



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Una revisión sobre la terapia cognitivo- conductual en la ansiedad social.

Alumno/a: Noelia Martínez Olea

Tutor/a: Prof. D. Luis Joaquín García López

Dpto.: Psicología

Índice

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MÉTODO	8
2.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	7
2.2. Procedimiento.....	7
3. RESULTADOS.....	9
4. DISCUSIÓN.....	20
5. CONCLUSIONES.....	24
6. BIBLIOGRAFÍA.....	25

Resumen

El objetivo principal de este trabajo es el de realizar una revisión sistemática de la literatura sobre las propuestas existentes hasta la fecha para tratar el trastorno de ansiedad social, así como el de analizar la eficacia de cada uno de los tratamientos encontrados. Los estudios analizados fueron extraídos de los buscadores y las bases de datos Pubmed, PsycInfo y MedLine. Los resultados mostraron que a pesar de que existe ya un número considerable de programas de intervención, como por ejemplo IAFS, CBGT-A, SASS, SET-C y SET-A, éstos aún tienen limitaciones que hay que solucionar con el tiempo, pero que, en mayor o menor medida, se consideran eficaces.

Palabras clave: Ansiedad social, Fobia social, Adolescente, Terapia, Tratamiento, Intervención.

Abstract

The main objective of this work is to conduct a systematic review of the literature on the existing proposals to date to treat social anxiety disorder, as well as to analyze the efficacy of each of the treatments found. The studies analyzed were extracted from the search engines and databases Pubmed, PsycInfo and MedLine. The results showed that although there are already a considerable number of intervention programs, such as IAFS, CBGT-A, SASS, SET-C and SET-A, they still have limitations to be solved over time, but to a greater or lesser extent they are considered effective.

Keywords: Social anxiety, Social phobia, Adolescent, Therapy, Treatment, Intervention.

Introducción

La ansiedad social, también conocida como fobia social, es definida en el DSM-5 como “Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales, ser observado y actuar delante de otras personas” (American Psychological Association, 2013). La prevalencia de este trastorno en la población adulta española es de un 6,7% en Europa y hasta un 12,1% en Estados Unidos, y en términos de prevalencia-año va de un 0,4 a un 6,8% (Knappe, Sasagawa y Creswell, 2015). En la población adolescente, entre el 3 y el 9% cumplen los criterios diagnósticos para un trastorno clínico de SAD (Ranta, La Greca, García-López, & Marttune, 2015).

La edad de inicio de la fobia social tiende a ser entre los 14 y los 16 años, puesto que, posiblemente, con esta edad los adolescentes tienen que enfrentarse al mundo por sí mismos, especialmente en el ámbito social, por lo que empiezan a ser objeto de evaluación tanto por ellos mismos como por su grupo de iguales. Esto puede generarles inquietud, vergüenza y/o miedo debido a que no responden ante la demanda como ellos creen que deberían hacerlo (Olivares-Rodríguez y Caballo, 2003). Sin embargo, y aunque alcancen su punto culminante a en la adolescencia, se empiezan a observar síntomas de ansiedad social desde la infancia, como ya decían Ranta et al. (2015): “Los temores a las situaciones sociales, a la evaluación negativa y a la vergüenza, todos síntomas primarios de SAD, van de la mano durante la infancia y la adolescencia” (p. 2). Estos síntomas comienzan a seguir un curso crónico y estable, apareciendo entonces los factores que mantienen la ansiedad social, como son la evitación de situaciones sociales o la realización de conductas de seguridad. Otro de los principales síntomas de los individuos con este trastorno es la excesiva preocupación por el hecho de que los demás perciban sus síntomas de ansiedad: temblor, sudoración, rubor, etc. Esta preocupación provoca que estén más pendientes e hipervigilantes a los síntomas fisiológicos (aumento del ritmo cardíaco, malestar estomacal o náuseas, dificultad para respirar, mareos, tensión muscular, además de los ya mencionados), generando así un círculo vicioso (Calderón y Blázquez, 2014).

Cada vez son más los estudios y trabajos que se realizan sobre SAD, puesto que es el trastorno de ansiedad más frecuente y de los más comunes del DSM (Knappe et al., 2015). Así pues, se ha podido investigar más sobre los factores etiológicos que juegan un papel fundamental en el origen de dicho trastorno, tales como la genética, el temperamento, la neurobiología (neurotransmisores y estructuras cerebrales), factores cognitivos como

autoevaluaciones negativas del desempeño social y atención a las señales de amenaza sociales, el comportamiento de los padres, eventos vitales, experiencias con iguales, entre otros (Wong y Rapee, 2015). Gracias a esto, se han ido proponiendo diversos tratamientos basados en diferentes técnicas que han ido desde la mera exposición, pasando por la reestructuración cognitiva, hasta la propuesta de intervenciones multifacéticas que tienen en cuenta la interacción de todos los factores que llevan a la aparición del trastorno.

Mesa, Le y Beidel (2015) argumentan que la excesiva timidez que muestran los adolescentes con SAD les lleva a no desarrollar adecuadamente sus habilidades sociales, por falta tanto de oportunidades como de práctica. Este déficit de habilidades sociales, común en adolescentes con este trastorno, junto a la elevada ansiedad y la evitación de situaciones que impliquen interacción, hacen que no socialicen adecuadamente y dificulta enormemente la consecución de hitos del desarrollo tales como la creación de una red social. Además, dichos déficits contribuyen a que el funcionamiento social y el apoyo sean pobres. Estos datos ponen de relieve la importancia de incluir en el tratamiento el abordaje de los déficits en habilidades sociales. La investigación ha demostrado que las escuelas son un buen escenario para poner en práctica el tratamiento para la ansiedad social (Masia-Warner, Colognori, Brice y Sánchez, 2015), ya que además de que pueden llegar fácilmente a los niños y adolescentes y reconocerlos con menos esfuerzo, puesto que éstos pasan gran parte del tiempo ahí, proporcionan la oportunidad de incrementar la calidad del tratamiento. Por un lado, el aprendizaje de habilidades sociales es más viable si se realiza en grupo que de manera individual, siendo la escuela un lugar idóneo para formar grupos donde los adolescentes puedan poner en práctica lo aprendido así como recibir retroalimentación por parte de sus compañeros. Y por otro lado, las experiencias que se dan en la escuela son muchas de las que suelen evitar los individuos con SAD, por lo que intervenir en dichos contextos ayuda a los adolescentes a enfrentarse a las situaciones temidas.

En consecuencia, dos intervenciones se han desarrollado para ser impartidas en las escuelas: la Intervención en Adolescentes con Fobia social: La terapia para adolescentes con fobia social (IAFS) y Habilidades para el Éxito Académico y Social (SASS), en España y Estados Unidos, respectivamente. Las intervenciones basadas en el entrenamiento de las habilidades sociales que existen actualmente son la Terapia Cognitivo Conductual Grupal para Adolescentes (CBGT-A) y la Terapia de Eficacia Social para niños (SET-C), teniendo ésta última una versión creada específicamente para adolescentes. Todas estas intervenciones están explicadas y desarrolladas con más detalle en el apartado de resultados, pero en general, la

investigación muestra que los tratamientos son eficaces para el trastorno de ansiedad social, así como para los problemas que éste puede acarrear, como puede ser depresión, baja autoestima, déficits en habilidades sociales, etc. (Olivares-Rodríguez, J. et al., 2003).

Respecto a las líneas futuras del tratamiento para la fobia social, la principal dificultad es el mantenimiento de los resultados del tratamiento. En las intervenciones basadas en la escuela, es muy costoso que perduren los beneficios conseguidos una vez que la ayuda externa del psicólogo desaparece. En este caso, la opción más favorable sería formar al personal de la escuela para que ellos mismos fuesen los que impartieran los programas de tratamiento. Para dicha formación, sería imprescindible que aprendieran las habilidades necesarias para implementar una intervención de calidad, además, por supuesto, de que conocieran a fondo el trastorno, el tratamiento y todo lo relacionado con él (Masia-Warner et al., 2015). En el caso de los tratamientos basados en las habilidades sociales ocurre algo similar puesto que también hay problemas en cuanto a la generalización y/o mantenimiento de los resultados conseguidos con el tratamiento. Así pues, para dicha generalización se requiere que los adolescentes practiquen en su contexto habitual y no sólo con los psicólogos y los compañeros de la terapia. Una solución que se ha propuesto para este problema ha sido la implementación de una intervención basada en el ambiente virtual, ya que de este modo los individuos que la lleven a cabo pueden emplear lo aprendido en su entorno ordinario, generalizando así las habilidades sociales que hayan adquirido (Mesa et al., 2015). Por último, con vistas a las investigaciones futuras, sería conveniente tanto que los programas de tratamiento fueran probados en diferentes poblaciones como a la hora de llevar a cabo las intervenciones se incluyera la participación de los padres y las sesiones de generalización con iguales (Olivares-Rodríguez, J. et al., 2003).

Por tanto, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática en la que se detallan con más precisión los diferentes tratamientos existentes hasta la actualidad para el trastorno de ansiedad social, analizar cada uno de ellos y comprobar si la evidencia muestra que son eficaces.

Método

Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos sobre el tema en cuestión en las bases de datos PsycInfo, PubMed y MedLine. Para dicha búsqueda, realizándose el 5 de mayo del 2019, se combinaron las siguientes palabras clave: “Social Anxiety” OR “Social Phobia” AND “Therapy” OR “Treatment” OR “Intervention” AND “Youth” OR “Adolescent”. Los artículos se limitaron a los idiomas inglés y español.

Criterios de inclusión y exclusión

Los estudios incluidos fueron aquellos que cumplían los criterios: a) Estar escritos en inglés o español, b) Tener la presencia de al menos una de las palabras clave en el título o en el resumen del artículo, c) Ser de carácter experimental, d) Tener como trastorno principal el trastorno de ansiedad social, e) Tener una muestra de adolescentes (con un rango de edad comprendido entre 14 y 18 años) y f) Estar duplicados. Así pues, fueron excluidos los metaanálisis, las entrevistas, los estudios observacionales, longitudinales o de seguimiento, los artículos de opinión y cualquier otro tipo de estudio que no fuese de carácter experimental, así como aquellos artículos que no cumplieran los demás criterios de inclusión.

Procedimiento

Una vez buscados todos los artículos en los tres buscadores, se obtuvo un total de 947 estudios. De dicho total fueron excluidos 29 por no cumplir los criterios 1 y 2, quedando un total de 918. A continuación se excluyeron 647 por no cumplir el criterio 3, por lo que quedaron 271 estudios. Posteriormente, se excluyeron 32 por no cumplir el cuarto criterio, quedando un total de 239, 205 más por no cumplir el quinto criterio, manteniéndose 34 estudios. Finalmente se excluyeron 18 por estar duplicados y no cumplirse el criterio número 6, quedando un total de 16 artículos útiles para la revisión.

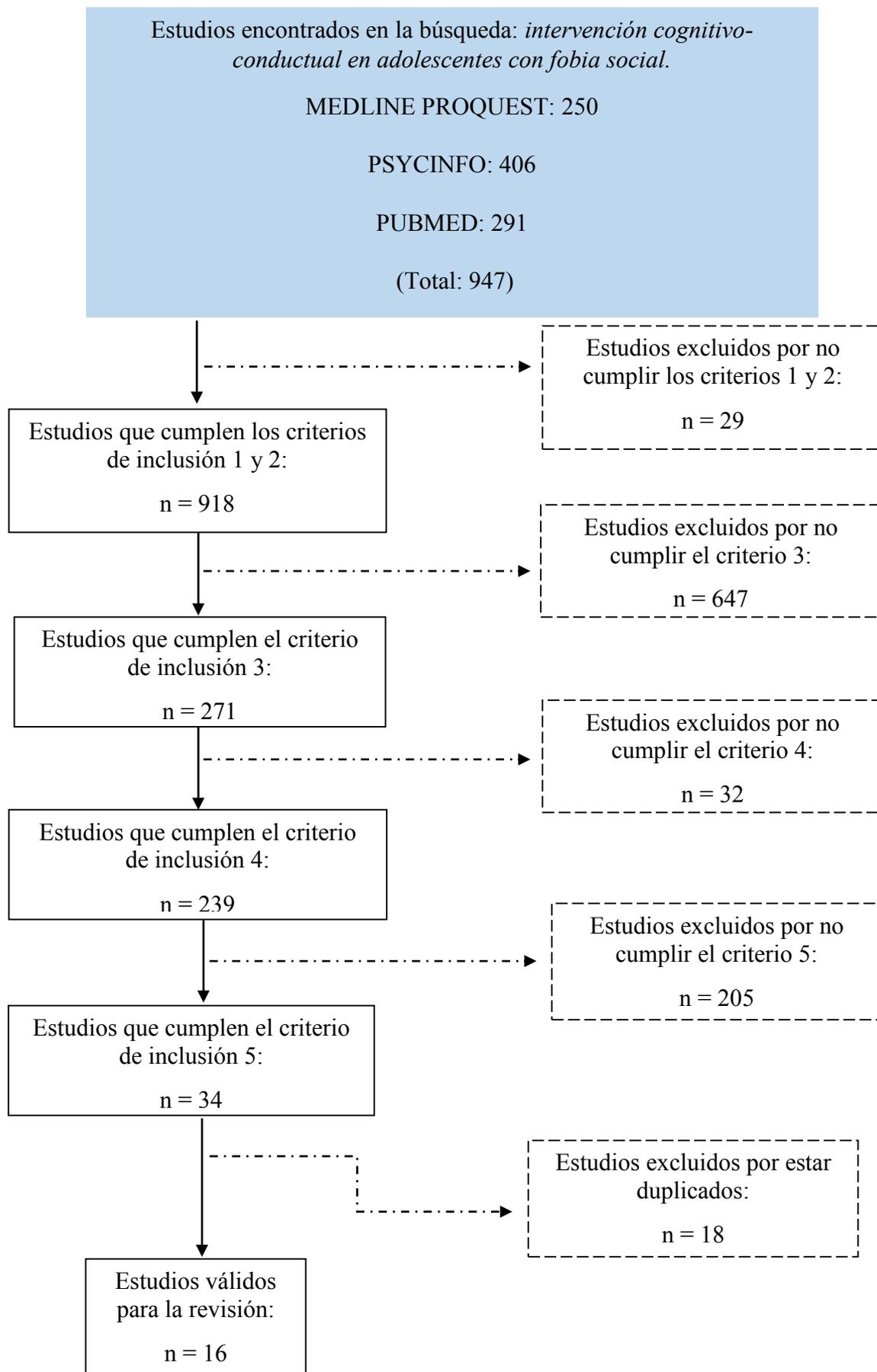


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos.

Resultados

Se analizaron los 16 artículos extrayendo de cada uno de ellos el nombre del primer autor, el año de publicación, el tamaño y la edad de la muestra, las variables analizadas, el trastorno, los resultados y las conclusiones, pudiendo encontrar dichas características resumidas en la siguiente tabla.

Nombre primer autor/año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados	Conclusiones
Meg M. Reuland (2014)	18 adolescentes de 10-15 años y sus madres. M=13 DT=1,64	Nivel de ansiedad Funcionamiento intelectual Síntomas de ansiedad Sesgos cognitivos en la interpretación Evitación del niño Comportamientos intrusivos de los padres	Trastorno ansiedad social.	La ansiedad social de los participantes disminuyó cuando empezó la intervención.	La CBM-I es muy prometedora como tratamiento de primera línea para el SAD.
Thomas H. Ollendick (2018)	58 adolescentes de 12-16 años, divididos en dos grupos: ABMT y ACT. M=14,29 DT=1,30	Temperamento y autorregulación Frecuencia de síntomas de ansiedad	Trastorno ansiedad social.	Se encontraron pequeñas reducciones en ambos grupos, pero no fueron significativas.	El ABMT (tratamiento de modificación del sesgo atencional) y el ACT (entrenamiento en control de atención) no son demasiado eficaces para el tratamiento de SAD.

Eva de Hullu (2017)	240 adolescentes de entre 12 y 16 años (90% de estos de entre 13 y 14 años) M=13,6 * ₁	Cambios en el sesgo de interpretación Síntomas de ansiedad social Autoestima Conductas prosociales Asociaciones automáticas relacionadas con la amenaza Evaluaciones negativas del miedo	Trastorno de ansiedad social.	La CBT y la CBM (modificación del sesgo cognitivo) son eficaces para disminuir la ansiedad social a corto plazo, pero no para mantener dichos efectos a largo plazo.	No se apoya a largo plazo eficacia de CBT basada en la escuela o la CBM como una intervención temprana para la ansiedad social, más bien señala sus beneficios a durante un periodo de dos años.
Carrie Masia Warner (2017)	138 estudiantes de 14-16 años. M=15,42 DT=0,81	Nivel y frecuencia de la ansiedad social	Trastorno de ansiedad social (SAD).	Los evaluadores independientes (IE) fueron más conservadores, en comparación con los adolescentes y los padres, al evaluar ambos programas.	Los adolescentes y los padres pueden estar en desacuerdo con los IEs en la calificación de la mejoría clínica del trastorno de ansiedad social.
Carrie Masia Warner (2007)	36 estudiantes de entre 14 y 16 años. M=1 DT=0,65,1	Gravedad de la fobia social Miedo a la evaluación negativa Evitación social y sufrimiento Depresión	Trastorno de ansiedad social.	Reducción significativa de la ansiedad social en el programa SASS en comparación con el grupo control.	El programa de intervención SASS, que se basa en el entrenamiento de las habilidades sociales (SST) y en la exposición, es eficaz para el trastorno de ansiedad social.

B. Ester Sportel (2013)	240 adolescentes de 13-15 años. * ₂	Síntomas y nivel de ansiedad	Trastorno de ansiedad social.	Las intervenciones resultaron en una disminución más rápida de los síntomas de ansiedad social, mientras que el punto final eventual de la ansiedad social no se vio afectada.	La intervención temprana de CBT tiene un efecto beneficioso en términos de reducción de la ansiedad de prueba.
Jo Magne Ingul (2014)	279 adolescentes de entre 13 y 16 años. M=14,5 DT=1,01	Síntomas de ansiedad Pensamientos y creencias sociales Nivel de ansiedad Depresión Calidad de vida	Trastorno de ansiedad social.	La terapia cognitiva individual mostró reducciones significativas en los síntomas, el deterioro y los criterios diagnósticos tanto al final del tratamiento como durante el seguimiento.	Entre los tratamientos más comúnmente usados para SP adolescentes, se encontró que la terapia individual fue el más efectivo, produciendo mejores efectos que tanto CBTG como AP (placebo atencional).
Martina Nordh (2017)	30 participantes de 13 a 17 años. M=15 DT=1,22	Gravedad e intensidad de los síntomas de SAD Depresión Deterioro funcional Calidad de vida	Trastorno de ansiedad social.	Reducción significativa de la ansiedad tasada tanto por los adolescentes como por los padres y los clínicos.	La CBT impartida por internet y guiada tanto por los padres como por terapeutas, complementada a su vez con un número limitado de sesiones de exposición grupal, es un

					tratamiento eficaz para los adolescentes con SAD.
Luis Joaquín García-López (2014)	52 adolescentes de entre 13 y 18 años. M=15,42 DT=1,40	Nivel y frecuencia de la ansiedad social EE en la familia Depresión	Trastorno de ansiedad social.	Una alta EE (expresión emocional) en los padres parece estar relacionada con la sintomatología de la ansiedad social, y parece tener un efecto negativo en la eficacia de tratamiento.	La inclusión de formación de los padres para reducir la EE en un programa de tratamiento diseñado para tratar SAD en adolescentes tuvo un efecto positivo en su mejora.
Chris Hayward, M.D (2000)	35 adolescentes cuya media de edad es de 15,8 años. DT=1,6 * ₃	Fobia social Ansiedad social	Fobia Social	16 semanas de tratamiento produjeron una mejora significativa en la interferencia y la reducción de los síntomas de la ansiedad social.	Se encontró un efecto moderado a corto plazo de la CBGT-A para el tratamiento de adolescentes con fobia social, además de sugerir que el dicho tratamiento podría resultar en una reducción de la depresión mayor.

Carrie Masia Warner (2016)	138 estudiantes de 14-16 años. M=15,42 DT=0,81	Severidad SAD Ansiedad social Ajuste social escolar Ansiedad y evitación de situaciones escolares	Trastorno de ansiedad social	Los adolescentes tratados con C-SASS (programa de “Habilidades para el Éxito Académico y Social” por consejeros escolares) o P-SASS (por psicólogos) experimentaron significativamente mayor mejoría y reducciones de la ansiedad en el final del tratamiento y seguimiento.	Con el entrenamiento, los consejeros escolares son proveedores eficaces de tratamiento para los adolescentes con ansiedad social, produciendo beneficios comparables a los obtenidos por los psicólogos especializados.
Carrie Masia-Warner (2005)	35 adolescentes de entre 14 y 17 años. M=14,8 DT=0,81	Nivel y frecuencia de la ansiedad social Síntomas del SAD Deterioro general Síntomas específicos Depresión Sensación de soledad	Trastorno de ansiedad social	Los adolescentes que habían recibido el tratamiento de SASS mostraron una mejora significativa en el funcionamiento.	Posible eficacia de la intervención basada en la escuela para facilitar el acceso al tratamiento de adolescentes socialmente ansiosos.
José Olivares (2009)	77 adolescentes de 14 a 17 años. M=14,87 DT=0,80	Ansiedad social Fobia social Miedo a la evaluación negativa Ansiedad de actuación Grado de inadaptación	Fobia social generalizada	Los adolescentes que recibieron IAFS mostraron una mejoría significativa en la ansiedad social.	Eficacia tanto a corto como a medio plazo (12 meses) del programa IAFS, en las medidas que evalúan directamente las

		Grado de autosatisfacción Conductas asertivas Situaciones sociales fóbicas			respuestas de ansiedad y en sus correlatos (asertividad, autoestima y adaptación).
José Olivares (2006)	25 adolescentes de 14 a 17. M=15,32 DT=0,94	Ansiedad social Miedo a la evaluación negativa Miedo/Seguridad para hablar en público Respuestas cognitivas al hablar en público Grado de inadaptación Autoestima Nivel de dificultad interpersonal Situaciones sociales fóbicas	Fobia social generalizada	El componente tutoría no implica adición estadísticamente significativa en la mejora de los resultados tras la intervención en ninguna de las variables relacionadas con la ansiedad y evitación social ni en otros correlatos relacionados.	El programa IAFS es eficaz en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada, con o sin tutorías, tanto a corto como a medio plazo.
Luis Joaquín García-López (2002)	59 adolescentes de entre 15 y 17 años. M=15,92 DT=0,79	Síntomas de la fobia social Miedo a la evaluación negativa Miedo/Seguridad al hablar en público Grado de inadaptación Autoestima Habilidades sociales Ansiedad social	Fobia social generalizada	Tanto a corto como a largo plazo se observó que los tratamientos activos eran superiores al grupo control en el tratamiento de los adolescentes con fobia social generalizada.	Todos los grupos de tratamiento (SET-A, CBTG-A e IAFS) tuvieron efectos más altos que el grupo control.

José Olivares (2001)	11 adolescentes con una media de edad de 15,1. DT=0,9 * ₄	Respuestas de ansiedad Miedo a la evaluación negativa Ansiedad subjetiva Evitación social	Fobia social generalizada	Los sujetos muestran una reducción en las puntuaciones de los instrumentos que miden las respuestas de ansiedad.	Eficacia a corto plazo de un nuevo programa de tratamiento cognitivo-conductual para población adolescente con fobia social generalizada: IAFSG.
----------------------	--	--	---------------------------	--	--

*₁ No aparece la desviación típica (DT).

*₂ La media y la DT están indicadas en función de la condición de tratamiento: CBM: M= 14,12; DT=0,66. CBT: M=14,06; DT=0,73. Control: M=14,11; CT=0,55

*₃ y *₄ No aparece el rango de edad.

Tal y como se puede observar en la tabla, se han desarrollado varios programas de tratamiento para el trastorno de ansiedad social y la fobia social, basándose casi todos en técnicas tanto cognitivas como conductuales, puesto que se ha demostrado en numerosas ocasiones que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en el tratamiento de la ansiedad social.

Casi todos comparten los mismos componentes: psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y práctica programada. La psicoeducación tiene como objetivo que los participantes reconozcan y comprendan los síntomas de la ansiedad mediante la explicación de un modelo teórico que explique dicho trastorno. Además, se les informa de cómo se realizará la intervención. En la fase de entrenamiento de habilidades sociales se instruye a los participantes para que aprendan a desenvolverse en este tipo de situaciones. En la exposición los adolescentes se enfrentan a situaciones que les provocan ansiedad. Y finalmente, la práctica programada tiene como objetivo generalizar y asentar todo lo aprendido a lo largo del tratamiento y ponerlo en práctica en la vida diaria.

A pesar de esos elementos comunes, cada programa de tratamiento tiene sus diferencias, ya sea en la distribución de los contenidos durante las sesiones, en el tiempo dedicado a cada

componente, etc. En el programa SET-A, por ejemplo, se entrena a los participantes en habilidades sociales enseñándoles a comenzar y mantener conversaciones, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades, ser asertivos, etc., y paralelamente se va llevando a cabo la exposición en un formato individual. En el programa de CBGT-A, en cambio, se desarrolla en dos fases. Durante la primera fase tiene lugar la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales, que en este caso, además de formar en habilidades sociales como tal, se instruye en resolución de problemas y en reestructuración cognitiva a través del modelo cognitivo de Beck. La segunda fase está dedicada a la exposición y a ensayos de comportamiento in vivo. Hay otras intervenciones que también incluyen, en formato grupal, reestructuración cognitiva como son la IAFSG y la CBT. Todos estos tratamientos han resultado ser efectivos para el trastorno de ansiedad social puesto que en numerosos estudios los resultados (Nordh, Vigerland, Öst, Ljótsson, Mataix-Cols, Serlachius y Högström, 2017; Olivares, García-López, Beidel, Turner, Albano e Hidalgo, 2002) han mostrado una mejoría significativa en dicho trastorno.

La intervención denominada “Habilidades para el éxito académico y social” (SASS) incorpora, además de todos los componentes mencionados previamente, el fomento del pensamiento realista así como el desarrollo de eventos sociales (bolos, laser tag, etc.) algunos fines de semana con el fin de practicar lo aprendido en relación a las habilidades sociales. Los resultados de los estudios (Masia-Warner, 2004) demostraron que el SASS es una intervención efectiva y eficaz para el SAD puesto que los participantes redujeron significativamente sus síntomas y mejoraron su funcionamiento en general. Además, al ser la escuela un entorno en el que es evidente el deterioro, puede ser fácilmente identificado y tratado ahí (Masia-Warner, 2007).

La CBM-I es una intervención de modificación del sesgo cognitivo dedicada a cambiar el sesgo de interpretación y el sesgo de atención, comunes en los individuos con trastorno de ansiedad social. Algunos estudios (Sportel, de Hullu, de Jong y Nauta, 2013) mostraron que este tratamiento es eficaz para el trastorno de ansiedad social tanto a corto plazo al reducir los síntomas de ansiedad como a largo plazo al mantener dicha mejoría.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue realizar una revisión sistemática con el fin de analizar los tratamientos para el trastorno de ansiedad social existentes hasta la fecha. Así pues,

tras una extensa búsqueda, los tratamientos disponibles actualmente son la terapia cognitivo conductual grupal para adolescentes (CBGT-A; Albano, Hayward, Varady, et al., 1999), Intervención en adolescentes con fobia social (IAFS; Olivares y García-López, 2001), Terapia de eficacia social para adolescentes (SET-A; Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998) Habilidades para el Éxito Académico y Social (SASS; Masia-Warner et al., 2001) y Modificación del sesgo cognitivo (CBM; Sportel et al., 2013).

Algunos de los estudios encontrados tienen una característica a destacar y es la inclusión de los padres o el análisis del papel de éstos en el trastorno de sus hijos. Por ejemplo, en García-López, Díaz-Castela, Muela-Martínez y Espinosa-Fernández (2014) demuestran que el comportamiento de los padres y el estilo de crianza tienen un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento del trastorno en los hijos. Concretamente, se observa que una alta emoción expresada (EE) está muy relacionada con altos niveles de ansiedad social. Los padres con alta EE se caracterizan por tener sobreimplicación emocional, altos niveles de crítica, hostilidad y sobreprotección. De aquí se deduce la importancia que tienen los padres tanto en el caso de un empeoramiento como en el de la mejoría del SAD. Otro resultado a destacar es que además de una mejoría significativa en la ansiedad social de manera general, este tipo de intervenciones consiguen efectos positivos en los correlatos de la ansiedad como pueden ser autoestima, asertividad y adaptación. Estos resultados coinciden con los que obtuvieron otros autores (Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2007).

Se han observado algunas contradicciones en los estudios analizados, puesto que la mayor parte de ellos evidencian efectos beneficiosos de este tipo de intervenciones en el trastorno de ansiedad social, sin embargo, con respecto al tratamiento de ABMT (terapia de modificación del sesgo atencional) no se ha visto que reduzca los síntomas de ansiedad social de manera significativa (Ollendick et al., 2018).

En general, los resultados muestran que todas las intervenciones resultan efectivas para el trastorno de ansiedad social, al menos a largo plazo, puesto que los estudios analizados muestran algunas limitaciones, entre las que se encuentran la falta de seguimiento a muy largo plazo. La mayoría de los estudios comprueban que los participantes mantienen la mejoría conseguida con el tratamiento durante un máximo de un año, tan solo un estudio de los que se han encontrado ha realizado un seguimiento de 5 años tal y como se observa en García-López, Olivares, Beidel, Albano, Turner y Rosa (2006). Por lo que no se podría asegurar la eficacia de estos tratamientos a largo plazo. Otra de las limitaciones que tienen los estudios es que las

muestras con las que trabajan son muy reducidas. Los ensayos que mayor cantidad muestral tienen son 279 participantes, como se puede contemplar en Ingul, Aune y Nordahl (2013). Debido a esto, no se pueden generalizar los resultados a toda la población, puesto que la muestra no es representativa. En varios estudios los participantes fueron reclutados de escuelas muy localizadas, y gran parte de dichos adolescentes eran de sexo femenino (Masia-Warner, Fisher, ShROUT, Rathor y Klein, 2007), lo que dificulta también la generalización.

A pesar de las limitaciones mencionadas previamente, las intervenciones cognitivo-conductuales producen beneficios positivos en los adolescentes. No es posible concluir que un tratamiento sea mejor que otro, puesto que tienen métodos y elementos distintos entre sí. Lo que sí se ha demostrado hasta el momento presente es que aquellas terapias que intervienen en el componente cognitivo así como en el conductual tienen mejores efectos que aquellas que tratan dichos ámbitos por separado. Así pues, acorde con los resultados de este trabajo, la terapia cognitivo conductual es un tratamiento de primera línea para tratar el trastorno de ansiedad social.

Conclusiones

El trastorno de ansiedad social es cada vez más frecuente en la población mundial, encontrándose actualmente una prevalencia de un 6,7% en Europa y hasta un 12,1% en Estados Unidos. Debido a este creciente aumento, se están desarrollando una gran cantidad de terapias de diferente naturaleza y características con el fin de mejorar la calidad de vida de los individuos que padecen este trastorno. Al ser la edad de inicio de este trastorno tan temprana, puesto que los primeros síntomas se pueden empezar a detectar en la niñez y culminan en la adolescencia, los centros escolares tienen una mayor responsabilidad a la hora de la detección. Por esto, algunas de las intervenciones existentes se han centrado en las escuelas, ya que es difícil que los adolescentes con fobia social busquen ayuda o tratamiento. Otras intervenciones se han centrado más en algunos de los síntomas más característicos de este trastorno: las relaciones sociales. El déficit en habilidades sociales que tienen los adolescentes con ansiedad social los perjudican gravemente, puesto que esta etapa es crucial para el desarrollo de los círculos sociales: familia, amigos, compañeros, etc. También se han creado intervenciones que tratan únicamente los aspectos cognitivos, como pueden ser los sesgos de atención, o los aspectos conductuales, como la exposición. Todas estas intervenciones han mostrado algunas limitaciones, tales como la generalización y el mantenimiento de la mejoría conseguida durante el tratamiento, sin embargo han demostrado ser eficaces para el trastorno de ansiedad social, ya

que gran parte de las veces que han sido probadas se ha evidenciado una mejoría clínica significativa. Así pues, se podría concluir que la terapia cognitivo conductual es eficaz para la fobia social.

Bibliografía

(Los estudios que tienen un “*” al final son los utilizados para la revisión)

- Alcázar, A. I. R., Olivares-Olivares, P. J., & Olivares-Rodríguez, J. (2009). Papel de los efectos inespecíficos en el tratamiento psicológico de adolescentes con fobia social. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 40(1), 43-61. *
- Calderón, M. A. B., & Blázquez, F. P. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147.
- De Hullu, E., Sportel, B. E., Nauta, M. H. y de Jong, P. J. (2017). Cognitive bias modification and CBT as early interventions for adolescent social and test anxiety: Two-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 81-89. *
- Fox, J. K. y Masia-Warner C. (2017). Assessing Clinical Improvement in School-Based Treatment for Social Anxiety Disorder: Agreement Between Adolescents, Parents, and Independent Evaluators. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(5), 721-727. *
- García-López, L. J., Díaz-Castela, M. del M., Muela-Martínez, J. A. & Espinosa-Fernández, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement?. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 812-822. *
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S., & 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(2), 175-191.
- García-López, L. J., Olivares, J., Turner, S. M., Beidel, D. C., Albano, A. M. & Hidalgo, M. D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10(1), 147-164. *

- García-López, L. J., Olivares, J., Turner, S. M., Beidel, D. C., Albano, A. M., & 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, 10*(2), 371-388.
- Guerry, J. D., Hambrick, J. & Albano, A. M. (2015). Adolescent Social Phobia in Clinical Services. En Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J., & Marttunen, M. (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies* (pp. 201-223). Springer.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(6), 721-726. *
- Inglés, C., Martínez-Monteagudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, J. M. y García-López, L. J. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development, 31*, 449-461.
- Ingul, J. M., Aune, T. y Nordahl, H. M. (2014). A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*(1), 54-61. *
- Knappe, S., Sasagawa, S. & Creswell, C. (2015). Developmental Epidemiology of Social Anxiety and Social Phobia in Adolescents. En Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J., & Marttunen, M. (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies* (pp. 39-70). Springer.
- Masia-Warner, C., Colognori, D., Brice, C. & Sánchez, A. (2015). School-Based Interventions for Adolescents with Social Anxiety Disorder. En Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J., & Marttunen, M. (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies* (pp. 271-287). Springer.
- Masia-Warner, C., Colognori, D., Brice, C., Herzig, K., Mufson, L., Lynch, C., Reiss, P. T., Petkova, E., Fox, J., Mocerri, D. C., Ryan, J. y Klein, R. G. (2016). Can school counselors

- deliver cognitive-behavioral treatment for social anxiety effectively? A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1229-1238. *
- Masia-Warner, C., Fisher, P. H., ShROUT, P. E., Rathor, S. y Klein, R. G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: an attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 676–686. *
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M., & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of abnormal child psychology*, 33(6), 707-722. *
- Mesa, F., Le, T., Beidel, D. C. (2015). Social Skill-Based Treatment for Social Anxiety Disorder in Adolescents. En Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J., & Marttunen, M. (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies* (pp. 289-299). Springer.
- Nordh, M., Vigerland, S., Öst, L. G., Ljótsson, B., Mataix-Cols, D., Serlachius, E. y Högström, J. (2017). Therapist-guided internet-delivered cognitive-behavioural therapy supplemented with group exposure sessions for adolescents with social anxiety disorder: a feasibility trial. *BMJ Open*, 7(12). *
- Olivares Rodríguez, J., Alcázar, A. I. R., Caballo, V. E., García-López, L. J., Amorós, M. O., & López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11(3), 599-622.
- Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-428.
- Olivares, J., Olivares-Olivares, P. J., & Macià, D. (2014). Entrenamiento en habilidades sociales y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 441-459.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Rodríguez, J. (2007). Validez social de la intervención en adolescentes con fobia social: padres frente a profesores. *Terapia psicológica*, 25(1), 63-71.
- Olivares-Rodríguez, J., & Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 483-515.

- Olivares-Rodríguez, J., & García-López, L. J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9(2), 247-254. *
- Olivares-Rodríguez, J., Rosa-Alcázar, A. I. & Olivares-Olivares, P. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 6(3), 565-580. *
- Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T., Coffman, M. C., Elias, R., Strege, M. V., Capriola-Hall, N. N. & Smith, M. (2019). Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 50(1), 126-139. *
- Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J. & Marttunen, M. (2015). Introduction. En Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J. & Marttunen, M. (Eds.), *Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, Manifestation and Intervention Strategies* (pp. 1-7). Springer.
- Reuland, M. M. y Teachman, B. A. (2014). Interpretation bias modification for youth and their parents: a novel treatment for early adolescent social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 851-864. *
- Sportel, B. E., de Hullu, E., de Jong, P. J. y Nauta, M. H. (2013). Cognitive bias modification versus CBT in reducing adolescent social anxiety: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 8(5). *
- Wong, Q. J. J. & Rapee, R. M. (2015). The Developmental Psychopathology of Social Anxiety and Phobia in Adolescents. En Ranta, K., La Greca, A. M., García-López, L. J., & Marttunen, M. (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies* (pp. 11-37). Springer.