

## **TIMIDEZ Y FOBIA SOCIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: UN CAMPO EMERGENTE**

José Olivares<sup>1</sup>, Ana I. Rosa, José A. Piqueras, Julio Sánchez-Meca,  
Xavier Méndez y Luis J. García-López  
*Universidad de Murcia (España)*

### **Resumen**

Presentamos los resultados de un meta-análisis sobre la eficacia del tratamiento psicológico en los problemas de timidez y fobia social en niños y adolescentes. Se incluyen 15 artículos que cumplieron con los criterios de selección, dando lugar a 24 estudios independientes. Los tamaños del efecto medio general, en el postest ( $d_+ = 0,59$ ) y en el seguimiento ( $d_+ = 0,64$ ), reflejaron la eficacia de las intervenciones para disminuir o eliminar la timidez o la fobia social, así como las respuestas de ansiedad, la desadaptación, la mejora de la autoestima y las habilidades sociales. Se hallaron diferencias significativas entre los diferentes componentes de tratamiento, destacando la combinación de exposición, habilidades sociales y técnicas cognitivas. Otras variables relevantes han sido la duración, frecuencia e intensidad del tratamiento, la edad y género de los participantes y la mortalidad y calidad experimental. Finalmente, discutimos los resultados y se proponen ciertas indicaciones para la investigación futura en estos problemas de conducta.

PALABRAS CLAVE: Fobia social, infanto-juvenil, meta-análisis, timidez.

### **Abstract**

In this paper the results of a meta-analysis of the effectiveness of psychological treatment for relationship problems in children and adolescents are presented. A total of 15 articles, which fulfilled the selection criteria, were identified leading to 24 independent studies. They were used to work out the standardized mean difference between the treated group mean minus the control group mean. The mean effect size at the pos-test ( $d_+ = 0.59$ ) and follow-up ( $d_+ = 0.64$ ) showed the

---

1 *Correspondencia:* José Olivares, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Edificio Luis Vives, Campus Universitario de Espinardo, Universidad de Murcia, Apdo. 4021, 30080 Espinardo, Murcia (España). E-mail: jorelx@um.es.

Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda de la Fundación Séneca al Proyecto PI-54/00864/FS/01 y a la Beca de Postgrado para la Formación del Profesorado Universitario AP2000-2887 del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología.

effectiveness of the treatment for decreasing and eliminating shyness and social phobia, as well as the symptoms of maladjustment, improving self-esteem and social skills. All in all, significant differences were found among the different treatment components, and the combination of exposure, social skills and cognitive techniques proved to be the best method. Other outstanding variables were the duration, frequency and intensity of the treatment, age and gender of the samples, mortality and experimental quality. Finally, the results are discussed and several suggestions are made to help in future research into these behavioral problems.

KEY WORDS: Children-adolescents, meta-analysis, shyness, social phobia.

### Introducción

El creciente interés por las dificultades de adaptación social de los niños y los adolescentes se ha visto incrementado por la importancia que las relaciones sociales han probado tener en el desarrollo evolutivo y el funcionamiento psicológico, social y académico (Godstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989; Trianes, Jiménez y Muñoz, 1997), así como por el elevado número de niños que siendo etiquetados socialmente como «tímidos» muestran elevada ansiedad social, evitación y retraimiento social (Bruch y Cheek, 1995; Compton, Nelson y March, 2000; Jones, Briggs y Smith, 1986; Olson y Roseblum, 1998; Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995). No obstante, pese a la relevancia de estos problemas, no ha sido hasta fechas recientes cuando la expresión clínica de estas dificultades, la fobia social, ha empezado a ser reconocida como un trastorno de la conducta que también afecta a la infancia y la adolescencia (Albano, Detweiler, Logsdon-Conradsen, 1999; Beidel, Ferell, Alfano y Yeganeh, 2001).

Uno de los problemas con los que se enfrenta cualquier trabajo en este contexto es el relativo a la operacionalización de los conceptos que lo dotan de contenido; por ello, en primer lugar y siguiendo a Greco y Morris (2001), Monjas y Caballo (2002) y Rubin y Asendorpf (1993), intentaremos aproximarnos al significado de los constructos usados para delimitar los problemas de relación social. Así, el problema de conducta etiquetado como «*timidez*», es definido como (a) el miedo a ser evaluado negativamente en situaciones sociales y (b) la evitación o el retraimiento ante aquellas situaciones en las que están o pueden estar presentes personas conocidas, poco conocidas o desconocidas (Buss, 1980; Pilkonis, 1977; Zimbardo, 1977); este constructo también ha sido relacionado con otros conceptos como el «retraimiento social» (autoaislamiento respecto del grupo de iguales) o el «aislamiento social» (rechazo por el grupo de iguales —Rubin y Stewart, 1996—). Por su parte, la expresión «*fobia social o trastorno de ansiedad social*» ha sido definida por la American Psychiatric Association (APA, 2000) introduciendo algunas características y criterios diagnósticos específicos para población infantil y adolescente (véase DSM-IV-TR), cuya relevancia ha sido subrayada por distintos autores (así Beidel y Turner, 1998 o Morris, 2000). En cuanto a la relación entre timidez y fobia social distintos investigadores, entre los que se sitúan los que sus-

criben el presente trabajo, consideran la existencia de un continuo en cuyos extremos se ubicarían el menor grado de ansiedad que podría ser calificado como timidez y el máximo nivel de ansiedad que se correspondería con el grado más grave e incapacitante (fobia social generalizada o trastorno de personalidad por evitación) (Bruch y Cheek, 1995; Chavira, Stein y Malcarne, 2001; Rapee, 1995; Stein, 1999; Turner, Beidel y Townsley, 1990).

Por lo que respecta a sus efectos desadaptativos, tanto la timidez como la fobia social conllevan merma funcional. La primera provoca deterioro de las relaciones sociales en más del 13% de los casos (Henderson, 1997), la segunda genera un mayor grado de interferencia que se hace especialmente patente en (a) el deterioro del rendimiento académico (APA, 2000; Beidel y Turner, 1998; Lawrence y Bennet, 1992), depresión (Hazen y Stein, 1995; Ingram, Ramel, Chavira y Scher, 2001; Stein *et al.*, 2001), (b) el incremento de la probabilidad de iniciarse y abusar del consumo de sustancias tóxicas legales e ilegales (Clark, 1993; Clark y Kirisci, 1996; DeWit, McDonald y Offord, 1999) y (c) la ocurrencia de otros trastornos graves de conducta tales como la depresión (Beidel *et al.*, 1999; Schatzberg *et al.*, 1998).

En relación con los datos epidemiológicos, los estudios más recientes informan de una prevalencia de la fobia social infanto-juvenil que oscila entre el 1'6 y el 10% (Beidel y Turner, 1998; Essau, Conradt y Petermann, 1999; Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 1998; Wittchen, Stein y Kessler, 1999), así como de una frecuencia de ocurrencia de la timidez (French, 1990; Stevenson-Hinde y Glover, 1996) y la fobia social mayor en chicas que en chicos (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987), en muestras comunitarias, pero no en población clínica donde la distribución es similar (Last, Perrin, Hersen y Kazdin, 1992; Strauss y Last, 1993).

En cuanto a la edad de inicio de la fobia social, la más frecuente en muestra comunitaria se sitúa entre los 14 y los 16 años. Respecto de los tratamientos utilizados encontramos que los problemas sin significación clínica (timidez y retraimiento) han sido tratados utilizando desde psicoterapias poco definidas (Axelrod, Cameron y Solomon, 1944), pasando por aproximaciones emergentes de la psicopatología del desarrollo (LaFreniere y Capuano, 1997), hasta las derivadas del modelo cognitivo-conductual (así Edleson y Rose, 1981; Erwin, 1993; Erwin, 1994; Jupp y Griffiths, 1990; Lowenstein, 1983; O'Connor, 1969; Oden y Asher, 1977 o Weinrott, Corson y Wilchesky, 1979). En cuanto a la fobia social, las primeras publicaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos o farmacológicos en las edades que nos ocupan son muy recientes, tanto las producidas por equipos de investigadores extranjeros (Beidel, Turner y Morris, 1997 y 2000; Hayward *et al.*, 2000; Mancini, Van Ameringen, Oakman, y Farvolden, 1999; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000) como de españoles (así, Olivares y García-López, 2001) o por grupos mixtos (García-López *et al.*, 2002; Olivares *et al.*, 2002). En consecuencia, empezamos a encontrarnos ya con un número de trabajos publicados en relación con el tratamiento de la fobia social y la timidez, en el contexto infanto-juvenil, que entendemos hace necesaria una revisión específica de la eficacia y eficiencia de sus efectos y de las variables responsables de éstos, máxime si tenemos en cuenta que hasta ahora sólo se ha lle-

vado a cabo una revisión cualitativa acerca de los problemas de relación social en general en niños y adolescentes (Greco y Morris, 2001) y no hemos encontrado ninguna de orden cuantitativo que se halla centrado únicamente en la población que nos ocupa. Así mismo, entendemos que la revisión ha de ser general. Es decir, las intervenciones deben pertenecer tanto al modelo cognitivo-conductual como a otros modelos teóricos, han de abarcar diferentes tipos de medidas relacionados con las descripciones de estos problemas de conducta y deben analizar variables tanto de interés teórico como relativas al tipo de tratamiento o las características de los sujetos.

## Método

### *Objetivos del estudio*

Los objetivos del presente estudio son (1) estimar la eficacia de las intervenciones psicológicas en niños y adolescentes que presentan timidez o fobia social, (2) aislar y estudiar las variables moderadoras responsables de la eficacia de los tratamientos aplicados a estos problemas y (3) plantear posibles líneas de investigación futura.

### *Búsqueda de la bibliografía*

Como procedimientos de búsqueda de los estudios se utilizaron fuentes formales e informales. Dichas fuentes fueron las siguientes: a) Consultas con soporte informático (CSIC —ISOC—, MEDLINE, PsycLIT y ERIC), sin restricción de las fechas de publicación, con las palabras-clave: «timid\*», «asilado», «fobia social», «aislad\*», «ignorad\*», «ansiedad social», «adolesc\*», «niñ\*», «tratamiento», «shy\*», «social withdraw\*», «social isolate\*», «social neglecte\*», «peer relation\*», «social anxiety», «social phobia», «adolescenc\*», «child\*», «treatment», «therapy», «intervention» y «training», buscadas en el título y en el abstract, así como estos mismos términos en español; b) consulta a investigadores expertos en el área solicitándoles el envío de trabajos; c) revisión de las referencias de los meta-análisis ya publicados y sobre el tema y antes mencionados; y d) revisión de referencias de los estudios recuperados.

Detectada la base de estudios, los criterios conceptuales y metodológicos que nos permitieron incluir con rigor un informe de investigación fueron los siguientes: a) referirse al tratamiento de niños o adolescentes con problemas de timidez, retraimiento social, aislamiento social, baja aceptación del grupo de iguales («ignorado») o fobia social; b) ser diseños de grupo que comparen un grupo de tratamiento frente a uno de control u otro tratamiento alternativo; c) presentar datos suficientes para poder hallar los tamaños del efecto; y d) estar escrito en inglés, francés o español. El proceso de búsqueda permitió identificar y seleccionar un total de 15 artículos que cumplieron con los criterios de selección, lo que supuso un total de 24 estudios independientes. Los artículos seleccionados procedían de 4 países: Estados

Unidos (58%), España (12.5%), Australia (17%) y Canadá (12.5%). En total, el meta-análisis recogió datos de 773 sujetos en el pretest (tratados y control) que se redujeron a 722 en el postest y a 342 en el seguimiento más largo.

### *Codificación de los estudios*

Con objeto de examinar las características de los estudios que pudieran dar cuenta de la heterogeneidad de los resultados, se aplicó sobre cada estudio un protocolo de codificación que incluyó variables moderadoras de distinta naturaleza, distinguiendo entre variables sustantivas (de tratamiento, de sujeto y de contexto), variables metodológicas y variables extrínsecas (Lipsey, 1994).

Dentro de las *variables de tratamiento* se codificaron: a) tipo de enfoque de tratamiento psicológico (modelo conductual vs. modelo no conductual —dinámico, educativo y ecléctico—; b) técnica de intervención (exposición, técnicas cognitivas, manejo de contingencias, habilidades sociales y otras técnicas psicológicas, solas o en combinación); c) tipo de programa de tratamiento (CBGT-A, IAFS-G, CBT, SET-Asv, etc.); d) la homogeneidad del tratamiento; e) tareas para casa; f) programa de seguimiento; g) modo de intervención (indirecto, directo o mixto); h) tipo de entrenamiento (grupal, individual o mixto); i) soporte de entrenamiento (oral —directo, diferido o mixto—, escrito o mixto); j) dosis de tratamiento: duración de tratamiento en semanas, intensidad operacionalizada como número de horas por semana y cantidad de tratamiento medido también en horas. Con respecto a las características de los terapeutas se codificó la formación, la experiencia y el género.

Las características de sujeto codificadas fueron las siguientes: a) edad media de la muestra en años; b) género de la muestra (% de hombres); c) curso escolar; d) tipo de problema (fobia social —específica o generalizada—, timidez y otros constructos asociados con ésta como el aislamiento, los cuales de ahora en adelante se entenderán incluidos en la misma); e) historia del problema (número medio de años de padecimiento del problema en la muestra o su cronificación); f) tratamientos anteriores; y (g) comorbilidad (otros trastornos de ansiedad, depresión, otros problemas). Por lo que respecta a las *características contextuales* se codificaron: a) país y b) lugar de la intervención (universidad, centro escolar, hospital, centro de salud). También codificamos el tipo de instrumento utilizado para el diagnóstico (heteroinformes, observación directa, autoinformes, autoobservación, CIE-9, CIE-10, DSM-III, DSM-IV).

Dentro de las *características metodológicas* se incluyeron: a) tipo de diseño (cuasiexperimental o experimental); b) tipo de grupo de control (activo vs. inactivo —sin tratamiento, lista de espera); c) modo de reclutamiento de los sujetos (a instancias del experimentador, a petición propia o mixto); d) seguimiento más largo (en meses); e) mortalidad; y f) la calidad metodológica del diseño, medida en una escala de 0 a 9 puntos, consistente en la suma de las puntuaciones obtenidas en nueve ítems de calidad (asignación aleatoria, tipo de diseño, tamaño muestral, mortalidad experimental, inclusión de algún seguimiento, ceguera experimental, reporte de todas las

medidas pretest-postest, uso de escalas normalizadas y homogeneidad de la intervención). Por último, se registraron las siguientes *variables extrínsecas*: a) formación del primer autor (psicólogo, psiquiatra o ambos); b) la fecha de publicación y la fuente de publicación (publicado vs. no publicado)<sup>1</sup>.

### *Características de los estudios*

De los 24 estudios meta-analizados, 21 utilizaron algún componente cognitivo-conductual, mientras 3 de ellos basaban sus intervenciones en el modelo psicodinámico (1 estudio), educativo (1 estudio) y mixto (1 estudio). Dentro del modelo cognitivo-conductual, la mayoría de los estudios aplicaron entrenamiento en habilidades sociales o modelado, seguidos de la combinación de exposición, habilidades sociales y técnicas cognitivas. Otras combinaciones de componentes fueron: habilidades sociales y exposición, exposición y técnicas cognitivas, operantes y operantes junto a otras técnicas. Las intervenciones se caracterizaron por ser, en general, homogéneas, directas, con entrenamiento grupal, con una duración media de 8,5 semanas, a razón de 1,2 horas de intervención por semana y con una cantidad total de tratamiento de unas 12 horas por sujeto. La mayoría de los terapeutas fueron psicólogos con gran experiencia en este tipo de problemas. La mayor parte de las intervenciones se aplicaron en la escuela y en los hospitales.

Las muestras de sujetos analizadas se caracterizan por ser niños cuya edad media es de 9,6 (rango: 3,5-16,07), que estudian primaria (46%), que presentan problemas de timidez y cuya historia de padecimiento del problema es de 7,4 años.

El tipo de diseño más utilizado fue el experimental, implicando asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de intervención, siendo los grupos de control sin tratamiento los más utilizados. La mayoría de los estudios reclutaron a los sujetos a instancias del experimentador (88%). Los tamaños muestrales de los grupos fueron, en promedio, de 16 sujetos en el pretest, 15 en el postest y 14 en el seguimiento. La mortalidad experimental fue bastante baja tanto en el postest como en el seguimiento, respectivamente. Finalmente, la puntuación global de calidad del estudio se situó en el valor 7 sobre una escala de 0 a 9.

Con respecto a las variables extrínsecas, cabe mencionar que todos los estudios incluidos en el meta-análisis se obtuvieron de artículos publicados en revistas cuyo primer firmante del trabajo fue psicólogo. Por último, los estudios se distribuyen desde 1969 a 2002.

---

1 Debido a que todos nuestros estudios eran publicados (6 estudios), y a fin de asegurar la validez de nuestras conclusiones, calculamos el índice de tolerancia a los resultados nulos (Orwin, 1983) tomando el tamaño del efecto global como la medida de resultado principal. Encontramos que para anular los resultados de eficacia obtenidos con los 24 artículos incluidos en nuestro meta-análisis deberían existir unos 91 estudios sobre el tema no recuperados por nuestro equipo. Dada la exhaustiva búsqueda bibliográfica que realizamos, y sobre una base racional, no cabe pensar que pueda existir tal volumen de trabajos no recuperados por nosotros, por lo que podemos concluir que el sesgo de publicación no está afectando a nuestros resultados.

**Tabla 1**  
Principales variables cualitativas

Variable	Categorías	Frec.	Porc.
Modelo de intervención (k = 24)	1. Cognitivo-conductual 2. Psicodinámico 3. Educativo 4. Mixto	21 1 1 1	88% 4% 4% 4%
Técnica (k = 24)	1. EHS o Modelado 2. Exposición + EHS + Téc. cognitivas 3. Operantes + Otras 4. Otras técnicas no conductuales 5. Exposición + Téc. Cognitivas 6. Exposición + EHS 7. Operantes	9 5 3 3 2 1 1	36% 21 12 12 9% 5% 5%
Aplicación del tratamiento (k = 24)	1. Grupal 2. Individual 3. Mixto	15 6 3	62% 25% 13%
Experiencia del terapeuta (k = 24)	1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Sin información	3 2 1 15	12% 8% 4% 76%
Formación del terapeuta (k = 24)	1. Psicólogo 2. Mixta 3. Educador 4. Sin información	13 6 4 1	54% 25% 17% 4%
Tipo de problema (k = 24)	1. Fobia social 2. Timidez	7 17	29% 71%
Lugar de entrenamiento (k = 24)	1. Escuela 2. Universidad 3. Otros 4. Sin información	19 3 1 1	79% 13% 4% 4%
Tipo de diseño (k = 24)	1. Experimental 2. Cuasiexperimental	18 6	75% 25%
Tipo de grupo de control (k = 24)	1. Sin tratamiento 2. Placebo 3. Lista de espera 4. Mixto	11 7 4 2	46% 29% 16% 9%

k = Número de estudios.

**Tabla 2**  
Principales variables cuantitativas

VARIABLE	k	Mín.	Máx.	Media	DE
Duración de la intervención en semanas	24	1,00	24,00	8,54	5,90
Cantidad de la intervención en horas	24	1,00	42,00	11,97	11,12
Intensidad de intervención en horas por semana	24	1,00	3,50	1,13	0,79
Edad media de los participantes en años	24	3,50	16,07	9,65	4,37
Género de los participantes en % de varones	21	0,00	58,70	41,55	13,39
Historia del problema en años	3	6,31	8,37	7,45	1,05
Mortalidad experimental en % de sujetos	24	0,00	1,30	1,21	0,94
Calidad del estudio de 0 a 9	24	5,00	8,50	7,02	0,85

### *Cálculo y análisis de los tamaños del efecto*

Se utilizó como índice del tamaño del efecto la diferencia media tipificada (Hedges y Olkin, 1985),  $d$ , definida como la diferencia entre las medias de los grupos de tratamiento y de control, dividida por la desviación estándar conjunta. Este índice se aplicó sobre las medidas en el posttest y en el seguimiento más largo.

Los estudios presentaron de forma rutinaria múltiples variables de resultado. Para cada una de ellas se calculó el índice  $d$  y, a continuación, se promediaron en función de los siguientes criterios de clasificación: a) por el tipo de variable dependiente medida (ansiedad, inadaptación, habilidades sociales, autoestima y problemas con los padres o en la escuela); b) por el modo de registro (entrevista, autoinformes, informes de terceros, registros de observación); c) por el tipo de instrumento de medida (ADIS-R, SADS, SPAI, PRCS); y d) según el momento temporal de registro (posttest y seguimiento).

Estos promedios se obtuvieron también para las diferentes técnicas de intervención y sus combinaciones. Así mismo, se analizó el efecto de las diferentes variables moderadoras mediante análisis de varianza y análisis de regresión por mínimos cuadrados ponderados. Todos los análisis se realizaron con los programas SPSS 11.0 (2001) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

## **Resultados**

### *Eficacia del tratamiento psicológico*

Los resultados de eficacia fundamentales se obtuvieron a partir de las escalas o medidas directas e indirectas que evaluaban la timidez o la fobia social. No obstante, también se calcularon tamaños del efecto para la mejora de la ansiedad, la desadaptación, la autoestima/autoconcepto, habilidades sociales y problemas en la

escuela o con los padres. Los instrumentos más comunes aparecidos han sido las siguientes: Tests sociométricos, «Entrevista Revisada de los Desórdenes de Ansiedad» (*Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised*, ADIS-R; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994), «Escala de Ansiedad y Evitación Social», (*Schedule for anxiety disorder*, SAD; Watson y Friend, 1969), «Inventario de Ansiedad y Fobia Social», (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989), «Cuestionario de Confianza para Hablar en Público» (*Personal Report of Confidence as Speaker*, PRCS; Paul, 1966), «Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños», (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*, STAIC; Spielberger, 1988).

La Tabla 3 y 4 presentan los resultados globales obtenidos atendiendo a los tipos de constructo medido, a los modos de registro, a los tipos de instrumentos de medida y al momento temporal de registro.

La medida de resultado de mayor interés para nuestros propósitos es la global en el postest. Según se observa en las tablas 3 y 4, las intervenciones alcanzaron, en general, un tamaño del efecto de magnitud media tanto en el postest como en el seguimiento ( $d_+ = 0,59$  y  $d_+ = 0,64$ , respectivamente), siguiendo la clasificación de Cohen (1988). Atendiendo a los tipos de instrumentos de evaluación, destacan los tamaños del efecto de las entrevistas frente al resto de instrumentos.

**Tabla 3**  
Resultados de la efectividad global según el tipo de constructo,  
modo de registro y tipo de instrumento de medida

Medida	POSTEST				
	k	$d_{ij}$	I. C. al 95%		Qw
			Li	Ls	
Global	24	0,59	0,46	0,73	52,93**
Entrevista	7	1,18	0,94	1,45	11,81
Autoinforme	12	0,59	0,42	0,76	29,77**
Información terceros	10	0,57	0,37	0,77	40,17**
Observación directa	12	0,56	0,34	0,78	8,85
Ansiedad	10	0,74	0,56	0,92	16,46*
Desadaptación	3	1,28	0,58	1,98	12,10**
Habilidades sociales	21	0,39	0,26	0,52	45,71**
Autoestima	5	1,10	0,70	1,51	9,82*
Problemas Padres/escuela	2	0,38	-1,53	2,30	0,07
ADIS-R	6	1,24	0,98	1,50	17,26**
SADS	3	1,40	0,69	2,12	0,26
SPAI-C	5	0,93	0,64	1,22	4,53
PRCS	3	1,73	1,64	3,79	1,73

k: Número de estudios.  $d_{ij}$ : Tamaño del efecto medio. I. C. al 95%: Intervalo de confianza al 95%. Li: límite inferior. Ls: Límite superior. Qw: Prueba de homogeneidad intra-grupo global.

**Tabla 4**  
Resultados de la efectividad global según el tipo de constructo,  
modo de registro y tipo de instrumento de medida

Medida	SEGUIMIENTO				
	k	d <sub>ij</sub>	I. C. al 95%		Q <sub>w</sub>
			Li	Ls	
Global	6	0,64	0,37	0,90	25,61**
Entrevista	3	1,39	0,68	2,11	1,97
Autoinforme	4	1,00	0,55	1,46	9,63*
Información terceros	—	—	—	—	
Observación directa	—	—	—	—	
Ansiedad	5	0,30	-0,02	0,62	79,21**
Desadaptación	3	1,29	0,60	1,98	4,02
Habilidades sociales	4	0,78	0,40	1,15	33,80**
Autoestima	3	1,07	0,43	1,70	0,74
Problemas Padres/escuela	—	—	—	—	
ADIS-R	3	1,39	0,68	2,11	1,97
SADS	3	1,40	0,68	2,13	0,26
SPAI-C	4	0,81	0,38	1,23	6,38
PRCS	3	1,27	0,57	1,96	1,34

k: Número de estudios. d<sub>ij</sub>: Tamaño del efecto medio. I.C. al 95%: Intervalo de confianza al 95%. Li: límite inferior. Ls: Límite superior. Q<sub>w</sub>: Prueba de homogeneidad intra-grupo global.

En cuanto a otros constructos medidos, hemos podido observar cómo el tamaño del efecto es variable al igual que el número de estudios incluidos en cada categoría. Destaca la magnitud del efecto de las variables desadaptación y autoestima frente a ansiedad y problemas con los padres o en la escuela, siendo en algunas de estas variables (como podemos ver en las tablas 3 y 4) los resultados homogéneos y en otras heterogéneos.

Por último, atendiendo a los instrumentos de medida, el SPAI-C es el que menor tamaño alcanza frente al resto de instrumentos, siendo los resultados homogéneos en su mayor parte.

Siguiendo con el análisis global, observamos que los intervalos de confianza obtenidos para la medida global indican que, en general, los tratamientos son eficaces tanto en el postest como en el seguimiento. De igual modo, la prueba de homogeneidad resulta significativa por lo que se hace necesario explorar el influjo de las variables moderadoras de tal variabilidad entre los tamaños del efecto de los estudios. En el apéndice 1 se presentan los 24 estudios con los tamaños del efecto hallados en el postest y seguimiento y los tratamientos aplicados. Observamos que algunos de los tamaños del efecto son negativos, lo cual indica que los grupos de control tienen medias más altas que los grupos experimentales.

*Variables que influyen en los resultados*

Una vez comprobada la existencia de una clara efectividad general de las intervenciones, el paso siguiente consistió en analizar la eficacia diferencial de las diferentes técnicas de intervención, así como sus combinaciones. A partir de este punto centramos nuestra atención en la medida general. La Tabla 5 presenta los tamaños del efecto medios obtenidos para cada técnica y combinación de técnicas.

**Tabla 5**  
Tamaños del efecto en función de las técnicas de intervención

Técnicas	I. C. al 95%					
	k	$d_{+j}$	Li	Ls	$Q_{wj}$	p
EHS o modelado	9	0,54	0,17	0,91	13,13	0,11
Exposición + EHS + Técnicas Cognitivas	5	1,01	0,64	1,37	7,67	0,10
Operantes + Otras intervenciones	3	0,27	-0,34	0,88	0,05	0,97
Otros técnicas no conductuales	3	0,36	-0,39	1,12	11,68	0,00
Exposición + Técnicas Cognitivas	2	0,55	-1,07	2,17	0,78	0,38
Exposición + EHS	1	1,07	—	—	—	—
Operantes	1	1,23	—	—	—	—

*k*: número de estudios.  $d_{+j}$ : Tamaño del efecto medio. *Li* y *Ls*: Límites confidenciales inferior y superior en torno al índice  $d_{+j}$ .  $Q_{wj}$ : Prueba de homogeneidad intra-clase, que se distribuye según Chi-cuadrado con *k* - 1 grados de libertad. *p*: Nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba  $Q_{wj}$ .

Se realizó un análisis de varianza sobre las principales categorías de tratamiento psicológico (exposición, habilidades sociales, modelado, técnicas cognitivas —reestructuración cognitiva y resolución de problemas—, manejo de contingencias y otras técnicas no conductuales) y sus combinaciones. De este modo, pudimos comprobar la existencia de diferencias significativas entre los diferentes tamaños del efecto medios, aunque el modelo estaba mal especificado ya que la prueba de homogeneidad global intra-clase era significativa. Atendiendo a las categorías que incluyen más de un estudio, observamos que los mayores tamaños del efecto se alcanzaban al aplicar la combinación de exposición junto a habilidades sociales y técnicas cognitivas ( $d_{+j} = 1,01$ ), seguido de exposición junto a técnicas cognitivas ( $d_{+j} = 0,55$ ) y habilidades sociales o modelado ( $d_{+j} = 0,54$ ).

Pretendimos posteriormente analizar el tipo de técnica teniendo en cuenta el tipo de problema, timidez y fobia social, pero no fue posible realizar este análisis más minucioso debido a la falta de estudios en algunas de las categorías.

Además de las diferentes tipologías de los tratamientos analizadas en el epígrafe anterior, se aplicaron análisis de varianza y de regresión (por mínimos cuadrados ponderados) para determinar el papel que otras variables moderadoras, de las múltiples que codificamos, pudieran jugar en la heterogeneidad entre los tamaños del

efecto. Como resultados más interesantes y siguiendo con las variables relacionadas con la implementación de los programas, cabe destacar que la intensidad de la intervención presentó una relación positiva con la efectividad; por tanto, a más horas de tratamiento semanales, mejores resultados. Igual sucedió con la cantidad de horas de tratamiento, por lo que a mayor número de horas de tratamiento, mayores tamaños del efecto y duración del mismo, a más sesiones de tratamiento, mayor magnitud de los efectos. En cuanto al modo de entrenamiento, la intervención directa, que incluye sesiones individuales o combinación de sesiones grupales e individuales y tareas para casa, alcanza los mayores tamaños del efecto. En cuanto a las características de los terapeutas, mencionar que los mejores resultados fueron alcanzados por psicólogas.

Respecto de las características de los sujetos, nuestros resultados apuntan a una mayor efectividad de las intervenciones en mujeres frente a varones, de mayor edad, que cursan Secundaria y padecen fobia social generalizada.

**Tabla 6**  
Tamaños del efecto en función del tipo de problema

Tipo de problema	I. C. al 95%					
	k	$d_{+j}$	Li	Ls	$Q_{wj}$	p
Timidez	17	0,40	0,22	0,58	28,75	0,02
Fobia social	7	0,85	0,62	1,09	11,59	0,71

*k*: número de estudios.  $d_{+j}$ : Tamaño del efecto medio. *Li* y *Ls*: Límites confidenciales inferior y superior en torno al índice  $d_{+}$ .  $Q_{wj}$ : Prueba de homogeneidad intra-clase, que se distribuye según Chi-cuadrado con *k* - 1 grados de libertad. *p*: Nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba  $Q_{wj}$ .

En cuanto a las características metodológicas de los estudios, el tipo de diseño, clasificado en cuasiexperimental vs. experimental, influye en la magnitud de los efectos a favor de los primeros. La mortalidad experimental también afecta a los resultados en sentido positivo; es decir, a más mortalidad, mayor tamaño del efecto y, por último, la calidad del diseño afecta a los tamaños del efecto en sentido negativo como ya era de esperar por los datos presentados en investigaciones anteriores (Sánchez, Olivares y Rosa, 1998).

El resto de variables moderadoras no alcanzaron el criterio de significación estadística, incluyendo variables conceptualmente tan relevantes como la historia del problema, tratamiento previo, tipo de grupo de control, etc.

## Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos nos permiten llegar a varias conclusiones. En primer lugar, hemos constatado la eficacia en general del tratamiento psicológico de la fobia social y timidez, destacando los efectos obtenidos en relación con la remisión de la fobia social. Si atendemos a los constructos medidos, observamos que sobre-

sale la variable desadaptación y autoestima frente a ansiedad y habilidades sociales, aunque es preciso tener en cuenta que el número de estudios incluido en las distintas variables puede estar influyendo en estos resultados y, por tanto, será un resultado que habrá que seguir estudiando en trabajos futuros.

En segundo lugar, hemos observado cómo la entrevista es más sensible a los cambios que el resto de instrumentos de medida, quizás debido a que los investigadores miden con mayor detalle la mejora de los sujetos que los propios sujetos o que los familiares (informes de terceros).

En tercer lugar, hemos podido comprobar cómo la combinación de exposición junto a habilidades sociales y técnicas cognitivas alcanzaban los mejores resultados en el tratamiento de la ansiedad social, seguidos con gran diferencia de la exposición junto a técnicas cognitivas y habilidades sociales o modelado, siendo esta eficacia diferencial lo que explica en gran parte la heterogeneidad mostrada por los resultados de los estudios. También pretendimos realizar este análisis atendiendo al tipo de problema, pero no fue posible por la carencia de estudios en las distintas combinaciones. Otro tanto cabe indicar respecto de intervenciones en el modelo psicodinámico: la insuficiencia de los datos presentados en el único estudio hallado hizo imposible cualquier intento en este sentido. Por lo que respecta a las intervenciones diseñadas en el marco «no conductual», los resultados ponen de manifiesto que sus efectos son muy dispares (véase tabla 2); de hecho son los únicos en los que las diferencias halladas entre los resultados generados por los estudios marcan diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

En cuarto lugar, hemos de subrayar que nuestros resultados coinciden con los obtenidos en meta-análisis recientes como los de Barret (1998), Méndez, Sánchez y Moreno (2001) u Otto (1999) en cuanto a que resultan más eficaces las intervenciones intensas, con mayor número de horas y sesiones de tratamiento aplicadas en grupo. Este incremento de los beneficios podría ser explicado atendiendo al hecho de que las intervenciones grupales (e intensivas) constituyen en sí mismas una maximización de la exposición a los estímulos fóbicos, lo cual supone una potenciación del efecto de la propia intervención que incrementaría la habituación y, en consecuencia, la reducción de la ansiedad social del sujeto. Así mismo, hemos hallado que los programas que incluyen tareas para casa son los que más consolidan los cambios, fortaleciendo las mejoras adquiridas.

En quinto lugar, se ha de indicar que el resultado obtenido acerca de las características de los terapeutas, psicólogos mujeres, podría ser explicado atendiendo a que se trata de intervenciones con niños/adolescentes, por lo que tanto éstos últimos como aquéllas podrían sentirse más atraídos y cómodos por/en una situación de estas características que cuando el tratamiento es aplicado por varones.

En sexto lugar, hemos podido constatar una mayor eficacia de las intervenciones en chicas que en chicos adolescentes, que cursan estudios de Educación Secundaria y que padecen fobia social frente a sus pares que sufren timidez. Entre las variables que podrían participar en la explicación de este resultado, además del género, está el tipo de problema (fobia social vs. timidez) y la modalidad de tratamiento (Durlak, Fuhrman y Lampman, 1991; Dush, Hirt y Schroeder, 1989). Desafortunadamente no podemos profundizar en esta explicación porque no nos ha sido posible realizar

análisis pormenorizados en este sentido por falta de estudios y, por consiguiente, de datos para combinar las distintas variables.

En sétimo lugar, por lo que concierne a los aspectos metodológicos de los estudios, cabe destacar que los diseños cuasi-experimentales alcanzan mayores tamaños del efecto, lo cual se puede explicar porque éstos no sustraen de la estimación del tamaño del efecto la voluntariedad del reparto de los sujetos a los tratamientos. Así mismo, la mortalidad experimental también influye en los resultados en sentido positivo, a mayor mortalidad, mayores resultados, lo cual es coincidente con meta-análisis anteriores (véase Olivares, Rosa y Sánchez, 2000) y podría ser explicado por el hecho de que los sujetos poco motivados abandonen el tratamiento y, en consecuencia, sólo se mantengan los más motivados. Por todo ello, como era de esperar, la calidad metodológica del estudio afectó de forma negativa en los resultados debido a que los diseños de alta calidad controlan de forma más rigurosa las variables extrañas que pueden incrementar falsamente los tamaños de los efectos generados por los tratamientos.

En cuanto a las investigaciones futuras, sería interesante realizar estudios longitudinales para investigar el curso de una operacionalización rigurosa de la timidez tanto en la infancia como en la adolescencia.

Respecto de los tratamientos hay que indicar que, aunque existen varios tratamientos que se muestran eficaces para la timidez (así, el modelado simbólico) y la fobia social (v.gr., exposición más entrenamiento en habilidades sociales), consideramos que se sigue precisando de la réplica de éstos tanto por parte de los mismos equipos de investigación como de otros investigadores (Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, Christoph, Daiuto, DeRubeis, Detweiler, Haaga, Johnson, McCurry, Mueser, Pope, Sanderson, Shoham, Stickle, Williams, y Woody, 1998). Por otro lado, también parece preciso realizar un análisis de los componentes de las intervenciones a fin de verificar cuáles son los elementos relevantes en la terapia y cuáles las características de los sujetos (tipo de problema y edad) que pueden estar influyendo en ellos. Además, sería importante que los programas de tratamiento que han probado ser eficaces en diferentes poblaciones fueran traducidos y adaptados al contexto español a fin de que, por un lado, se aprovechen sus ventajas y, por otro, se pueda contribuir a su verificación mediante la replicación.

Siguiendo con las intervenciones, el uso de manuales o protocolos de tratamiento presentan ventajas que debieran ser tenidas en cuenta por los clínicos a la hora de llevar a cabo la intervención con los sujetos (sistematización, claridad y concreción para su aplicación, facilitación de su réplica, etc.), por ello las investigaciones deberían de estar descritas de forma operativa en formatos tales como los indicados y remitir al lector a una dirección en la que pudiera acceder a ellos, a fin de hacer posible su réplica. En relación específicamente a las intervenciones en fobia social sería interesante estudiar con mayor detenimiento los beneficios de incluir en tales protocolos componentes como la implicación de los padres y las sesiones de generalización con iguales en aquellos estudios con niños más pequeños tal como ha sido hecho por los grupos de investigación encabezados por Deborah Beidel (así Beidel *et al.*, 2000) o S. H. Spence (v. gr. Spence *et al.*, 2000).

También queda pendiente el estudio de las relaciones entre tratamiento psicológico y psicofarmacológico para los problemas objeto de este meta-análisis, pues no nos ha sido posible localizar estudios que combinaran tratamiento psicológico junto a farmacológico, ni siquiera en el caso de la fobia social, a fin de comprobar si este tipo de combinación es más adecuado que cada uno de ellos por separado.

En cuanto a los instrumentos de medida, es importante que los estudios futuros tengan en cuenta los tipos de instrumentos con los que medir los resultados de sus intervenciones, dado que como hemos podido constatar unos se muestran más sensibles a los cambios terapéuticos que otros. Así mismo, entendemos importante la tarea de ir adaptando instrumentos ya utilizados por otros investigadores, que midan los diferentes aspectos de estos problemas en población de habla española, porque de este modo podremos no sólo comparar los efectos de nuestras aplicaciones con las realizadas en otros lugares sino también hacer posible la comunicación de nuestros hallazgos y su réplica en otros contextos culturales. Por su puesto que es también una tarea pendiente, en un campo emergente como el que nos ocupa, el diseño y validación de nuevos instrumentos que puedan mejorar los parámetros psicométricos de los existentes.

## Referencias

- (Los estudios que aparecen precedidos con un asterisco fueron incluidos en el meta-análisis)
- Albano, A. M., Detweiler, M. F. y Logsdon-Conradsen, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions with socially phobic children. En S. W. Russ T. H. Ollendick (dirs.), *Handbook of Psychotherapies with Children and Families* (pp. 255-280). New York: Plenum.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (cuarta edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Axelrod, P. L., Cameron, M. S. y Solomon, J. C. (1944). An experimental in group therapy with shy adolescent girls. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 616-627.
- Barret, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C.A. y Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M. (1997). Social Effectiveness therapy for children. Paper presented at *The Annual Meeting of the Anxiety Disorder Association of America*, New Orleans, March.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 643-650.
- \*Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Bruch, M. A. y Cheek, J. M. (1995). Developmental factors in childhood and adolescent shyness. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 163-181). New York: Guilford.
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.

- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. L. (1998). Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chavira, D. A., Stein, M. B. y Malcarne, V. L. (2001). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia (*en prensa*).
- Clark, D. B. (1993, marzo). *Assessment of social anxiety in adolescent alcohol abusers*. Comunicación presentada en la Convención Anual de la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad. Charleston, USA.
- Clark, D. B. y Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233.
- Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, N. F., Skerlee, L. M. y Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14, 113-137.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª edición). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Compton, S. N., Nelson, A. H. y March, J. S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
- DeWitt, D. J., MacDonald, K. y Offord, D.R. (1999). Childhood stress and symptoms on drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime versión)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. y Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladaptive children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Dush, D. M., Hirt, M. L. y Schroeder, H. E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 106, 97-106.
- \*Edleson, J. L. y Rose, S. D. (1981). Investigations into the efficacy of short-term group social skills training for socially isolated children. *Child Behavior Therapy*, 3, 1-16.
- Erwin, P. G. (1993). *Friendship and peer relationships in children*. Chichester, England: Wiley.
- Erwin, P. G. (1994). Effectiveness of social skills training with children: A meta-analytic study. *Counselling Psychology Quarterly*, 4, 305-310.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, R. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 37, 831-843.
- French, D. C. (1990). Heterogeneity of peer rejected girls. *Child Development*, 61, 2028-2031.
- \* Furman, W., Rahe, D. F. y Hartup, W. W. (1979). Rehabilitation of socially withdrawn preschool children through mixed-age and same-age socialization. *Child Development*, 50, 915-922.
- \* 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.
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y auto-control en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia. A meta-analysis. *Clinical Psychology Science and practice*, 4, 291-306.

- Greco, L. A. y Morris, T. L. (2001). Treating Childhood Shyness and related behavior. Empirically Evaluated approaches to promote positive social interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 299-318.
- \*Harris, K. R. y Brown, R. D. (1982). Cognitive Behavior Modification and Informed Teacher treatments for shy children, *Journal of Experimental Education*, 50, 137-143.
- Hayward, C., Killen, J., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 37, 1308-1316.
- \*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 adolescent: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Hazen, A. L. y Stein, M. B. (1995). Clinical phenomenology and comorbidity. En M.B. Stein (dirs.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 3-41). Washington, DC: APA
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Henderson, L. (1997). Mean MMPI profile of referrals to a shyness clinic. *Psychological Reports*, 80, 695-702.
- Ingram, R. E., Ramel, W., Chavira, D. y Scher, C. (2001). Social anxiety and depresión En W. R. Crozier, L. E Alden (dirs.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 357-380). New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Jones, W. H., Briggs, S. R. y Smith, T. G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- \*Jupp, J. J. y Griffiths, M. D. (1990). Self-concept changes in shy, socially isolated adolescents following social skills training emphasising role-plays. *Australian Psychologist*, 25, 165-177.
- \*Keller, M. F. y Carlson, O. M. (1974). The use of symbolic modeling to promote social skills in preschool children with low levels of social responsiveness. *Child Development*, 45, 912-919.
- \*LaFreniere, P. J. y Capuano, F. (1997). Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization: Anxious-withdrawn preschoolers case. *Development and Psychopathology*, 9, 551-564.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. y Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 928-934.
- Lawrence, B. y Bennet, S. (1992). Shyness and education: The relationship between shyness, social class and personality variables in adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 62, 257-263.
- Lipsey, M.W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. En H. Cooper y L.V. Hedges (dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). Nueva York: Sage.
- Lowenstein, L. (1983). Treatment of extreme shyness by implosive, counselling, and conditioning approaches. *Association of Educational Psychologists*, 6, 64-69.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Oakman, J. M. y Farvolden, P. (1999). Serotonergic agents in the treatment of social phobia in children and adolescents. A case series. *Depression and Anxiety*, 10, 33-39.
- Marks, I. M. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 25-31.
- Méndez, F. X., Sánchez, J. y Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.

- Monjas, I. y Caballo, V. E. (2002). Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia. En V. E. Caballo, M. A. Simón (dirs.). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 271-297). Madrid: Pirámide.
- Morris, T. L. (2000). Social Phobia. In M. W. Vasey y M. R. Dadds (dirs), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 435-458). London: Oxford University Press.
- \*Morris, T. L., Messer, S. C. y Gross, A. M. (1995). Enhancement of the social interaction and status of neglected children: A peer-pairing approach. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 11-20.
- \*O'Connor, R. D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modelling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 15-22.
- \*O'Connor, R. D. (1972). Relative efficacy of modelling, shaping, and the combined procedures for modification of social withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 327-334.
- \*Oden, S. y Asher, S. R. (1977). Coaching children in social skills for friendship making. *Child Development*, 48, 495-506.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. (A new multicomponent treatment for adolescents with generalized social phobia: Results of a pilot study). *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. 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., Rosa, A. I. y Sánchez, J. (2000). Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de salud en España. *Anuario de Psicología*, 31, 43-61.
- Olson, S. L. y Rosenblum, K. (1998). Preschool antecedents of internalizing problems in children beginning school: The role of social maladaptation. *Early Education and Development*, 9, 117-129.
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe *N* for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8, 157-159.
- Otto, M.W. (1999). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Model, methods, and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 14-19.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. desensibilization psychotherapy*. Stanford, C.A.: Stanford University Press.
- Pilkonis, P. A. (1977). Shyness, public and private, and its relationship to other measures of social behavior. *Journal of Personality*, 45, 585-595.
- Rapee, R.M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 41-66). Nueva York: Guilford Press.
- Rosenberg, M. S., Adams, D. C. y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer.
- Rubin, K. H. y Asendorpf, J. B. (1993). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood: Conceptual and definitional issues. In K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (dirs.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 3-17). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, K. H. y Stewart, S. L. (1996). Social withdrawal in childhood: Conceptual and empirical perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 157-196.
- Sánchez, J., Olivares, J. y Rosa, A. I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: Meta-análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10, 535-549.
- Schatzberg, A. F., Samson, J. A., Rothschild, A. J., Bond, T. C. y Regier, D. A. (1998). McLean Hospital depression research facility: early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *British Journal of Psychiatry*, 173, 29-34.

- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- \*Spence, S. H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Spielberger, C. D. (1988). *STAIC: Manual para el inventario de ansiedad-rasgo en niños*. Madrid: TEA.
- Stein, M. B. (1999). Coming face-to-face with social phobia [editorial;comment]. *American Family Physician*, 60, 2244-2247.
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Hötler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C. y Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Stevenson-Hinde, J., y Glover, A. (1996). Shy girls and boys: A new look. *Journal of Psychological Psychiatry*, 37, 181-187.
- Strauss, C. C. y Last, C.G. (1993). Social and simple phobia in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 141-152.
- Trianes, M. V., Jiménez, M. y Muñoz, A. (1997). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- 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.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 497-505.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- \*Weinrott, M. R., Corson, J. A. y Wilchesky, M. (1979). Teacher-mediated treatment of social withdrawal. *Behavior Therapy*, 10, 281-294.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Zimbardo, P. G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.

**Apéndice 1**

Investigaciones analizadas sobre fobia social, timidez y características más relevantes.

Autor	Año	Problema	Tratamiento	d. post.	d. seg.
Beidel <i>et al.</i>	2000	Fobia social	1. Habilidades sociales o modelado vs. Atención placebo	1,28	—
Hayward <i>et al.</i>	2000	Fobia social	2. Exposición + EHS + Téc. Cognitivas vs. Control no tratado	0,71	0,68
Spence <i>et al.</i>	2000	Fobia social	3. Expos. + EHS + Téc. Cognit. vs. Control Lista de espera 4. Expos. + EHS + Téc. Cognit (Padres) vs. Control Lista de espera	0,51 0,58	— —
García-López <i>et al.</i>	2002	Fobia social	5. Exposición + EHS + Téc. Cognitivas vs. Control no tratado 6. Exposición + EHS vs. Control no tratado 7. Exposición + EHS + Téc. Cognitivas vs. Control no tratado	1,20 1,08 1,44	1,05 0,99 1,49
O'Connor	1969	Timidez	8. Operantes + Otras vs. Placebo psicológico	0,58	—
O'Connor	1972	Timidez	9. Modelado simbólico vs. Placebo psicológico 10. Moldeamiento vs. Placebo psicológico	1,33 1,23	— —
Keller y Carlson	1974	Timidez	11. Modelado simbólico vs. Placebo psicológico	1,03	0,61
Oden y Asher	1977	Timidez	12. Habilidades sociales vs. Placebo psicológico 13. Habilidades sociales emparejamiento vs. Placebo psicológico	0,21 -0,26	— —
Furman <i>et al.</i>	1979	Timidez	14. Habilidades sociales (par más joven) vs. control no tratado 15. Habilidades sociales (par misma edad) vs. control no tratado	0,13 0,07	— —
Weinrott <i>et al.</i>	1979	Timidez	16. Exposición + Técnicas cognitivas vs. Control no tratado	0,62	—
Edleson y Rose	1981	Timidez Timidez	17. Operantes + otras vs. Tratamiento discusión + Lista espera 18. Operantes + otras vs. Tratamiento discusión + Lista espera	0,23 0,28	— 0,17
Harris y Brown	1982	Timidez	19. Exposición + Técnicas cognitivas vs. control no tratado 20. Información profesores vs. control no tratado	0,38 -0,06	— —
Jupp y Griffiths	1990	Timidez	21. Habilidades sociales vs. Lista espera 22. Psicodrama vs. Lista espera	1,39 1,81	— —
Morris <i>et al.</i>	1995	Timidez	23. Habilidades sociales vs. control no tratado	0,50	—
Lafreniere y Capuano	1997	Timidez	24. Educativo vs. control no tratado	0,68	—