

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE PARA ADOLESCENTES CON ANSIEDAD SOCIAL EN POBLACIÓN JOVEN ADULTA: UN ESTUDIO PILOTO

Luis-Joaquín García-López¹, Juana Ruiz², José Olivares²,
José A. Piqueras¹, Ana I. Rosa² y Rosa Bermejo²
¹ Universidad de Granada; ² Universidad de Murcia (España)

Resumen

El propósito de este trabajo es presentar los resultados de un estudio piloto que evalúa la aplicabilidad de un programa de tratamiento, originalmente diseñado para adolescentes, en población joven adulta con un trastorno de ansiedad social. La muestra se compone de 12 sujetos que cumplían los criterios diagnósticos de fobia social generalizada y que mayoritariamente presentaban comorbilidad con trastornos del eje I y II. Los resultados muestran la eficacia de esta modalidad de intervención, tanto en las medidas generales de ansiedad social como en las que examinan específicamente las respuestas cognitivas y motoras que componen este trastorno. Junto a esto, la reducción de las respuestas de ansiedad social llevó a la disminución o remisión total de trastornos comórbidos a la fobia social tras la intervención. Todas las escalas mostraron ser sensibles al cambio terapéutico. Además, tanto el programa de tratamiento como su estructura o la competencia de los terapeutas fueron valorados muy positivamente por los participantes. Finalmente, se discuten las limitaciones de este trabajo y las futuras líneas de investigación.

PALABRAS CLAVE: *ansiedad social, comorbilidad, jóvenes adultos, tratamiento.*

Abstract

The purpose of this pilot study is to evaluate transportability of a treatment protocol, originally designed for adolescents, to young adult population with social anxiety disorder. The sample is composed of 12 subjects who met generalized social phobia criteria and presented comorbidity disorders in Axes I and II. The results prove the efficacy of this treatment with young adults, as seen in a decrease of general social anxiety measures and those specifically evaluating cognitive and

behavioral symptoms. In addition, the decrease of social anxiety symptoms led to a reduction or total recovery of comorbidity in Axes I and II disorders after termination of treatment. All the scales were highly sensitive to the treatment effects. Furthermore, not only the treatment protocol, but also each component and the therapists' competence were highly scored by participants. Finally, limitations and suggestions for future investigation are discussed.

KEY WORDS: *comorbidity, social anxiety, treatment, young adults.*

Introducción

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». Estas situaciones abarcan tanto situaciones sociales de interacción social (iniciar o mantener conversaciones, acudir a fiestas o actos sociales) como de actuación social (comer, beber o hablar en público). Pese a que las características de este trastorno se conocían con anterioridad, no fue hasta finales de los años 80 cuando se empieza a prestar atención a la evaluación y tratamiento de este trastorno (Luterek, Eng y Heimberg, 2003). Desde entonces, distintos estudios han demostrado que el trastorno de ansiedad social presenta la tasa de prevalencia más elevada de entre los trastornos de ansiedad y además, ocupa el tercer lugar tomando el conjunto de los trastornos mentales (para una revisión, véase Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003).

Entre los adultos que presentan este trastorno, la interferencia en su vida cotidiana se pone de manifiesto tanto en las relaciones interpersonales (problemas familiares o de relación de pareja), en contextos académicos y/o laborales (bajo rendimiento académico o laboral) y en ámbitos económicos, puesto que lo anterior les dificulta y/o previene de poder acceder a estudios superiores o bien, poder acceder al mercado laboral o promocionar dentro del trabajo (Masia-Warner *et al.*, 2005). Las consecuencias negativas en la vida del sujeto son incluso superiores en caso de que el sujeto presente el subtipo generalizado de fobia social, al incrementarse la presencia de trastornos comórbidos (Caballo, Andrés y Bas, 1997). Pese a todo ello, la proporción de sujetos que solicitan tratamiento es escasa (Neufeld, Swart, Bienvenu, Eaton y Cai, 1999; Van Velzen, Emmelkamp y Scholing, 1997), por lo que distintos autores han apostado por realizar actuaciones proactivas, con el objeto de llevar a cabo una detección precoz de adolescentes en contextos naturales (para una revisión, véase Masia-Warner, Storch, Fisher y Paige, 2003).

El propósito de este trabajo es presentar los resultados en jóvenes adultos (universitarios) de la aplicación de un programa de tratamiento diseñado originalmente para población adolescente en contextos naturales. Este protocolo, denominado «Intervención para Adolescentes con Fobia Social» (IAFS; Olivares y García-López, 1998) ha mostrado su eficacia a corto plazo y hasta en un seguimiento a los 5 años (García-López *et al.*, 2002; García-López *et al.*, 2006; Olivares *et al.*, 2002). Los objetivos en este estudio piloto han sido: (a) aplicar a la población universitaria un programa de tratamiento que ha demostrado su eficacia y eficiencia en adolescen-

tes con ansiedad social a fin de evaluar la aplicabilidad de éste en otros rangos de edad, (b) evaluar la hipótesis formulada en distintos estudios en el sentido de que una intervención destinada a la eliminación de las respuestas de ansiedad social podría prevenir o reducir la comorbilidad tras el fin del tratamiento, (c) analizar la sensibilidad de las escalas al cambio terapéutico en población joven adulta, así como (c) realizar un análisis cualitativo de los componentes del programa de intervención a fin de determinar la ubicuidad de mantener la estructura original del programa o evaluar la necesidad de adaptarlo a una población con otro rango de edad.

Método

Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 12 sujetos (83% mujeres) con una media de edad de 20,17 años ($DT= 1,11$), quienes cursaban estudios universitarios de primer y segundo ciclo. Todos los sujetos cumplían los criterios diagnósticos de fobia social generalizada según los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2002) así como en consonancia con lo expuesto por Quero, Baños, Botella y Gallardo (2003). Además, una elevada proporción presentaba algún tipo de trastorno secundario a la fobia social: el 83% presentaban comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación, un 25% con el trastorno de ansiedad generalizada, el 50% con fobia específica, el 8% reunía los criterios para el episodio depresivo mayor, un 33% cumplía los criterios diagnósticos del trastorno distímico, el 8% presentaban un trastorno alimentario y el 8% informaba una historia de mutismo selectivo. La media de la duración del trastorno se situó en los 10,2 años ($DT= 4,8$).

Diseño

Se utilizó un diseño intrasujetos con medidas pretest y postest.

Evaluación

Los instrumentos empleados en el proceso de evaluación, tanto antes de aplicar el tratamiento (pretest) como inmediatamente después de haber finalizado éste (postest), fueron los que describimos a continuación. Estos instrumentos fueron aplicados por cuatro evaluadores independientes mediante un procedimiento de doble ciego. Todos los instrumentos que se citan a continuación han demostrado buenas propiedades psicométricas, tanto en estudios de lengua inglesa como española (para una revisión, léase Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa, 2003 o García-López, Olivares y Vera-Villareal, 2003).

ENTREVISTA PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SEGÚN EL DSM-IV (ADIS-IV; DiNardo, Brown, y Barlow, 1994). Es una entrevista semiestructurada que evalúa tanto tras-

tornos de ansiedad como trastornos del estado de ánimo o abuso y dependencia de sustancias. En nuestro trabajo, la sección de fobia social de esta entrevista además se ha empleado como variable dependiente, tomando como criterio el número de situaciones sociales temidas.

INVENTARIO DE ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). 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.

ESCALA DE FOBIA SOCIAL (SPS) Y LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA INTERACCIÓN SOCIAL (SIAS). Mattick y Clarke (1998) desarrollaron el SIAS con el fin de medir las respuestas de ansiedad en las interacciones sociales, mientras diseñaron el SPS para evaluar la ansiedad de actuación (p. ej., comer o beber en público). Ambas escalas contienen 20 ítems y se responden de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos (rango: 0-4).

ESCALA DE MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNE) Y ESCALA DE ANSIEDAD Y EVITACIÓN SOCIAL (SAD). Watson y Friend (1969) diseñaron el FNE para medir el miedo a la evaluación negativa, elemento central en la fobia social. Esta escala contiene 30 ítems con un formato de respuesta verdadero-falso. Mientras el FNE pretende evaluar el componente cognitivo, Watson y Friend (1969) crearon el SAD con el fin de registrar las respuestas de ansiedad y evitación que integran este constructo. Esta última escala consta de 28 ítems con el mismo formato de respuesta que el FNE.

CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA HABLAR EN PÚBLICO (PRCS). Esta escala constaba de 30 ítems con un formato verdadero-falso en su versión original. 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.

ESCALA DE INADAPTACIÓN (Echeburúa y Corral, 1987). Este instrumento fue diseñado para evaluar el grado en el que un trastorno puede afectar a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Los ítems se puntúan según una escala Likert de 6 puntos (rango: 1-6). El rango total de la escala es de 6 a 36 (a mayor puntuación, menor adaptación).

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (García-López y Olivares, 1997). El paciente valora en una escala Likert (0-10) tanto la utilidad del programa de tratamiento en general, como específicamente la de las sesiones individuales y grupales. Asimismo, valora su satisfacción con la competencia profesional de los terapeutas.

ESCALA DE ANÁLISIS DE COMPONENTES DEL TRATAMIENTO (García-López y Olivares, 1999). El paciente valora en una escala Likert (0-10) la utilidad de cada uno de los componentes que integran el programa de tratamiento.

Procedimiento

Los sujetos fueron localizados a través de: (a) anuncios a través de la Universidad y (b) charlas informativas en las clases impartidas en diversas titulaciones de pri-

mer y segundo ciclo. Durante la primera fase de la evaluación, se determinaba si los sujetos cumplían los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social, subtipo generalizado. En caso afirmativo, se les ofrecía la posibilidad de un tratamiento psicológico gratuito, el cual se impartiría en las instalaciones del Servicio de Asesoramiento y Orientación Psicológica ubicado en el campus universitario. Posteriormente, se realizaba una sesión informativa a fin de explicar los contenidos del programa, su duración y sus objetivos. Trece sujetos aceptaron participar en el estudio, cumplieron todas las medidas en el pretest, y fueron asignados al azar a uno de los dos grupos de tratamiento ($n=6$ y 7 , respectivamente). No obstante, uno de los sujetos abandonó después de la segunda sesión, por lo que los resultados se presentan para los 12 sujetos restantes, distribuidos en 2 grupos de 6 sujetos.

El programa de tratamiento se denomina IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*; Olivares y García-López, 1998) y fue diseñado para ser aplicado en contextos educativos y naturalísticos, en donde los sujetos desarrollan la mayoría de sus actividades diarias y en el cual se producen la mayoría de situaciones de sociales a las que han de enfrentarse en su vida cotidiana (originalmente, en el instituto; en este caso, en la Universidad). Este programa de tratamiento fue aplicado por dos equipos de dos terapeutas de distinto sexo cada uno. El IAFS consta de 12 sesiones de tratamiento en grupo, de 90 minutos de duración y periodicidad semanal. Las sesiones grupales se destinan al entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de reestructuración cognitiva, a la vez que se llevan a cabo exposiciones en vivo ante situaciones de interacción y actuación social. En el caso de las exposiciones ante situaciones de hablar en público, se hace uso del videofeedback para modificar las imágenes distorsionadas que cada sujeto pudiera presentar durante la situación de hablar en público. Junto a las sesiones en grupo, los sujetos disponen semanalmente de un horario de consultas individuales que abarca dos horas semanales, distribuidas según un programa flexible y de libre asistencia. Para más información, véase Olivares y García-López (2001) en esta revista.

Resultados

En primer lugar, no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos que recibieron el tratamiento ni en las medidas analizadas ni en las variables sociodemográficas ($p>0,05$).

En segundo lugar, como puede observarse en la Tabla 1, los análisis estadísticos revelaron diferencias estadísticamente significativas en el postest, junto con una elevada potencia estadística. Esto se puso de manifiesto tanto en las medidas generales de ansiedad social, como las que miden específicamente el componente cognitivo de la fobia social y las respuestas de evitación social o en la que se evalúa el grado de la interferencia que el trastorno ocasiona en la vida cotidiana del sujeto. Además, los resultados muestran que los tamaños del efecto que se observaron en todas las medidas analizadas son muy elevados, todos ellos superiores a 0,80, el valor apuntado por Cohen (1988) para asumir un tamaño del efecto alto, lo cual

parece ahondar en la eficacia del IAFS, independientemente del rango de edad del sujeto. Junto a esto, el 75% no cumplían los criterios diagnósticos de fobia social tras la intervención.

Tabla 1

Medias (desviaciones típicas) para las medidas empleadas en el pretest y postest

	Tratamiento		t	Potencia	TE
	Pretest	Postest			
SPAI-Fobia Social	115,50 (15,69)	57,10 (12,59)	9,88**	99%	3,46
SPAI-Diferencia	88,58 (12,41)	44,60 (8,20)	9,67**	99%	3,29
ADIS-FS	8,42 (2,15)	1,42 (2,02)	7,96**	99%	3,03
SIAS	42,58 (6,29)	21,92 (5,50)	9,48**	99%	3,06
SPS	34,58 (10,69)	16,33 (6,20)	6,32**	99%	1,59
FNE	21,50 (4,93)	15,00 (4,88)	5,09*	99%	1,23
SAD	17,58 (5,02)	4,50 (2,11)	10,66**	99%	2,42
PRCS	135,25 (14,04)	97,58 (14,10)	11,71**	99%	2,49
EI	17,50 (4,36)	12,58 (3,31)	4,48*	98%	1,05

* $p < 0,005$; ** $p < 0,001$; TE: Tamaño del efecto; SPAI: Inventario de ansiedad y fobia social; ADIS-FS: Entrevista para los trastornos de ansiedad; sección de fobia social; SIAS: Escala de ansiedad ante la interacción social; SPS: Escala de fobia social; FNE: Escala de miedo a la evaluación negativa; SAD: Escala de ansiedad y evitación social; PRCS: Cuestionario de confianza para hablar en público; EI: Escala de inadaptación.

Además, en relación con la segunda hipótesis, se ha observado una remisión completa de algunos de los trastornos comórbidos presentes antes de la intervención. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ausencia del trastorno de personalidad por evitación en el postest, $\chi^2(1, 11) = 0,516$, $p = 0,002$. Así, tras el tratamiento, sólo el 25% de los sujetos cumplieron los criterios del trastorno de personalidad por evitación, mientras que no se pusieron de manifiesto diferencias en el porcentaje de sujetos que presentaban fobia específica. En el postest, tampoco ningún sujeto reunió los criterios diagnósticos

de trastorno distímico, episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastornos alimentarios. Excepto en el caso de la fobia específica, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Junto a esto, los análisis estadísticos indican que todas las medidas fueron altamente sensibles a los efectos del programa de tratamiento, poniéndose de manifiesto que los sujetos mostraban puntuaciones significativamente más elevadas en el pretest que en el postest (véase Tabla 1).

En relación a la valoración de los sujetos hacia el tratamiento, los resultados de la escala de satisfacción, autoadministrada y entregada de forma anónima, revelan una elevada valoración de la utilidad del paquete de tratamiento en general ($M=9,67$), a la vez que de la utilidad de las sesiones en grupo ($M=9,50$) y de las sesiones individuales ($M=9,50$) o de la competencia de los terapeutas ($M=9,92$).

Ante la hipótesis relativa a la valoración de los componentes que integran el programa de intervención, los resultados no demostraron diferencias significativas ni entre los dos grupos ni entre los distintos componentes entre sí ($p > 0,05$). No obstante, el componente de «iniciar y mantener conversaciones» es el que obtuvo una mejor apreciación por los participantes ($M=9,06$), seguido por los componentes de «hablar en público» y «establecer y mantener amistades» ($M=8,87$) y cerca de éstos, el componente de exposición ($M=8,83$). A continuación, le siguió el componente de «asertividad» ($M=8,75$) y finalmente la fase psicoeducativa, la terapia cognitiva, biblioterapia y dar/recibir cumplidos ($M=8,62$).

Discusión

El propósito del presente estudio piloto es examinar la aplicabilidad del IAFS a población joven adulta, así como realizar un análisis de la eficacia de los componentes que lo integran, a la vez que evaluar si aplicar un programa de tratamiento enfocado en la fobia social permitiría prevenir o afectar positivamente en trastornos secundarios al de ansiedad social.

Los resultados son consistentes con los informados por otros autores que han aplicado programas de intervención llevados a cabo en grupo para jóvenes adultos con ansiedad social (miedo a hablar en público), en donde se también se observaban reducciones significativas en las puntuaciones de medidas generales de ansiedad social así como una disminución de las que evaluaban respuestas cognitivas y motoras (Montorio, Izal, Lázaro y López, 1996; Olivares y García-López, 2002). A esto cabe sumarse el hecho de que la tasa de abandono en este estudio es considerablemente inferior a la tasa media de abandonos en tratamientos cognitivo-conductuales y conductuales para la fobia social (12,2-18%; Taylor, 1996). Junto a todo esto, tras la intervención, el 75% no cumplían los criterios diagnósticos de FS. Teniendo en cuenta que diversos estudios demuestran que los resultados se generalizan una vez las habilidades son consolidadas y aplicadas por el sujeto a lo largo del tiempo (i.e., Bados, García-Grau y Fuste, 2003), podría hipotetizarse que la tasa de recuperación podría ser incluso superior en seguimientos a corto y largo plazo.

Al respecto de nuestro objetivo en torno a las tasas de comorbilidad en el post-test, los datos revelan una remisión total en la mayoría de los diagnósticos secundarios a la fobia social después del tratamiento. Por ejemplo, antes del tratamiento, el 44% de la muestra presentaba algún trastorno del estado de ánimo, frente al 0% tras la terminación de la intervención. Estos resultados siguen la línea de los hallados por este mismo programa de tratamiento con anterioridad (García-López, 2000) y eleva la cuestión acerca de qué papel ha podido jugar el tratamiento en este hecho. Con el fin de responder esta cuestión, Muscovitch, Suvak, In-Albon y Hofmann (2004) han realizado un trabajo del que se desprende que los cambios en el estado de ánimo de los sujetos que recibían un tratamiento enfocado en la reducción de las respuestas de ansiedad social eran atribuibles a la intervención en sí. Estos datos resultan de especial interés, pues se entronca con la hipótesis recogida por autores como Olivares *et al.* (2003) relativa a que si la fobia social antecede al resto de trastornos comórbidos, la remisión de la fobia social permitiría esperar consecuencias positivas sobre el resto de trastornos asociados.

Asimismo, los resultados han demostrado que la intervención también se ha demostrado eficaz en reducir la presencia del trastorno de personalidad por evitación, lo que ahonda en la evidencia que sugiere reevaluar la inclusión de este trastorno como un verdadero trastorno de personalidad (para una revisión sobre este tema, véase Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002).

Por otra parte, aunque todas las escalas fueron altamente sensibles al cambio terapéutico, la subescala de fobia social del SPAI parece ser el instrumento de evaluación más sensible, incluso superior a la puntuación diferencia de dicha escala. Esto es consistente con otros estudios llevados a cabo en población adulta (García-López, Olivares e Hidalgo, 2005; Olivares, García-López, Hidalgo y Caballo, 2004; Taylor, Woody, McLean y Koch, 1997). De hecho, el SPAI ha demostrado su utilidad como una excelente herramienta para medir el cambio terapéutico tanto en población adulta como adolescente con ansiedad social.

Otro aspecto de consideración es que el elevado tamaño del efecto que se obtuvo en la escala diseñada para medir el miedo a hablar en público. Un aspecto a evaluar en el futuro es si la incorporación del videofeedback a la exposición en vivo ha podido incrementar la potencia de ésta. Dado que numerosos estudios han demostrado que los sujetos con fobia social subestiman su actuación en situaciones de hablar en público, estos datos confirman la recomendación sugerida por algunos autores en el sentido de que la utilización del videofeedback es una estrategia útil para proporcionar un feedback objetivo acerca de la actuación de los sujetos con ansiedad social (Ramos, 2003).

En torno al cuarto objetivo planteado, los datos sugieren el mantenimiento de la estructura original del paquete de tratamiento, que integra sesiones individuales y grupales, si atendemos a los niveles de satisfacción que reportan los sujetos. Por otra parte, se esperaba que los resultados del análisis de los componentes del tratamiento arrojaran datos sobre los componentes que han mostrado una utilidad significativa para así poder generar sugerencias en caso de determinarse la ubicuidad de dismantelar el tratamiento. Pese a que todos los componentes han mostrado una valoración positiva por parte de los sujetos, los datos parecen con-

firmar la relevancia de la incorporación del entrenamiento en habilidades sociales como un componente que ha demostrado su utilidad como parte integrante de los programas de intervención destinados a reducir las respuestas de ansiedad social, lo que es consistente con trabajos de lengua española e inglesa (Caballo *et al.*, 1997; Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994; Turner, Beidel y Cooley-Quille, 1995; Van Dam-Baggen y Kraaimaat, 2000).

Además, las elevadas tasas de satisfacción encontradas entre los participantes de este estudio son muy similares a las halladas por este programa de tratamiento en población adolescente (García-López, 2000), lo que podría sugerir la bondad del tratamiento, independientemente del rango de edad.

No obstante, estos resultados han de ser tomados con precaución debido a las limitaciones de este estudio, tales como la inexistencia de un grupo control, el reducido tamaño de la muestra o la composición de ésta (estudiantes universitarios). No obstante, teniendo en cuenta que la potencia estadística es elevada y que el tamaño del efecto es muy alto, los datos parecen respaldar la bondad potencial del programa de tratamiento, en población jóvenes adultos, al menos a corto plazo. Los estudios futuros deberían evaluar la eficacia de este programa de intervención en adultos con fobia social tanto a medio como a largo plazo, utilizando para ello un diseño experimental que permitiera un mayor control de las fuentes de potenciales amenazas a su validez externa, interna y ecológica.

En resumen, tanto los instrumentos de evaluación que miden las respuestas de ansiedad social como las apreciaciones de los sujetos y la baja tasa de abandonos apuntan a la eficacia, tolerabilidad y aplicabilidad de esta intervención a población joven adulta.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Autor (traduc. Castellano: Masson, 2002).
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona.
- Bados, A., García-Grau, E. y Fusté, A. (2003). Significación clínica de los resultados del tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 643-678.
- Caballo, V.E., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1*, pp. 25-87. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruñia, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11, 539-562.
- 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)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- García-López, L. J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral, Universidad de Murcia.
- García-López, L. J. y Olivares, J. (1997). *Escala de satisfacción con el tratamiento*. Manuscrito no publicado.
- García-López, L. J. y Olivares, J. (1999). *Escala de análisis de componentes del tratamiento*. Manuscrito no publicado.
- García-López, L.J., Olivares, J. e Hidalgo, M.D. (2005). A pilot study on 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. y Vera-Villaruel (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151-160.
- García-López, L. J., Olivares, J., Turner, S. M., Beidel D. C., Albano, A. M. y Sánchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10, 165-179.
- García-López, L.J., Olivares, J., Beidel, D.C., Albano, A.M., Turner, S.M. y Rosa, A.I. (2006). Results at long-term among three treatment protocols: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Luterek, J., Eng, W. y Heimberg, R.G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: Teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11, 563-581.
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M., y Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 707-722.
- Masia-Warner, C., Storch, E., Fisher, P. y Klein, R. (2003). Avances recientes y nuevas directrices en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social en jóvenes. *Psicología Conductual*, 11, 623-641.
- Mattick, R.P. y Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Montorio, I., Izal, M., Lázaro, S. y López, A. (1996). Dificultad para hablar en público en el ámbito universitario. Eficacia de un programa para su control. *Ansiedad y Estrés*, 2, 227-244.
- Muskovitch, D.A., Suvak, M.K., In-Albon, T. y Hofmann, S.G. (2004, Noviembre). *Session-by-session changes in anxiety and depression during treatment for social anxiety disorder: A multi-level mediational analysis*. Comunicación presentada durante el 38th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Nueva Orleans, Estados Unidos de América.
- Neufeld, K.J., Swart, K.L., Bienvenu, O.J., Eaton, W.W. y Cai, G. (1999). Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 100, 186-192.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social: Un programa de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes con un trastorno de ansiedad social*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14, 405-409.
- 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, 405-427.

- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C., Turner, S.M., e Hidalgo, M.D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D. y Caballo, V.E. (2004). Relationships among social anxiety measures and its invariance: A Confirmatory Factor Analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 172-179.
- Quero, S., Baños, R.M., Botella, C. y Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 429-458.
- Ramos, V. (2003). *Efecto del feedback audiovisual en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Ramos, V., Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2002, Noviembre). *Comorbilidad entre el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de ansiedad social generalizada en población adolescente*. Comunicación presentada durante el I Symposium sobre trastornos de la personalidad: Evaluación y Tratamiento de la APICSA, Granada.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P.D. y Koch, W.J. (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, 4, 181-191.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., Woody, S.R. y Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Cooley-Quille, M.R. (1995). Two year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 553-556.
- 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, 35-40.
- Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437-451.
- Van Velzen, C.J.M., Emmelkamp, P.M.G. y Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 889-900.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.