = .004
		DT	5.45	7.23	7.09	
	SAS-A / SAD-N	M	23.37	15.00	13.74	F(2,36) = 60.033, p = .000 Tendencia Lineal F(1,18) = 96.603, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,18) = 19.448, p = .000
		DT	3.50	4.83	5.28	
	SAS-A / SAD-G	M	12.05	8.05	8.58	F(2,36) = 16.844, p = .000 Tendencia Lineal F(1,18) = 13.814, p = .002 Tendencia Cuadrática F(1,18) = 27.506, p = .000
		DT	4.14	2.57	3.76	
	PRCS	M	75.95	102.89	109.63	F(2,36) = 27.083, p = .000 Tendencia Lineal F(1,18) = 30.670, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,18) = 13.716, p = .002
		DT	14.66	17.89	24.09	
	FOBIAS	M	8.42	1.68	1.95	F(2,36) = 75.813, p = .000 Tendencia Lineal F(1,18) = 139.509, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,18) = 34.912, p = .000
		DT	2.14	1.38	3.24	
IAFS Modificado Sesiones HP (3-12) (n=28)	SPAI-FS	M	124.18	58.04	41.25	F(2,54) = 100.113, p = .000 Tendencia Lineal F(1,27) = 160.737, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,27) = 23.875, p = .000
		DT	26.10	37.71	29.88	
	SAS-A / Total	M	67.82	44.54	35.54	F(2,54) = 77.769, p = .000 Tendencia Lineal F(1,27) = 125.289, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,27) = 11.417, p = .002
		DT	12.00	16.94	12.36	
	SASA / FNE	M	31.36	20.43	15.68	F(2,54) = 63.416, p = .000 Tendencia Lineal F(1,27) = 127.627, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,27) = 5.916, p = .022
		DT	6.58	9.28	6.02	
	SAS-A / SAD-N	M	23.14	15.07	12.68	F(2,54) = 58.089, p = .000 Tendencia Lineal F(1,27) = 81.083, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,27) = 14.937, p = .001
		DT	3.87	5.42	4.49	
	SAS-A / SAD-G	M	13.29	9.04	7.18	F(2,54) = 65.831, p = .000 Tendencia Lineal F(1,27) = 101.911, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,27) = 8.314, p = 0.000
		DT	3.03	3.43	2.80	
	PRCS	M	81.93	106.22	117.30	F(2,52) = 32.321, p = .000 Tendencia Lineal F(1,26) = 52.332, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,26) = 3.510, p = .072
		DT	18.29	26.06	27.78	
	FOBIAS	M	8.29	2.00	1.00	F(2,54) = 92.681, p = .000 Tendencia Lineal F(1,27) = 189.547, p = .000 Tendencia Cuadrática F(1,27) = 23.687, p = .000
		DT	1.92	2.99	1.85	

Nota: SPAI-FS: Subescala de Fobia Social del SPAI; SAS-A/FNE: Subescala de la SAS-A Miedo a la Evaluación Negativa; SAS-A/SAD-N: Subescala de la SAS-A Ansiedad y Evitación Social ante Extraños; SAS-A/SAD-G: Subescala de la SAS-A Ansiedad y Evitación Social en General; SAS-A/TOTAL: Puntuación total de la escala de Ansiedad Social para Adolescentes; PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; FOBIAS: Numero medio de Situaciones fóbicas temidas o evitadas (ADIS-IV Sección de Fobia Social).

Tabla 3. Tamaños del efecto intragrupo

INSTRUMENTOS	Momento Temporal	IAFS Original Sesiones Vídeo (9-12)	IAFS Modificado Sesiones Vídeo (3-12)
		Tamaño del Efecto	Tamaño del Efecto
SPAI-FS	POSTEST	+3,28	+2,46
	SEG- 6 Meses	+3,66	+3,09
SAS-A/ Total	POSTEST	+2,44	+1,88
	SEG-6 Meses	+2,76	+2,61
SAS-A/ FNE	POSTEST	+2,01	+1,61
	SEG-6 Meses	+2,44	+2,32
SAS-A/ SAD-N	POSTEST	+2,29	+2,03
	SEG-6 Meses	+2,63	+2,63
SAS-A/ SAD-G	POSTEST	+0,92	+1,36
	SEG-6 Meses	+0,80	+1,96
PRCS *	POSTEST	-1,76	-1,29
	SEG-6 Meses	-2,20	-1,88
FOBIAS	POSTEST	+3,02	+3,18
	SEG-6 Meses	+2,89	+3,69

Nota: SPAI-FS: Subescala de Fobia Social del SPAI; SAS-A/FNE: Subescala de la SAS-A Miedo a la Evaluación Negativa; SAS-A/SAD-N: Subescala de la SAS-A Ansiedad y Evitación Social ante Extraños; SAS-A/SAD-G: Subescala de la SAS-A Ansiedad y Evitación Social en General; SAS-A/TOTAL: Puntuación total de la escala de Ansiedad Social para Adolescentes; PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; FOBIAS: Numero medio de Situaciones fóbicas temidas o evitadas (ADIS-IV Sección de Fobia Social).

* Valores negativos del tamaño del efecto indican una mayor puntuación en confianza para hablar en público, por tanto, menor severidad en la ansiedad social.

nuestra hipótesis de partida y discrepan, en cierta medida, con lo manifestado por Clark *et al.* (2003, 2006), quienes mencionan la eficacia de su paquete de tratamiento, en el cual se incluye el uso del *Videofeedback* y que, según los autores, sería responsable en parte de la eficacia del tratamiento. Sin embargo, lo cierto es que no se han realizado estudios que aislen cuáles de esos componentes serían los responsables de la mejoría.

Por otro lado, estos resultados son consistentes en parte con los hallados por Smits, Powers, Buxkamper y Telch (2006), quienes no encontraron diferencias en su estudio entre la exposición solamente, la exposición con *Videofeedback* de la

propia ejecución y exposición con *Videofeedback* del comportamiento de la audiencia; decimos en parte, ya que en este estudio se utilizó un protocolo de intervención que se basaba en tres sesiones de exposición, y por tanto no se trataba de un tratamiento específicamente diseñado para la fobia social.

Igualmente encontramos que nuestros resultados son consistentes con otros dos estudios Rodebaugh (2004) y Rodebaugh y Chambless (2002), quienes encontraron que no se produce una reducción significativa de la ansiedad con la preparación cognitiva antes de la ejecución de una charla o discurso, aunque sí se produjeron notables mejoras en la percepción de la pro-

pia ejecución con la utilización del *Videofeedback*. La mejoría en los resultados de la propia percepción ya había sido mostrada en otros estudios por Harvey *et al.*, (2000) y Rapee y Haymann (1996), aunque estos autores no mencionaban en sus trabajos si se producía reducción en las medidas de ansiedad. En nuestro estudio, la preparación cognitiva se administró en cada una de las grabaciones efectuadas, es decir, se le decía al sujeto cuál era el objetivo que se pretendía con esa grabación, así como se le pedía que rellenase una hoja en la que se le preguntaba cómo creía que iba a ser su ejecución y el nivel de ansiedad que experimentaba en ese momento. Tras la charla se le preguntaba de nuevo, antes del visionado de la cinta, cómo creía él que había sido su ejecución y su nivel de ansiedad durante la charla, y se contrastaba con su evaluación previa.

No obstante, los resultados de este trabajo sugieren que, pese a que se producen mejorías en la ejecución ante la situación de hablar en público, tal y como muestran Smits, Powers, Buxkamper y Telch

(2006), Rodebaugh (2004) y Rodebaugh y Chambless (2002), no podemos extrapolar que la mejoría de las medidas en las variables dependientes utilizadas para medir ansiedad social en general sea debida a la utilización del *Videofeedback*, ya que las medidas halladas tanto para esas variables (SPA y SAS-A), como para el número medio de situaciones temidas, son muy similares en ambas modalidades de IAFS (*Videofeedback* en sesiones para Hablar en Público en el original y en todas las sesiones del IAFS modificado a excepción de las dos primeras).

Por último, y en referencia a la eficiencia, además del análisis cuantitativo efectuado, conviene señalar que la inclusión de cámaras en las sesiones de tratamiento, que como se ha mencionado antes se lleva a cabo en el propio centro educativo, conlleva un esfuerzo considerable (disponibilidad de cámaras, preparación de los medios audiovisuales, etc.) que nos lleva a la conclusión de que el IAFS original presenta una relación coste/beneficio más eficiente que la modificación presentada en este estudio.

REFERENCIAS

- Albano, A. M., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 279-329). New York: Guilford
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Cuarta Edición, Texto Revisado). Washington, DC: APA
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona
- Beidel, D.C. y 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
- Clark, D. M., y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, y F. R. Schneier, *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 41-68). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M. J. V., Grey, N, Waddington, L. y Wild, J. (2006). Cognitive Therapy Versus Exposure and Applied Relaxation in Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 568-578
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M. J. V., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1058-1067.
- Clark, D.B., Turner, S.M., Beidel, D.C., Donovan, J.E., Kirisci, L. y Jacob, R.G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment, 6*, 135-140.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associated.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind Publications.
- García-López, L. J. (2007a). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones
- García-López, L. J. (2007b). Trastorno de ansiedad social: Estado actual en población infanto-juvenil. En P. Berrios y Miguel, M. (eds), *Investigación en Psicología. Vol I. Investigación sobre procesos psicológicos*. Colección Huarte de San Juan. Jaén.
- García-López, L. J., Olivares, J., e Hidalgo, M. D. (2005). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 385-392
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D. C., Albano, A.M., Turner, S. M. y Rosa, A.I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 175-191
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., y Turner, S. M. (2001).

Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance Distress scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.

García-López, L. J., Piqueras, J.A., Diaz-Castela, M.M. e Inglés, C.J. (en prensa). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16.

Harvey, A. G., Clark, D. A., Ehlers, A., y Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of videofeedback following a stressful social task. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1183-1192.

Hofmann, S.G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 717-725.

Klorman, M.L., Weerts, T.C., Hastings, J.E., Melamed, B.G. y Lang, P.J. (1974). Psychometric evaluation of some specific-fear questionnaires. *Behavior Therapy*, 5, 401-409.

La Greca, A.M. y Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.

Lombardo, T.W. (1988). Marks and Mathews Fear Questionnaire. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 293-294). Nueva York: Pergamon Press.

Masia-Warner, C., Storch, E., Fisher, P., y Klein, R. (2003). Recent advances and new directions in the assessment and treatment of social anxiety disorder in youth. *Psicología Conductual*, 11, 623-641.

Méndez, F.X., Inglés, C.J. e Hidalgo, N.D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74

Olivares, J. y García-López, L.J. (1997). Fiabilidad de la *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV para población española*. Manuscrito sin publicar.

Olivares, J. y García-López, L.J. (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFSA): Un nuevo protocolo cognitivo-conductual para la fobia social en adolescentes*. Manuscrito sin publicar.

Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., La Greca, A.M., Turner, S.M. y 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., Hidalgo, M.D., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78

Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (2004). *La fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide

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

Paul, G.L. (1966). *Insight vs desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Ramos, V. (2004). *Efectos de la Retroalimentación Audiovisual en un Programa para el Tratamiento de la Fobia Social en Adolescentes (IAFS)*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia.

Ramos, V., Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2002). *Comorbilidad entre el trastorno de personalidad por evitación (TPE) y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP) con el trastorno de ansiedad social generalizada en población adolescente*. Póster presentado en el I Symposium sobre Trastornos de la Personalidad: Evaluación y Tratamiento. 8-9 de Noviembre de 2002. Granada.

Rapee, R. M., y Hayman, K. (1996). The effects of *Videofeedback* on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 315-322.

Rodebaugh, T. L. (2004). I might look OK, but I'm still doubtful, anxious, and avoidant: The mixed effects of enhanced video feedback on social anxiety symptoms. *Behaviour Therapy and Research*, 42, 1435-1451.

Rodebaugh, T. L. y Chambless, D. L. (2002). The effects of videofeedback on the self-perception of speech anxious participants. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 629-644.

Roth, D.A. y Heimberg, R.G. (2001). Cognitive-behavioral models of social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 753-771.

Smits, J.A.J., Powers, M.B., Buxkamper, R. y Telch M.J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1773-1785

Southam-Gerow, M.A. y 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.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1 (1), 35-40.