

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ESTADO ACTUAL, AVANCES RECIENTES Y LÍNEAS FUTURAS

Luis Joaquín García-López¹, José Antonio Piqueras²,
María del Mar Díaz-Castela¹ y Cándido J. Inglés²

¹ *Universidad de Granada*, ² *Universidad Miguel Hernández (España)*

Resumen

La revisión de la literatura actual revela un crecimiento significativo del número de estudios de investigación en el campo del trastorno de ansiedad social (TAS) en población infanto-juvenil. Sin embargo, aún hay diversas lagunas y debates sobre distintos aspectos de este trastorno. Este artículo tiene como objetivo describir la situación actual y las líneas futuras de investigación, con el fin de ampliar el conocimiento y la comprensión del TAS en niños y adolescentes. Para ello, se revisará la psicopatología y las explicaciones sobre la génesis del trastorno, a la vez que se discutirán los instrumentos de evaluación y los protocolos de tratamiento cognitivo-conductual basados en la evidencia empírica. A modo de conclusión, se presentan los retos/desafíos en este campo.

PALABRAS CLAVE: *adolescentes, ansiedad social, evaluación, niños, tratamiento.*

Abstract

The reviews of recent literature in the field reveal a significant growth in the number of research studies on social anxiety disorder (SAD) in children and adolescents. However, there is a lack of information and on-going debates on different issues related to this disorder. This paper presents a look ahead toward critical steps to extend our knowledge and improve the understanding of this disorder. In particular, this paper reviews the nature of social anxiety symptoms as well as etiological explanations for the disorder. Additionally, the issue of evidence-based assessment and treatment of SAD is discussed, with a particular focus on cognitive-behavioral interventions. We conclude with a discussion of future directions for the field.

KEY WORDS: *adolescents, assessment, children, social anxiety, treatment.*

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza por un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales, en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otras (APA, 2000). En la gama de situaciones sociales temidas se encuentran: debates en clase, ir a fiestas (p. ej., de cumpleaños), ir a discotecas o cafeterías, participar en actividades o equipos deportivos, usar baños públicos, hablar ante figuras de autoridad (p. ej., profesores) o asistir a encuentros sociales informales (Beidel, Turner y Morris, 1999; García-López, 2007a; Hofmann *et al.*, 1999). La exposición a estas situaciones suele generar respuestas psicofisiológicas de ansiedad, tales como sentir un nudo en la garganta, ruborizarse, palpitaciones, sensación de desmayo, temblores, dolores de estómago, dolores de cabeza y en ocasiones ataques de pánico (Beidel y Turner, 1998; Kearney, 2005). Otras manifestaciones que se han hallado particularmente en niños, por su etapa evolutiva, son el llanto, el tartamudeo o quedarse paralizado (Willettts y Creswell, 2007).

Esta variabilidad situacional y sintomatológica ha generado un gran interés por distinguir diferentes subtipos del TAS. En la actualidad existe cierto consenso sobre la existencia de dos subtipos de este trastorno: generalizado y no generalizado. El primero, incluido por primera vez en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª edición revisada (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-III-R; *American Psychiatric Association* [APA], 1987), fue definido como una fobia social que se produce ante "la mayoría de las situaciones sociales" (p. 291). El segundo, recibe el nombre de trastorno de ansiedad social "específica", "no-generalizada", "circunscrita" o "limitada" y equivale a un tipo de trastorno de ansiedad social menos generalizado, grave e incapacitante, si bien su denominación y características definitorias varían en función tanto del procedimiento como de la naturaleza de los criterios utilizados en los diferentes estudios. El estudio de la problemática planteada por la delimitación de los subtipos del TAS en población infantil y adolescente se halla en sus inicios, como lo refleja el número limitado de trabajos presentados al respecto, pese al interés en este apartado (Essau, Conradt y Petermann, 1999; García-López, 2007b; Hofmann *et al.*, 1999; Lieb *et al.*, 2000; Marmorstein, 2006; Piqueras, Olivares y López-Pina, 2008; Wittchen, Stein y Kessler, 1999). En general, existe un consenso relativo en cuanto a que el subtipo generalizado se asocia con una edad de inicio más temprana, mayor grado de deterioro asociado, mayor riesgo para desarrollar trastornos comórbidos, más probabilidad de historia psicopatológica de los padres y de fracaso escolar, inhibición conductual elevada en la infancia y mayor frecuencia entre las chicas (Furmark, 2002; Giaconia *et al.*, 1994; Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001; Olivares, Piqueras y Rosa, 2006; Piqueras *et al.*, 2008; Ruipérez *et al.*, 2002; Puklek, 2000; Stein, Torgrud y Walter, 2000; Wittchen *et al.*, 1999).

Sin embargo, en la actualidad no existe un consenso a la hora de determinar si existen diferencias cuantitativas o cualitativas entre los subtipos del TAS (García-López, 2007b). Un grupo de autores aboga por la existencia de un *continuum* entre los subtipos, sosteniendo que tan sólo existen diferencias a nivel cuantitativo. Por el

contrario, otros sostienen que los distintos subtipos constituyen trastornos diferentes en su génesis, que presentan diferencias en el pronóstico y requieren distintos tratamientos. En la última década, una variedad de estudios epidemiológicos realizados en su mayoría con muestras clínicas de población adulta, se han preocupado de abordar la problemática de la distinción entre los dos subtipos de ansiedad social (específica y generalizada). Sin embargo, los estudios realizados al respecto en población adolescente son muy escasos y los datos existentes no sólo carecen de claridad, sino que muchas veces son contradictorios. En esta línea, recientes estudios con población infantil y/o adolescente han tratado de aportar evidencias sobre estas cuestiones. En primer lugar, Marmorstein (2006) informó de que ambos subtipos mostraban una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, si bien al contrario de lo esperado era el subtipo específico el que mostraba una mayor tasa de asociación con trastornos depresivos y con trastornos exteriorizados del comportamiento. Olivares, Piqueras y Rosa (2006) informaron de una incidencia del subtipo generalizado mayor entre las chicas y de mayor malestar e impacto negativo del subtipo generalizado en el proceso de desarrollo individual y social de los adolescentes. Además defienden la conveniencia de seguir manteniendo la distinción entre TAS específico y TAS generalizado por su relevancia en el pronóstico del curso y el tratamiento. Finalmente, Piqueras *et al.* (2008) han presentado la validación de una nueva propuesta de delimitación y operacionalización de los subtipos de fobia social en una muestra adolescente. La estructura multidimensional emergente supone una aproximación integradora de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la definición de los subtipos de fobia social y resulta conceptualmente sencilla, empíricamente sostenible y clínicamente relevante. No obstante, esta cuestión requiere de más estudios en población infantil y adolescente para profundizar en el conocimiento de la utilidad/validez de dichas diferenciaciones.

Al margen de la cuestión de los subtipos, los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que el TAS es un trastorno psicológico altamente prevalente en población infantil y juvenil, llegando a ser considerado como uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante esta fase de la vida (Albano y Detweiler, 2001). Este trastorno sigue en porcentaje de prevalencia al trastorno de ansiedad generalizada, lo que lo sitúa como el segundo trastorno psicológico con mayor proporción de prevalencia en población infantil (Costello, Egger y Angold, 2004). Usando criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), las tasas de prevalencia a lo largo de la vida varían desde el 1,6% hasta el 7% en población adolescente (Essau *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 1999). Utilizando únicamente como instrumento de evaluación autoinformes (por tanto, sin diagnóstico clínico), en población comunitaria adolescente española se ha encontrado una incidencia del 8,2% (Olivares, 2005; p. 18), resultado muy próximo al hallado previamente por Inglés *et al.* (2001), también con autoinformes.

Los estudios epidemiológicos revelan que este trastorno de ansiedad tiene su inicio más frecuente en la adolescencia, concretamente entre los 12 y los 17 años (Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001; Dalrymple, Herbert y Gaudiano, 2007; Fehm, Beesdo, Jacobi y Fiedler, 2008; Faravelli, Zucchi, Vivani, Salmoria y Perone, 2000; Inglés *et al.*, 2001, 2008; Méndez, Inglés e Hidalgo, 2002; Olivares *et al.*,

2003), aunque se ha informado que niños de tan sólo ocho años ya cumplen criterios diagnósticos para este trastorno (Beidel *et al.*, 1999). A pesar de ser un trastorno de inicio temprano, éste presenta un curso crónico si no es tratado (García-Lopez, 2007a). Consecuentemente, el TAS puede provocar tanto una marcada reducción en diversos índices de calidad de vida, como una interferencia significativa en el funcionamiento social, escolar y laboral y en el desarrollo individual del niño y/o adolescente (Beidel *et al.*, 2001). Algunas de las consecuencias en el proceso de adaptación del niño/adolescente son graves; así, podemos destacar el bajo rendimiento académico y el abandono escolar (Amerigen, Manzini y Farvorden, 2003; Stein y Kean, 2000; Wittchen *et al.*, 1999), un menor apoyo social percibido, menos relaciones íntimas o niveles mayores de afectividad negativa y pesimismo social (cf., Kashdan y Herbert, 2001). Asimismo, la actitud negativa de los compañeros hacia una persona está asociada con la ansiedad social (Blöte, Kint y Westenberg, 2007; Storch y Masia-Warner, 2004) aunque Storch, Masia-Warner, Crisp y Klein (2005) mostraron que esta asociación desaparece a largo plazo (un año). Existen datos acerca del hecho de que no es una idea irracional sino un hecho el que los adolescentes con ansiedad social sean tratados negativamente por sus compañeros (Blöte y Westenberg, 2007).

Asimismo, es bien conocida la alta comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicológicos, tanto en adultos como en niños y adolescentes. En este sentido, algunos autores afirman que este es un trastorno en el que la comorbilidad varía entre el 69% y el 92%, siendo por tanto la regla general más que la excepción (Fehm, Pelissolo, Furmark y Wittchen, 2005). Entre ellos destacan los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y trastornos por abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias tóxicas (Beesdo *et al.*, 2007; Essau *et al.*, 1999; Faravelli *et al.*, 2000; Olivares, Rosa *et al.*, 2002; Stein *et al.*, 2001). Además, el análisis de la evolución de los cursos de estos trastornos muestra que la fobia social suele preceder al inicio de la depresión mayor y al de la dependencia y/o abuso de alcohol en la mayoría de casos (de Graaf *et al.*, 2003; Lépine y Pélissolo, 1998). Otros estudios también han informado de una comorbilidad del 30% de la fobia social con la ansiedad y el rechazo escolar (García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo y Redondo, 2008), con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (20%), bien como trastorno principal o secundario, entre otros (cf., Mancini *et al.*, 2005).

Recientemente, se ha ampliado y trasladado el foco de atención de dichos trastornos comórbidos, que son bastante bien conocidos, hacia otros trastornos para los cuales el grado y el tipo de asociación con el TAS no estaba tan claro en población infantil y adolescente (Rao *et al.*, 2007). A continuación revisamos brevemente algunos de ellos.

En primer lugar, el diagnóstico de TAS en la infancia y adolescencia puede confundirse ocasionalmente con las formas más leves de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), particularmente el denominado como autismo de alto funcionamiento y el trastorno de Asperger. Tanto el autismo como el Asperger se caracterizan por el deterioro en las relaciones sociales y por patrones repetitivos y estereotipados del comportamiento, de los intereses y de las actividades. Para cumplir criterios diagnósticos para el TAS infantil o adolescente, un niño/a debe

demostrar que tiene la capacidad para mantener relaciones sociales con gente conocida o familiar. Este factor puede ayudar a distinguir el TAS de los TGD, que implican una afectación más difusa y generalizada en el desarrollo social ya que los niños y adolescentes con TGD presentan niveles diversos de deterioro neuropsicológico en su capacidad para adquirir y mejorar sus habilidades sociales básicas, que van desde inhabilidad para mantener una conversación básica hasta otras más complejas y abstractas como descifrar la comunicación no verbal. Por tanto, aunque las personas con TAS y TGD presentan déficit en las habilidades sociales, la etiología y el potencial para responder a un tratamiento difieren considerablemente. Aunque los niños con TGD se han podido beneficiar del entrenamiento en habilidades sociales en cierto grado, solamente se ha obtenido un grado limitado de mejora (Sze y Wood (2007). Por el contrario, los sujetos con TAS suelen tener la capacidad necesaria de procesamiento de la información cognitiva para aprender y mejorar sus habilidades sociales, si bien estas habilidades se ven reducidas debido a la ansiedad (Albano y Hayward, 2004).

En segundo lugar, según Ferdinand *et al.* (2006) muchos ensayos clínicos centrados en los trastornos de ansiedad infantiles han incluido tanto niños con ansiedad por separación como con fobia social (entre otros trastornos de ansiedad) y lo que es aún peor, han sido considerados como un grupo homogéneo siendo trastornos diferentes. Sin embargo, según estos autores aunque existe una diferenciación clara entre ambos constructos, ésta no es tan evidente en población general infantil y adolescente y en población clínica adolescente. Por tanto, estos autores argumentan que las investigaciones interesadas en la etiología y en los resultados de tratamiento deberían centrarse de forma específica en un trastorno u otro, independientemente de que se siga investigando también una dimensión de ansiedad más amplia que pudiera explicar los solapamientos entre estos dos trastornos de ansiedad.

Por último, otro trastorno frecuentemente asociado con el TAS es el mutismo selectivo, el cual es un trastorno de la niñez caracterizado por un rechazo persistente a hablar en unas o más situaciones sociales relevantes, a pesar de tener la capacidad de hablar y de comprender el lenguaje hablado. Algunos autores mantienen que es una variante extrema del TAS, donde el miedo y el pánico intensos pueden conducir a la inhabilidad de hablar en ciertos acontecimientos sociales, o una condición comórbida. Aunque parece existir una relación obvia entre el TAS y el mutismo selectivo, la naturaleza exacta de esta relación parece confusa. En este sentido, Yeganeh *et al.* (2003) trataron de analizar esta relación, encontrando que los niños con mutismo selectivo presentaban niveles más altos de malestar social en medidas puntuadas por observadores y clínicos, mientras no era así en autoinformes. En consecuencia, la alta comorbilidad que presenta el TAS con el mutismo selectivo ha hecho plantearse a algunos investigadores incluso la pertinencia de diferenciar entre trastornos en estas edades, sugiriendo que la mayoría de trastornos psicológicos infantiles son simplemente manifestaciones diversas de la misma diátesis subyacente (Angold *et al.*, 1999). De este modo, parece necesario llevar a cabo estudios longitudinales que permitan un seguimiento de los niños hasta la edad adulta para proporcionar una comprensión mejor de cómo estos patrones de comorbilidad se desarrollan y cambian a lo largo del tiempo (Mancini *et al.*, 2005).

Por tanto, la relación temporal entre la fobia social y otros trastornos de ansiedad aún necesita ser clarificada.

En cuanto a la variable sexo, la mayoría de investigadores coinciden en señalar que existen diferencias para este trastorno ya que éste es más frecuente entre las mujeres (Faravelli *et al.*, 2000; Inglés *et al.*, 2001, 2008; Wittchen *et al.*, 1999). A ello se suma el dato de que en muestras de pacientes con TAS no existen diferencias o incluso, en ocasiones, las tasas en los varones resultan más altas (Fehm *et al.*, 2005). En un intento de aclarar esta situación, García-López, Inglés y García-Fernández (2008) han publicado los datos de un estudio sobre el tamaño de estas diferencias en función del sexo y la edad. Los resultados revelan que tanto los chicos como las chicas presentan la misma naturaleza de miedos sociales, difiriendo únicamente en la frecuencia de estos. Al igual que Poulton *et al.* (1997), estos autores observan un descenso en los niveles de ansiedad social de la adolescencia temprana a la tardía. Por el contrario, Westenberg, Drenes, Goedhart, Siebelink y Treffers (2004) apuntan que es en la adolescencia cuando se produce una mayor madurez cognitiva y se produce un incremento en los miedos a la evaluación social. También el factor edad ha sido analizado por Bokhorst, Westenberg, Oosterlaan y Heyne (2008), quienes han hallado que los miedos sociales existen a nivel general hasta los nueve años y a partir de los 10 años se diferencian y toman cuerpo como trastorno de ansiedad social. Ello podría explicar los resultados de Poulton *et al.*, (1997) y García-López *et al.* (2008), en el sentido de que sólo a partir de la adolescencia se delimita el constructo de ansiedad social.

En cuanto a las variables implicadas en inicio, desarrollo y mantenimiento del trastorno únicamente mencionar que se han identificado numerosos factores de riesgo, si bien, hasta el momento solamente pueden ser considerados buenos heurísticos ya que todavía resta mucho para llegar a disponer de modelos etiológicos probados empíricamente. Entre las que han sido examinadas podemos destacar la actitud y patrones de conducta de los padres acerca de sus hijos, influencia de los iguales, variables de personalidad, variables temperamentales como la inhibición conductual, timidez y habilidades sociales. Aún a riesgo de resultar reduccionistas, todas ellas pueden agruparse en dos tipos de variables, las relacionadas con la vulnerabilidad genética y las que se asocian al efecto de las experiencias ambientales en el aprendizaje y el comportamiento del niño. Pese a que todas estas variables parecen poder jugar un papel en la génesis, desarrollo y mantenimiento del TAS, a día de hoy se desconoce el "grado de varianza" que pueden explicar cada una de ellas, por lo que resulta necesario seguir investigando a fin de poder llegar a determinar el peso de cada uno de estos factores en el contexto de un modelo explicativo de vulnerabilidad, inicio, desarrollo y mantenimiento de este trastorno de la conducta y la personalidad.

En este sentido hay algunos ejemplos recientes de aproximaciones al estudio de esta cuestión en niños y adolescentes. Así, Elizabeth *et al.* (2006) y Kendler, Karkowski y Prescott (1999) concluyen que las influencias genéticas, la inhibición conductual y las interacciones padres-hijos juegan un papel interactivo y significativo en el desarrollo y mantenimiento del TAS, mientras que el peso de las relaciones con los iguales, del déficit de habilidades sociales y de las experiencias traumáticas

es desconocido todavía. Otro estudio reciente ha tratado de analizar el papel de determinados genes implicados en la codificación de componentes de las vías serotoninérgicas y dopaminérgicas, que han sido relacionados con determinados rasgos de personalidad, en el desarrollo del TAS (Lochner *et al.*, 2007). Paralelamente, García-López, Espinosa-Fernández y Muela (2007a) han resaltado el papel de la emoción expresada de los padres en la eficacia del tratamiento de la fobia social en población adolescente. Finalmente y además del trabajo de Biederman *et al.* (2001), un estudio centrado en factores de inicio y desarrollo del trastorno ha concluido que la inhibición conductual es el único predictor consistente de la gravedad actual del TAS (Dalrymple *et al.*, 2007).

Evaluación

Los principales instrumentos de evaluación que han mostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas en población infantil y adolescente, son los siguientes (ordenados por orden cronológico):

1) El "Cuestionario de confianza para hablar en público" (*Personal Report of Confidence as a Speaker*, PRCS; Paul, 1966). Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) propusieron una estructura de un solo factor denominado, *Confianza para hablar en público*, conceptualizado como un continuo con un polo positivo, *Seguridad para hablar en público* y un polo negativo, *Miedo a hablar en público*. Posteriormente, Méndez, Inglés e Hidalgo (2004) analizaron las propiedades psicométricas de la versión abreviada del PRCS (PRCS-12), encontrando dos factores; *Seguridad para Hablar en Público* y *Miedo a Hablar en Público*. Según Méndez *et al.* (2004), este resultado sugiere que la *Confianza para hablar en público*, más que un continuo con dos polos opuestos, es un constructo definido por dos dimensiones diferentes. El PRCS también se ha mostrado sensible a los cambios pretest-postest-seguimiento en dos estudios sobre la eficacia de varias modalidades de tratamiento para adolescentes con fobia social (García-López, Olivares, Turner, Beidel, Albano y Sánchez-Meca, 2002; Olivares, García-López, Beidel, Turner, Albano e Hidalgo, 2002).

2) La "Escala de miedo a la evaluación negativa" (*Fear of Negative Evaluation Scale*, FNE; Watson y Friend, 1969) y la "Escala de evitación y malestar social" (*Social Avoidance and Distress Scale*, SAD; Watson y Friend, 1969). La FNE fue diseñada para medir el miedo a la evaluación negativa. Esta escala contiene 30 ítems con un formato de respuesta verdadero-falso. El FNE pretende evaluar el componente cognitivo y la SAD registra las respuestas de ansiedad y evitación. Esta última consta de 28 ítems con el mismo formato de respuesta que la FNE. La FNE ha mostrado ser útil como instrumento de medida para evaluar el cambio terapéutico en estudios de lengua inglesa y española (para una revisión véase García-López, Olivares y Vera-Villaroel, 2003 o Zubeidat *et al.*, 2006), tan sólo un estudio ha probado su validez y fiabilidad en población adolescente (García-López, Olivares, Hidalgo *et al.*, 2001). Un trabajo posterior reveló que estas escalas no han probado ser más específicas que las subescalas FNE y SAD del SAS-A (Olivares, García-López *et al.*, 2004). Algunos autores recomiendan que se utilice

ya que una disminución al miedo a la evaluación negativa parece estar asociada con una mejora clínicamente significativa (Bados, 2001), aunque del trabajo de Olivares, García-López *et al.* (2004) se recoge la mayor utilidad de la subescala FNE del SAS-A (véase a continuación).

3) El "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). En cuanto al SPAI, se considera el auto-informe de elección en el campo del TAS. Consta de 45 ítems, con una escala Likert de 7 puntos. Se divide en dos subescalas: *Fobia social* y *Agorafobia*, aunque proporciona tres puntuaciones. La tercera, es la puntuación diferencia, que se obtiene al restar la puntuación de las dos primeras subescalas. El SPAI ha mostrado ser una medida fiable y válida en población adolescente estadounidense y española (Clark *et al.*, 1994; García-López *et al.*, 2001; Olivares *et al.*, 2004). Se han proporcionado datos en nuestro país que señalan la mayor utilidad de la subescala de fobia social frente a la puntuación de diferencia para discriminar sujetos con TAS y para la sensibilidad al cambio terapéutico (García-López *et al.*, 2006; Olivares, García-López, Hidalgo *et al.*, 2002).

4) La "Escala de ansiedad social para niños-revisada" (*Social Anxiety Scale for Children-Revised*, SASC-R; La Greca y Stone, 1993). La SASC-R fue diseñada para niños entre los siete y 12 años. Los ítems se contestan con base en una escala tipo Likert de cinco puntos. Tanto la SASC-R como la SAS-A están constituidos por 22 ítems, pero del total sólo se tienen en cuenta 18 ítems. La primera subescala es la de Miedo a la evaluación negativa (8 ítems), la segunda se denomina Ansiedad y evitación social ante situaciones nuevas o iguales desconocidos (6 ítems) y la subescala de Ansiedad y evitación social ante gente en general (4 ítems). Se han realizado estudios (Kristensen y Torgersen, 2006; Reijntjes, Dekovic y Telch, 2007), que muestran las buenas propiedades psicométricas de la escala en población infantil.

5) El "Inventario de ansiedad y fobia social para niños" (*Social Phobia Anxiety Inventory for Children*, SPAI-C; Beidel, Turner y Morris, 1995). El SPAI-C es un instrumento de evaluación para menores de entre ocho y 13 años compuesto por 26 ítems a los que se responde mediante una escala Likert de tres puntos. Se han obtenido buenas propiedades psicométricas en población estadounidense, brasileña y noruega (Aune, Stiles y Svarva, 2008; Beidel *et al.*, 2000; Gauer *et al.*, 2005; Inderbitzen-Nolan, Davies y McKeon, 2004; Storch *et al.*, 2004) pero en población española a día de hoy no se han publicado trabajos sobre su validez.

6) La "Escala de ansiedad social para adolescentes" (*Social Anxiety Scale for Adolescents*, SAS-A; La Greca y López, 1998). El SAS-A es aplicable a adolescentes de 13 a 18 años. El formato en las dos escalas es igual, salvo por algunos cambios en el vocabulario. En población comunitaria adolescente española y china se han comprobado las propiedades psicométricas de la SAS-A (Zhou, Xu, Inglés, Hidalgo y La Greca, 2008). Además, el uso conjunto del SAS-A (y SPAI) ha servido como herramienta de criba para adolescentes con TAS en muestras comunitarias (Bailey, Chavira, Stein y Stein, 2006; Storch *et al.*, 2004). Actualmente y gracias a la disponibilidad del SPAI-B (véase más abajo), se dispone de datos que avalan que la administración del SAS-A y SPAI-B permite menor tiempo y presenta los mejores valores

de especificidad, sensibilidad, falsos positivos y negativos (García-López, Hidalgo y Bermejo, en preparación).

7) La "Escala para la detección de la ansiedad social" (EDAS; Olivares y García-López, 1998). Se trata de una escala breve (10 ítems); dos de los ítems son dicotómicos y evalúan el criterio A del TAS, mientras que los otros ocho ítems miden el miedo, evitación e interferencia en situaciones tanto de interacción como de actuación. Todos son valorados con una escala Likert de cinco puntos. La EDAS está formada por tres subescalas. Esta escala ha mostrado poseer buenas propiedades psicométricas en población chilena y española (Olivares, García-López y Piqueras, 2005; Olivares, Piqueras y Sánchez-García, 2004; Vera-Villaruel *et al.*, 2006).

8) La "Escala de fobia social" y la "Escala de ansiedad en interacción social" (*the Social Phobia Scale*, SPS y *the Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS; Mattick y Clarke, 1998). Tanto la SPS como la SIAS contienen 20 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de cinco puntos. La SIAS tiene el objetivo de evaluar las respuestas de ansiedad del sujeto ante las interacciones sociales y la SPS mide la ansiedad al escrutinio o a la observación de los demás. En población adolescente, Rivero (2005) ha demostrado que ambos instrumentos poseen buenas propiedades psicométricas. Respecto a la diferenciación de las escalas establecida por los autores en su función, este autor y Zubeidat *et al.* (2007) han comprobado la validez de esta clasificación.

9) El "Cuestionario de autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público" (*Self-Statements during Public Speaking* (SSPS; Hofmann y DiBartolo, 2000). El SSPS es un cuestionario de 10 ítems, originalmente diseñado para población adulta, que se distribuye en dos subescalas: la primera, de 5 ítems, denominada "autoverbalizaciones positivas" (SSPS-P) y una segunda, también de 5 ítems, "autoverbalizaciones negativas" (SSPS-N). La escala ha sido validada en población adolescente española por Rivero, Hofmann y García-López (2008), siendo la segunda subescala (SSPS-N) la única sensible a los efectos del tratamiento psicológico y con una adecuada validez discriminante.

10) La "Escala de ansiedad social para adolescentes" (*Social Anxiety Scale for Adolescents*, SASA; Puklek, 2000). La SASA consta de 28 ítems que se distribuyen en dos subescalas: a) aprensión y miedo a la evaluación negativa y, b) tensión e inhibición en situaciones sociales. La escala sigue un formato Likert con un rango de 1-5 puntos. Actualmente está en preparación un artículo sobre la validación de esta escala en nuestro país por García-López, Inglés, García-Fernández y Puklek.

11) El "Inventario de fobia social" (*Social Phobia Inventory*, SPIN; Connor *et al.*, 2000). El SPIN consta de 17 ítems con un formato Likert de cinco puntos, que miden respuestas de ansiedad ante situaciones sociales, respuestas de evitación y respuestas psicofisiológicas. Ha sido validada en población adolescente brasileña, española, finlandesa, canadiense y alemana (Vilete, Coutinho, Figueira, 2004; García-López, Bermejo e Hidalgo, en preparación; Ranta *et al.*, 2007a,b; Susic, Gieler y Stangier, 2008, respectivamente).

12) La "Escala de ansiedad social de Liebowitz para niños y adolescentes" (*The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents*, LSAS-CA; Masia-Warner, Klein y Liebowitz, 2002). La LSAS-CA consta de 24 ítems, relativos a situa-

ciones de actuación social e interacción social. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de cuatro puntos. Masia-Warner, Storch *et al.* (2003) y Storch *et al.* (2006) han proporcionado datos en población adolescente acerca de sus propiedades psicométricas. En población española, Olivares, Sánchez, Rosa y Piqueras (2004) mostraron buenas propiedades psicométricas de esta escala, empleada como auto-informe. No obstante, se desconoce en lengua española las propiedades de este instrumento en su formato original (entrevista en formato de escala). Cabe mencionar que Sierra, Zubeidat y Salinas (en prensa) han publicado los resultados de la validez y fiabilidad de la versión adulta (LSAS) en población adolescente española, argumentando que se realizó antes de estar disponible la versión para niños y adolescentes.

13) El "Inventario de fobia social" (SoPhI; Moore y Gee, 2003). Consiste en 21 ítems que evalúan el constructo de ansiedad social de acuerdo con el DSM-IV. Adicionalmente, incluye un ítem en el que se pregunta al sujeto si ha experimentado los problemas anteriormente preguntados durante al menos 6 meses. Un estudio en población adolescente española ha demostrado la validez y fiabilidad de esta escala (Bermejo, García-López e Hidalgo, en preparación).

14) La "Escala de ansiedad y evitación de situaciones sociales para adolescentes" (EAESSA; Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador y Alegre, 2004). La escala consta de 34 ítems, los cuales, se responden con una escala tipo Likert de cinco puntos. Está dividida en dos subescalas, una de evitación y otra de ansiedad. Los autores de la escala informaron de las buenas propiedades obtenidas en un estudio con población adolescente portuguesa, donde el objetivo era validar esta escala. Actualmente se está estudiando las propiedades psicométricas de esta escala en población española.

15) El "Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia" (CEDIA; Inglés, 2003; Inglés, Hidalgo y Méndez, 2005). El CEDIA es un cuestionario aplicable a adolescentes entre 12 y 18 años. Está compuesto por 36 ítems que son valorados mediante una escala de cinco puntos. Se encontraron cinco factores, aislados previamente por Inglés (2000): *Asertividad, Relaciones heterosexuales, Hablar en público, Relaciones familiares y Amigos íntimos*. El CEDIA ofrece la posibilidad de obtener una puntuación para cada subescala y una puntuación total. A mayor puntuación, mayor dificultad interpersonal o malestar social. Las propiedades psicométricas del CEDIA han sido analizadas en distintas muestras de adolescentes españoles (Inglés, Hidalgo y Méndez, 2005; Inglés, Méndez e Hidalgo, 2000; Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001; Inglés, Méndez, Hidalgo y Spence, 2003; Méndez, Inglés e Hidalgo, 2002, 2004). Además, desde su construcción, el CEDIA ha sido traducido en varios países incluyendo China (Inglés, Marzo, Hidalgo, Zhou y García-Fernández, 2008) y Eslovenia (Inglés *et al.*, en prensa).

16) El "Inventario breve de ansiedad y fobia social" (SPAI-B). Ante la limitación del elevado número de ítems del SPAI, García-López, Beidel, Hidalgo, Olivares y Turner (2008) han diseñado este instrumento, complementario al inventario original. Esta medida consta de 16 ítems, mediante una escala de respuesta de cinco puntos. Este inventario ha mostrado buenas propiedades psicométricas en población adolescente española. El objetivo principal es permitir al evaluador disponer de

un instrumento breve en su administración pero con similares propiedades psicométricas al original.

Además de la descripción de estas escalas, otros instrumentos de evaluación han mostrado su utilidad para evaluar ansiedad social en población infanto-juvenil.

En primer lugar, la entrevista "gold-standard" es la "Entrevista de los trastornos de ansiedad para niños y padres" (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents*, ADIS-C/P; Silverman y Albano, 1996), que ha demostrado poseer buenas propiedades psicométricas en población anglosajona (Puliafico, Comer y Kendall, 2007; Rao *et al.*, 2007; Silverman, Saavedra y Piña, 2001; Wood, Piacentini, Bergman, McCrackne y Barrios, 2002) y se sugiere su utilidad en población española en Olivares (2004). Otra entrevista de evaluación es la "Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia para niños y a lo largo de la vida" (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version*, K-SADS-PL; Kaufman *et al.*, 1997). Esta entrevista diagnóstica semiestructurada fue diseñada para medir episodios actuales y pasados de 33 trastornos mentales, de acuerdo con el DSM-IV.

Existen otras entrevistas diagnósticas que han demostrado su fiabilidad para el DSM-IV como son la "Entrevista diagnóstica para niños del Instituto Nacional de Salud Mental" (*Diagnostic Interview Schedule for Children, version IV*, DISC-IV; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000). La DISC-IV es una entrevista estructurada, en la cual, no se requiere el juicio del clínico. Consiste en una serie de preguntas cerradas y está diseñada para evaluar alrededor de unos 30 trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Tiene dos versiones una para padres y otra para niños o adolescentes, además, la peculiaridad de esta entrevista es que se basa en tres momentos temporales del evaluado (las últimas cuatro semanas, el pasado año y a lo largo de la vida). Se ha mostrado su fiabilidad para población hispana (Bravo *et al.*, 2005; Silverman, Saavedra y Pina, 2001). También está disponible la "Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes" (EDNA, *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*; Herjanic, Herjanic, Brown y Wheatt, 1975; Reich, Herjanic, Welner y Gandhi, 1982), que es una entrevista diagnóstica que sigue los criterios de las clasificaciones DSM. Existen tres versiones de la EDNA: EDNA-C, para niños de ocho a 12 años; EDNA-A, para adolescentes de 13 a 17 años y EDNA-P, para los padres. Sala, Granero y Ezpeleta (2006) han demostrado las propiedades psicométricas en población española.

Existe otro instrumento de evaluación para realizar diagnósticos, la "Entrevista diagnóstica internacional compuesta" (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI; Robins *et al.*, 1988) es una entrevista estructurada que se guía por los criterios diagnósticos de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10), aunque también se pueden hacer diagnósticos según el DSM-IV, esta entrevista permite la evaluación de 13 trastornos psicológicos.

Tratamientos

Tratamiento psicológico

Las principales técnicas de los tratamientos multicomponentes cognitivo-conductuales son la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y la técnicas cognitivas. Principalmente la controversia ha versado acerca de la necesidad del EHS en protocolos multicomponentes de tratamiento, que se basa en la polémica acerca de la presencia de déficits de habilidades sociales en población infanto-juvenil con ansiedad social como sugieren los trabajos de Beidel y Turner, aunque en contra se encuentran los estudios de Cartwright-Hatton, Tschernitz y Gomersall (2005) por ejemplo; el debate sigue abierto (v.gr., Antony y Rowa, 2008). En cuanto a las técnicas cognitivas, tampoco hay un acuerdo. Algunos autores apoyan que aumenta la eficacia de la exposición (Gould *et al.*, 1997 y García-López *et al.*, 2006) mientras que otros opinan que no contribuye a la mejora del TAS (Alfano *et al.*, 2002; Beidel, Turner y Young, 2006).

Respecto a los tratamientos multicomponentes, en primer lugar, cabe resaltar la labor de la Dra. Sue Spence, pues sus investigaciones han servido como fuente de inspiración para los tratamientos de la fobia social que se desarrollan en el contexto escolar. Comenzando con esta mención, a continuación se describen los principales programas de tratamiento multicomponente para la fobia social.

1) Terapia de grupo cognitivo-conductual para adolescentes (*Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents, CBGT-A*); Albano *et al.*, 1991; Albano y DiBartolo, 2007). Este programa de tratamiento está basado en el CBGT para adultos de Heimberg (Heimberg y Becker, 2002). El CBGT-A incluye la técnica de exposición graduada dentro de las sesiones de tratamiento y además se planifican ejercicios de autoexposición en las tareas para casa. Recientemente se ha publicado el manual de tratamiento, junto con otras aportaciones (Albano y DiBartolo, 2007). Este manual pertenece a una serie de libros sobre tratamientos efectivos invitados por *Oxford University Press*, titulados "Treatments that work".

El CBGT-A incluye 16 sesiones de tratamiento, las cuales se desarrollan durante un periodo de 14 semanas. Todas las sesiones tienen una duración de 90 minutos y se llevan a cabo en formato grupal. Las cuatro primeras sesiones se realizan dos veces a la semana y las doce restantes con una periodicidad semanal. El CBGT-A está compuesto por las siguientes técnicas: educativa, reestructuración cognitiva, EHS, exposición, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.

En cuanto a la bondad del tratamiento, Albano *et al.*, (1995) presentaron datos sobre la eficacia de este tratamiento en un estudio piloto sin grupo control, mientras Hayward *et al.* (2000) publicaron datos que comparan dicho tratamiento con un grupo control no tratado. En este último trabajo, la intervención resultó más eficaz que el no tratamiento a corto plazo, aunque los síntomas residuales fueron considerables. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento al año, pero ya no se constataron diferencias entre los grupos. En otra lengua y cultura se ha probado su

eficacia a corto plazo y largo plazo, tanto a nivel estadístico como clínico (García-López *et al.*, 2002; Olivares, García-López, Beidel *et al.*, 2002) e incluso en un seguimiento a los cinco años (García-López *et al.*, 2006), aunque el tratamiento con resultados más pobres pareció ser el CBGT-A. Como recogen Albano y DiBartolo (2007), "el CBGT-A ha sido llevado a cabo en otras culturas y en un contexto escolar, no clínico. En España, Luis Joaquín García-López y sus colegas compararon el CBT-A, el SET-Asv, el IAFS y un grupo control, lo que ofrece una promesa para la aplicación del protocolo en contextos escolares y transculturales" (p. 13).

2) Programa de terapia cognitivo conductual (CBT; Spence, 1995; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000). Es un programa de intervención cognitivo-conductual compuesto por 12 sesiones, realizadas una por semana durante 12 semanas, seguidas por dos sesiones de recuerdo, una al tercer mes y otra al sexto mes de la finalización del tratamiento.

Cada sesión de tratamiento tiene una hora de duración, seguido por media hora en la cual el niño o adolescente puede practicar sus habilidades sociales aprendidas en la sesión de entrenamiento en un entorno social real y seguro, donde terapeuta y coterapeuta proporcionan apoyo y refuerzo. Para finalizar, se realizan de cinco a 10 minutos de ejercicios de relajación mediante entrenamiento relajación muscular e imaginación.

Los componentes del programa son entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas combinado con exposición graduada y reestructuración cognitiva. Tras la finalización de cada sesión son proporcionadas tareas para casa, en las que el niño o adolescente se expone gradualmente a diferentes desafíos sociales fuera del entorno grupal empleando la habilidad aprendida en la sesión.

Por último, el programa permite la participación de los padres a través de un entrenamiento focalizado en reforzar la práctica de habilidades aprendidas y no reforzar o ignorar las conductas socialmente ansiosas o de evitación de sus hijos.

El programa ha probado su eficacia a corto plazo para niños de siete a 14 años con fobia social, en la finalización del tratamiento y después de 12 meses (Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000) y en el tratamiento de trastornos ansiosos en la infancia (Barrett, 1998).

3) Terapia de eficacia social para adolescentes, versión española (*Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version*, SET-Asv; Olivares *et al.*, 1998; García-López, 2007c). El programa incluye tanto sesiones individuales como en grupo. Consta de 29 sesiones que se desarrollan a lo largo de 17 semanas, 24 de ellas se realizan en 12 semanas, puesto que cada semana los pacientes tienen una sesión individual (enfocado en la exposición) y otra sesión grupal (destinada al entrenamiento en habilidades sociales). Las últimas cuatro sesiones, denominadas "Práctica programada", son individuales. Los componentes relativos a la fase educativa, de EHS y exposición se entrenan durante las trece primeras sesiones de tratamiento. Además, el sujeto tiene una sesión más de ayuda en la que se realiza prevención de recaídas. El formato estándar de las sesiones en grupo es: a) breve resumen de los contenidos de la sesión anterior, b) desarrollo del tema del día y, c) tareas para casa. El formato estándar de las sesiones individuales es: a) revisión de las tareas para casa y b) exposición en vivo. El último componente, la Práctica pro-

gramada se comienza una vez que han finalizado las sesiones de EHS y Exposición en vivo. Su objetivo es maximizar la generalización y consolidación de los beneficios del tratamiento en el medio natural del sujeto.

Respecto a la bondad del tratamiento, se ha probado su eficacia a corto plazo y largo plazo (García-López *et al.*, 2002; Olivares, García-López, Beidel *et al.*, 2002) e incluso en un seguimiento a los cinco años (García-López *et al.*, 2006).

4) Terapia de eficacia social para niños y adolescentes (*Social Effectiveness Therapy for Children and Adolescents* (SET-C; Beidel, Turner y Morris, 2003). A diferencia del CBGT-A y IAFS, este tratamiento es puramente conductual, combinando entrenamiento en habilidades sociales, exposición, un programa de generalización por pares. Se desarrolla en sesiones individuales semanalmente (en donde cada niño/a trabaja su jerarquía de exposición) y en sesiones grupales semanales, en donde se trabaja el EHS y al final de la sesión, se empieza el programa de generalización por pares. Por tanto, durante 12 semanas se realizan 24 sesiones (una individual y otra grupal), a lo que se suma una sesión inicial psicoeducativa dirigida tanto a los padres como a los hijos. Por tanto, se trata de 25 sesiones a desarrollar en 13 semanas.

Este programa multicomponente fue desarrollado para niños de entre ocho y 12 años y ha mostrado su eficacia en diversos estudios. Así, Beidel, Turner y Morris (2000) han mostrado su eficacia en comparación con un tratamiento no específico; e incluso a largo plazo (cinco años) se ha constatado el mantenimiento de estos beneficios (Beidel, Turner y Young, 2006). Recientemente, Beidel *et al.* (2007) han informado de los resultados de un estudio que comparaba SET-C, un placebo farmacológico (una pastilla de azúcar) y tratamiento psicofarmacológico (fluoxetina). Los resultados han probado que los niños que recibieron el SET-C se beneficiaban al menos dos veces más del tratamiento que los que recibieron fluoxetina (79% vs. 36%) y aún más que los que recibieron el placebo psicofarmacológico (6%). Estos beneficios se mantuvieron al año. Por último, nos gustaría citar el estudio piloto llevado a cabo por Baer y Garland (2005), quien ha simplificado el SET-C para poder ser llevado a cabo en contextos escolares.

5) Intervención en adolescentes con fobia social (IAFS; Olivares y García-López, 1998; García-López, 2007c). Se trata de un programa cognitivo-conductual compuesto por 12 sesiones con una duración de 90 minutos cada una, el cual se realiza una vez a la semana. Aunque incluye sesiones grupales, también se proporciona a los sujetos la posibilidad de recibir sesiones individuales. Los componentes del programa IAFS son: fase educativa (las dos primeras sesiones); técnicas cognitivas (sesión 3 y 4); EHS (desde la sesión 4 a la 12) y exposición (desde la sesión 4 a la 12). El protocolo IAFS también tiene una fase de prevención de recaídas en la última sesión, en la que se entrena al sujeto en la detección de situaciones que provoquen ansiedad para que consiga afrontar la situación. Por último, cada semana se proponen tareas para casa, de forma que el sujeto pueda consolidar y generalizar los contenidos, habilidades y destrezas ensayadas. El programa original ha probado su eficacia a corto plazo, después de 12 meses y cinco años después de la finalización del tratamiento (García-López *et al.*, 2002, 2006; Olivares, García-López, 2001; Olivares, García-López, Beidel *et al.*, 2002). Modificaciones de este programa también han corroborado su utilidad (para una descripción, véase Olivares, 2005),

aunque según los resultados del metanálisis de Olivares *et al.* (2003), el diseño inicial del IAFS ha mostrado mejores resultados en cuanto a la reducción/eliminación de las respuestas de ansiedad social. Por otra parte, Ruiz (2003) estudió el papel de los grupos en la eficacia del tratamiento, Piqueras (2005) la eficacia de este protocolo con base en la gravedad de la fobia social generalizada, Ramos, Piqueras y García-López (2008) la relevancia de la inclusión del *videofeedback* y Olivares, Rosa y Olivares (2006) han arrojado datos sobre la relevancia de las tutorías individualizadas en el programa IAFS. Recientemente se ha sugerido su utilidad para menores de entre 10 y 14 años (Sánchez, 2008).

6) Habilidades para el éxito académico y social (*Skills for Academic and Social Success*, SASS; Masia-Warner, Beidel, Albano, Rapee, Turner y Morris, 1999). El SASS es, junto con el IAFS, el único programa de tratamiento que ha sido desarrollado para ser implementado en un contexto comunitario. Consta de 12 sesiones en grupo, con una duración de 42 minutos cada una de ellas (un periodo de clase), además de dos sesiones extras dedicadas a la prevención de recaídas y a evaluar posibles obstáculos, así como dos sesiones individuales de 15 minutos. Junto a esto, el programa incluye 4 sesiones en fin de semana, en donde los sujetos son acompañados por adolescentes sin fobia social, con el fin de ayudarles en las exposiciones. El SASS contiene dos sesiones en grupo, donde los padres reciben información sobre el trastorno. También se cuenta con la participación de los maestros en dos sesiones destinadas a proporcionar información sobre la fobia social. Las sesiones en grupo incluyen diversos componentes: psicoeducación, modificación de pensamientos, habilidades sociales para el éxito, exposición, prevención de recaídas y sesiones de recuerdo ("booster sessions").

Masia-Warner *et al.*, (2001) presentaron los datos de un estudio piloto en el que se proporcionaban datos de su eficacia en un contexto escolar. Empleando un grupo control no tratado por un lado y activo en el segundo trabajo, Masia-Warner *et al.*, (2005) y Masia-Warner *et al.*, (2007) han demostrado la eficacia del SASS, respectivamente. Para más información sobre este programa de tratamiento, puede leerse Fisher, Masia-Warner y Klein (2004). Aún no se dispone de trabajos que avancen este programa de tratamiento en otras culturas y/o países.

Tratamiento psicofarmacológico

De acuerdo con la literatura, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el tratamiento farmacológico más recomendable, dada la escasez de efectos secundarios y relativa eficacia. Dentro de este tipo de psicofármacos, escasos estudios se han realizado con población infanto-juvenil con trastorno de ansiedad social. Entre ellos, nos encontramos el llevado a cabo por Compton *et al.* (2001), quienes mostraron la reducción de las respuestas de ansiedad mediante el uso de la sertralina, los llevados a cabo por Allgulander (1999) y Wagner, Berard, Stein *et al.*, (2004) con paroxetina; o por Beidel *et al.* (2007) con fluoxetina. Entre ellos, destacar este último, en el que a pesar de sugerir una respuesta positiva al fármaco en el 36% de los sujetos, este tratamiento no era superior al tratamiento conductual.

Existen otros muchos fármacos que debido a los pocos estudios existentes todavía no se pueden tener en cuenta como posible tratamiento farmacológico. Por ejemplo, existe un estudio que muestra resultados positivos y buena tolerancia con venlafaxina, de liberación prolongada (inhibidor de la recaptación de la serotonina y la norepinefrina) (March *et al.*, 2007). El estudio ha mostrado que la venlafaxina es un tratamiento razonablemente bien tolerado y eficaz para el tratamiento del TAS infantil y adolescente. Además en este estudio, aunque apareció el efecto adverso del aumento del riesgo de suicidiabilidad, éste no fue significativo. En ese mismo año, Isolan *et al.*, (2007) han publicado un trabajo sobre la eficacia del escitalopram en un estudio no controlado. También nos encontramos con otro psicofármaco, mirtazapine (modulador de la norepinefrina y la serotonina), que recientemente se ha estudiado, encontrándose buenos resultados a corto plazo pero con algunos efectos secundarios leves (Mrakotsky *et al.*, 2008).

En un estudio en prensa, Nogol y Carlson han realizado un metaanálisis sobre la eficacia de tratamientos cognitivo-conductuales y psicofarmacológicos (únicamente ISRS), encontrando un mayor tamaño del efecto de estos últimos. No obstante, este estudio presenta sesgos tales como los estudios seleccionados y las medidas utilizadas, lo cual limita el análisis de los resultados hallados.

Ante esto, cabe destacar además que agencias que regulan el uso de tratamientos psicofarmacológicos, como la Administración de drogas y comida de los Estados Unidos (*U.S. Food and Drug Administration, FDA*) no ha aprobado ninguna medicación específica para el tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes.

Respecto a los escasos estudios que comparan el tratamiento farmacológico con el tratamiento cognitivo-conductual, la mayoría de ellos muestran que ambos tipos de tratamiento tienen eficacia aunque la psicofarmacología hace que los síntomas sólo mejoren a corto plazo y a medio y largo plazo las recaídas son frecuentes al dejar de tomar la medicación. Por contra, con el tratamiento cognitivo-conductual hay menor probabilidad de recaídas que con el tratamiento farmacológico. Por ello, podría concluirse que el tratamiento psicológico es el tratamiento de primera elección puesto que es superior al farmacológico y, además, más seguro. Aún así, Khalid-Khan, Santibáñez, McMicken y Rynn (2007) han sugerido que se pueden obtener beneficios en la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos en el TAS. Beidel Turner (1998) apuntan a que el empleo combinado de fármacos y terapia conductual sólo podría ser útil si el paciente está muy deprimido y presenta un TAS severo que dificultara la exposición.

Retos y avances actuales de la investigación del trastorno de ansiedad en la infancia y adolescencia

Que la fobia social suele comenzar en la niñez, que su curso típico es crónico y que tan sólo una cuarta parte de los individuos alcanzan la remisión de forma espontánea parecen cuestiones bastantes acreditadas por la literatura científica. También parece existir bastante acuerdo en considerar que el TAS es un trastorno frecuente de inicio temprano y que incluso puede ser considerado como un factor

de riesgo para el desarrollo de otros trastornos, principalmente depresivos o de uso/abuso de sustancias. En cuanto a los tratamientos, el tratamiento cognitivo-conductual es considerado la estrategia terapéutica de primera elección, seguido por los fármacos tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Mancini *et al.*, 2005).

No obstante, el TAS en población infantil y adolescente todavía presenta desafíos significativos para la comunidad científica. Por una parte, la alta tasa de comorbilidad en el TAS ofrece un reto significativo en cuanto a la estimación de en qué medida la discapacidad y el deterioro puede ser atribuido de forma unívoca a la fobia social o a los trastornos comórbidos, respectivamente. Esta es una cuestión sin resolver, que precisa de más estudios, al igual que la eficacia/eficiencia de los componentes de los tratamientos psicológicos, o la eficacia a largo plazo de éstos. Junto a esto, existe una laguna sobre la reducción de los efectos adversos de los tratamientos farmacológicos, la supuesta especificidad de los factores de riesgo y de vulnerabilidad en el desarrollo del trastorno o la utilidad de los subtipos de fobia social en este periodo evolutivo. Sobre el estado actual de estas cuestiones y como se están abordando estos problemas en los últimos años hablaremos en este apartado.

Características del TAS en la infancia y adolescencia

Las manifestaciones del TAS en adultos están muy bien documentadas, pero se conoce mucho menos sobre la presentación característica de este trastorno en niños y adolescentes. Además, hasta la fecha, la mayoría de estudios han incluido muestras combinadas de niños y adolescentes a pesar del hecho de que este rango de edad representa un periodo demasiado amplio e inespecífico de crecimiento y desarrollo. Una aproximación novedosa al estudio de esta temática ha sido el estudio de Rao *et al.* (2007), quienes han comparado la presentación clínica del TAS en niños de siete a 12 años frente a adolescentes de 13 a 17 años. Estos autores han hallado que aunque ambos grupos compartían muchas características propias del TAS, los niños solían presentar un patrón de psicopatología general más amplio, a diferencia de los adolescentes, quienes tenían un patrón más perseverante de interferencia social y deterioro funcional como resultado de su trastorno. Este estudio sugiere, además, que las intervenciones terapéuticas en estas edades deben considerar las implicaciones que se derivan de dichas características clínicas diferenciales del TAS en niños frente a adolescentes. A pesar de ello, estos autores sugieren que ambas poblaciones requieren entrenamiento en habilidades sociales ya que los dos grupos muestran déficits en habilidades sociales (si bien los niños mostraban más deterioro). Estos autores también han indicado que las técnicas de exposición son necesarias en ambos grupos ya que ambos muestran niveles equivalentes de malestar social. Dado que el patrón de malestar y evitación era más persistente entre los adolescentes, en este trabajo se recomienda que los psicólogos diseñen tanto las sesiones de tratamiento, como las sesiones de generalización y tareas para casa teniendo en cuenta el amplio rango de situaciones sociales temidas y/o evitadas.

Por último, los autores también han apuntado la conveniencia de incluir intervenciones cognitivas en el tratamiento de los adolescentes. De hecho, defienden esta postura porque hallaron que los adolescentes mostraban puntuaciones mayores en medidas de cogniciones negativas al igual que Alfano, Beidel y Turner (2006) en tareas de interacción social. Este hallazgo es relacionado por los autores con una mayor madurez cognitiva y un incremento en los miedos a la evaluación social durante este periodo evolutivo, lo cual resulta consistente con lo informado por Westenberg *et al.* (2004).

Evaluación del TAS

Si bien existen avances metodológicos notables en la evolución de la ansiedad social y fobia social en la infancia y adolescencia, aun quedan muchas dudas conceptuales respecto a los contenidos y el método de evaluación no resueltas en la evaluación del TAS. Entre estas, destacan: a) la adaptación y validación al castellano de instrumentos específicos que cumplan los requisitos psicométricos y b) la pertinencia de incluir medidas para fobia social centradas en adultos significativos para los niños y adolescentes, como son los padres y profesores.

Respecto a la primera cuestión, en población española, aparte de las pruebas que han sido validadas para población infanto-juvenil de habla española (para una revisión más detallada véase García-López, Olivares y Vera-Villaroel, 2003 e Inglés, Méndez, Hidalgo, Rosa y Orgilés, 2003), la única prueba desarrollada específicamente en nuestro contexto para adolescentes con fobia social ha sido la Escala para la detección de la ansiedad social (Olivares, García-López y Piqueras, 2005; Olivares, Piqueras y Sánchez-García, 2004), si bien solo han aportado datos de fiabilidad y estructura factorial.

En cuanto al segundo aspecto, el primer trabajo en este sentido fue el de DiBartolo, Albano, Barlow y Heimberg en 1998, quienes sugirieron que los padres podían jugar un papel importante en la evaluación de sus hijos, por cuanto los menores de edad podían infrainformar sus niveles de ansiedad social para evitar una posible evaluación negativa por parte del evaluador. Sin embargo, Higa *et al.* (2006) usando el Inventario de ansiedad y fobia social, versión padres-niños desarrollado por estos mismos autores (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children-Parent Report*, SPAI-C-P) informaron de un modesto acuerdo entre padres e hijos en la sintomatología autoinformada (0,43). Utilizando la SAS-A, DiBartolo y Grills (2006) también han hallado bajas tasas de acuerdo entre padres e hijos (0,14; 0,18 y 0,27 para las subescalas de FNE, SAD-N y SAD-G, respectivamente) e incluso entre niños y maestros (0,09; 0,07 y 0,29 para las subescalas de FNE, SAD-N y SAD-G, respectivamente). Esto es consistente con lo hallado por García-López, Espinosa-Fernández y Muela (2007b), quienes también han informado de una baja correlación (0,14-0,18) entre las valoraciones del nivel de ansiedad social informadas por los padres y los adolescentes. Por su parte, Puliafico *et al.* (2007) han demostrado la superioridad diagnóstica de utilizar un informe cumplimentado por parte de los padres sobre los miedos temidos por su hijo/a (número de miedos

y situaciones específicas temidas) frente al autoinforme cumplimentado por el niño. En niños de 11-12 años, Kristensen y Torgersen (2006) han recomendado la utilización de información provista por el niño y por los padres a través de autoinformes con doble versión padres/niños a la hora de diagnosticar el TAS. Como sugirieron Morris, Hirshfield-Becker, Henin y Storch (2004), el nivel de desarrollo cognitivo y otras variables madurativas y del desarrollo pueden estar afectando los diferentes resultados en la evaluación de la fobia social.

Tratamiento del TAS infantil y adolescente

En una de las últimas revisiones realizadas sobre los tratamientos emergentes para la fobia social infantil y adolescente (Mancini *et al.*, 2005), la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de primera elección para el trastorno de ansiedad social entre leve y moderado en este periodo evolutivo. Esta excelente revisión también recomienda la utilidad potencial de la terapia farmacológica en los casos más severos o en aquellos sujetos en los que por diversas razones no sea posible llevar a cabo terapia cognitivo-conductual. En estos casos y con base en la literatura revisada, estos autores han recomendado como segunda línea de tratamiento los fármacos del grupo de los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina" o de los "los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina" ya que después de una respuesta inicial al tratamiento con medicación, muchos niños y adolescentes con TAS pueden beneficiarse de la adición del tratamiento cognitivo-conductual. En contra de esta postura, Nogol y Carlson (en prensa) apuntan hacia el mayor tamaño del efecto de los ISRS, aunque como ya hemos apuntado, existen algunos sesgos metodológicos de dicho estudio que llevan a que éste sea tenido en cuenta de forma tentativa.

Sin embargo, todavía existe una cierta controversia acerca de determinados aspectos relacionados con el tratamiento del TAS en esta población. Igualmente y al respecto de la idoneidad de incluir determinados componentes frente a otros, como la idoneidad de incluir determinados componentes, aún no hay consenso. Por ejemplo, respecto a la cuestión de implicar a los padres en el tratamiento todavía existe una escasez de investigaciones sobre el tema. Spence *et al.* (2000) informaron de la ausencia de diferencias en la eficacia de dos tratamientos cognitivo-conductuales, uno integrado por entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, exposición y reestructuración cognitiva y otro que incluía el mismo tratamiento más la intervención con los padres. En un metanálisis reciente, Ishikawa, Okajima, Matsuoka y Sakano (2007) han encontrado escasas diferencias en el tamaño del efecto en caso de incluir a los padres, aunque el escaso tamaño muestral no permite realizar aseveraciones definitivas. Otro aspecto sometido a debate es el peso que posee el componente cognitivo en el tratamiento del TAS en población infanto-juvenil. En este sentido, Alfano *et al.* (2002) indicaron que no existía suficiente evidencia de que las cogniciones negativas sean centrales en la presentación de la ansiedad social infantil. A favor de esta afirmación, Beidel *et al.* (2006) hallaron que los resultados en el tratamiento de niños con el SET-C, un tratamiento puramente

conductual, se mantenían a los cinco años. Sin embargo y también en un seguimiento a los cinco años, García-López *et al.* (2006) han informado de la eficacia similar de tres protocolos de tratamiento de la fobia social en adolescentes, en los que dos de los cuales incluían componente cognitivo, mientras un tercero era puramente conductual. Con base en estos datos, parece que el uso del modelo cognitivo-conductual frente al modelo conductual depende de la edad del niño y de la presentación específica del trastorno en cada niño o adolescente en la línea de Rao *et al.* (2007), aunque se precisa de más estudios en este sentido. Tampoco existe acuerdo total acerca de la inclusión del entrenamiento en habilidades sociales en todos los casos (como en la terapia de eficacia social para niños [*Social Effectiveness Therapy for Children*, SET-C; Beidel *et al.* 2003] y en habilidades para el éxito académico y social [*Skills for Academic and Social Success*, SASS; Masia *et al.*, 2001]; en la intervención en adolescentes con fobia social [IAFS, Olivares y García-López, 1998]; en la terapia cognitivo-conductual con y sin participación de los padres [*Cognitive-Behavioral Therapy with and without Parental Involvement*, CBT-NPI/CBT-PI, respectivamente; Spence *et al.*, 2000]) o a discreción del clínico (como en el programa de tratamiento grupal cognitivo-conductual [*Cognitive-Behavioural Group Treatment Program for Adolescents with Social Phobia*, CBGT-A; Albano *et al.*, 1995; Hayward *et al.*, 2000]) ni de la mayor eficacia del tratamiento en grupo frente al individual (Manassis *et al.*, 2002). Por otra parte, un estudio reciente no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre un grupo en el que se utilizaba videofeedback en todas las sesiones frente a otro en el que sólo se utilizaba en alguna de ellas (Ramos *et al.*, en prensa).

Por último, una crítica frecuente a los tratamientos psicológicos del TAS en este periodo evolutivo es que suelen ser desarrollados por terapeutas expertos, en el contexto de clínicas universitarias poco accesibles a la mayoría de la población y que no suelen ser comparados con equivalentes a los tratamientos placebo de los estudios farmacológicos (Mancini *et al.*, 2005). En respuesta a esta crítica, recientes estudios han puesto a prueba la eficacia de tratamientos cognitivo-conductuales en el contexto escolar. Dichos estudios han mostrando altos índices de eficacia terapéutica, tanto al comparar un tratamiento conductual con un grupo de control activo o placebo activo (Masia *et al.*, 2007; Beidel *et al.*, 2000, 2003, 2006, 2007) como al comparar diferentes protocolos cognitivo-conductuales (IAFS, SET-A y CBGT-A) frente a un control tanto en el seguimiento a un año como a los cinco años (v.gr., García-López *et al.*, 2002, 2006) o al comparar el IAFS con un grupo de transmisión de información y un grupo de control de lista de espera (Olivares *et al.*, 2007).

Respecto a los tratamientos psicofarmacológicos, se ha observado un riesgo aumentado de suicidio en las primeras fase de tratamiento mediante ISRS e ISRN (Mancini *et al.*, 2005). Por tanto, todavía es considerado con un tratamiento de segunda elección. En consecuencia, algunos de los retos a los que se enfrenta la investigación científica sobre este aspecto del TAS son los siguientes: 1) examinar la duración óptima de estos tratamientos, habida cuenta la cronicidad del trastorno; 2) evaluar la eficacia de otros agentes psicofarmacológicos –tales como los anticonvulsivos, que han demostrado su eficacia en adultos con fobia social y que podrían

constituirse como una alternativa seria a los ISRSs y los ISRNs— y sus complicaciones; 3) evaluar si estos tratamientos alteran el curso del TAS o incluso pueden servir para prevenir el desarrollo de condiciones comórbidas y; 4) analizar la eficacia de la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos.

En definitiva, todavía podemos considerar que no existen datos suficientes respecto a la eficacia/eficiencia del tratamiento farmacológico, psicológico o combinado del TAS infantil y/o adolescente. En consecuencia, la detección e intervención temprana del TAS en estos periodos del ciclo vital posee innumerables ventajas, que no obstante han de seguir siendo estudiadas en futuros trabajos.

Aproximaciones innovadoras

Hay distintas líneas de trabajo prometedoras que se encuentran desarrollándose y que en los próximos años verán sus frutos. Éstas se centran en:

1. Determinar el papel de la emoción expresada en el trastorno de ansiedad social y particularmente la eficacia de incluir a los padres (sólo los que presentan alta emoción expresada) en protocolos de tratamiento de la fobia social en población adolescente. Datos previos avalan esta línea de trabajo, coordinada por el Dr. Luis Joaquín García-López, como se ha expuesto en este artículo. Para más información sobre el estado de esta investigación, puede contactar con este autor en el e-mail: ljarlo@cop.es

2. El entrenamiento a psicólogos u otros profesionales para que estos actúen como terapeutas e implementen protocolos de intervención en contextos pediátricos. Esta línea innovadora está siendo desarrollada en la Universidad de Nueva York y liderada por la Dra. Carrie Masia-Warner. Para más información sobre el estado de esta investigación, puede contactar con esta autora en el e-mail: carrie.masia@mdir.nyu.edu

3. El análisis interdisciplinar de los patrones lingüísticos de los adolescentes con TAS, a través de una metodología de lingüística de corpus, guiada por la Prfa. Belén Díez-Bedmar. Para más información sobre el estado de esta investigación, puede contactar con esta autora en el e-mail: belendb@ujaen.es

4. Seguir diseñando tratamientos psicológicos. En este sentido, en Noruega, el Dr. Rolf Gråwe está diseñando un nuevo protocolo, basándose en los ya existentes. Para más información sobre el estado de esta investigación, puede contactar con este autor en el e-mail: Rolf.W.Grawe@sintef.no

5. Desmantelar los protocolos de tratamiento existentes para investigar sus particularidades, con el fin de saber cual es la razón final por la que ayudan a los sujetos a superar su problema. Asimismo, seguir investigando los componentes que son incluidos en los programas de tratamientos multicomponentes, con el objetivo de saber cual es la combinación de componentes más efectiva para el tratamiento del TAS. En ese sentido, tanto el Dr. José Olivares en España, como la Dra. Anne Marie Albano (Columbia University, USA) o la Dra. Deborah Beidel (University of Central Florida, USA), son algunos referentes. Para más información sobre el estado de estas investigaciones, puede contactar con estos autores en los

e-mails: jorelx@um.es, albanoa@childpsych.columbia.edu y dbeidel@mail.ucf.edu, respectivamente.

6. Determinar el cuestionario(s) más eficaz para detectar a personas con TAS en población comunitaria, con el objetivo de diseñar un protocolo de cribado. Una detección temprana permitiría que menores de edad, que por sus características no solicitan tratamiento y al tratarse de un trastorno interiorizado no son percibidos por los adultos, puedan ser detectados y por tanto, evaluados, diagnosticados y consecuentemente, se puedan beneficiar de un programa de tratamiento. El Dr. Luis Joaquín García-López está trabajando en esta línea. Para más información sobre el estado de esta investigación, puede hacerlo en el e-mail: ljgarlo@cop.es

7. Implicar a los padres dentro del tratamiento y comprender hasta que punto están involucrados en el desarrollo y mantenimiento del TAS de sus hijos. Así como, saber que pueden hacer ellos para ayudarles en su mejoría y prevenir tasas de recaída. Mencionar en esta línea prometedora el trabajo de la Dra. Lourdes Espinosa-Fernández y José Antonio Muela. Para más información sobre el estado de estas investigaciones, puede contactar con estos autores en los e-mails: lespino@ujaen.es, jmuela@ujaen.es

8. Intentar encontrar y comprender otros factores de riesgo/inicio/desarrollo de la ansiedad social que puedan estar relacionados con el trastorno. En esta línea se encuentra el Dr. José Antonio Piqueras. Para más información sobre el estado de esta investigación, puede hacerlo a través de: jpiqueras@umh.es

9. Examinar y comparar la naturaleza y expresión de la ansiedad social infanto-juvenil en diferentes culturas y grupos étnicos usando análisis factorial confirmatorio multigrupo desde el marco del modelado de ecuaciones estructurales. El Dr. Cándido J. Inglés ha comenzado recientemente a trabajar en esta línea en colaboración con la Dra. Annette M. La Greca. (USA) y la Dra. Xinyue Zhou (China). Para más información, puede contactar con él en el e-mail cjingles@umh.es

10. Indagar el papel del proceso de individualización y separación en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad social en población infanto-juvenil. Para más información, puede contactar con la Dra. Melita Puklek: Melita.Puklek@ff.uni-lj.si

11. La elaboración e investigación de un nuevo programa de tratamiento cognitivo-conductual en grupo (aunque también incluye sesiones individuales) para población adolescente con ansiedad social, basado en el modelo de Clark y Wells y en la Terapia de Aceptación y de Compromiso y que potencia la participación de padres y maestros como coterapeutas. Para más información sobre el estado de esta investigación, puede contactar con Ceu Salvador en el e-mail: ceu@fpce.uc.pt

12. Desarrollar un nuevo instrumento de evaluación (Cuestionario de ansiedad social para niños; CASO-NII) que atiende a las diferencias culturales de población de lengua española en los diversos países que la hablan. Para más información sobre el estado de esta investigación, puede contactar con el investigador principal, Dr. Vicente E. Caballo, en el e-mail: vcaballo@ugr.es.

Referencias

- Albano, A. M. y Detweiler, M. F. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. En S. G. Hofmann y P. M. DiBartolo (dirs.), *From social anxiety to social phobia* (pp. 162-178). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Albano, A. M. y DiBartolo, P. M. (2007). *Cognitive behavioral therapy for social phobia in adolescents: stand up, speak out therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Albano, A. M. y Hayward, C. (2004). Social anxiety disorder. En T.H. Ollendick y J.S. March (dirs.), *Social anxiety disorder* (pp. 198-235). Nueva York: Oxford University Press.
- Albano, A. M., Marten, P. A. y Holt, C. S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Unpublished manuscript.
- Albano, A. M., Marten, P.A., Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: a preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 183, 649-656.
- Alfano, C. A., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2002). Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22, 1209-1238.
- Alfano, C. A., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2006). Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 34, 182-194.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed. rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. rev.). Washington, DC: APA.
- Amerigen, M. V., Mancini, C. y Farvorden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571.
- Anthony, M. M. y Rowa, K. (2008). *Social anxiety disorder*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Aune, T., Stiles, T. C. y Svarva, K. (2008). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children using a non-American population-based sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1075-86.
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona, España.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Baer, S. y Garland, E. J. (2005). Pilot Study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 258-264.
- Bailey, K. A., Chavira, D. A., Stein, M. T. y Stein, M. B. (2006). Brief Measures to Screen for Social Phobia in Primary Care Pediatrics. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 512-521.
- Baños, R. M., Quero, S., Botella, C. y Perpiñá, C. (2003). ¿Qué es la fobia social? En C. Botella, R. Baños y C. Perpiñá (dirs.), *Fobia Social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 15-35). Barcelona: Paidós.
- Barrett, P. M. (1998). An evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64, 903-912.

- 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. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79.
- 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. (2003). *Social Effectiveness Therapy for Children and Adolescents*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L. A., Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1622-1632.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Young, B. J. (2006). Social effectiveness therapy for children: five years later. *Behavior Therapy*, 37, 416-425.
- 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., Turner, S. M., Hamlin, K. y Morris, T. L. (2000). The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): external and discriminative validity. *Behavior Therapy* 31, 75-87.
- Bermejo, R., García-López, L. J. e Hidalgo, M. D. (en preparación). *Psychometric properties of the SoPhI in an adolescent Spanish population*.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J. y Faraone, S. V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673-1679.
- Blöte, A. W. y Westenberg, P. M. (2007). Peer behavior toward socially anxious adolescents: Classroom observations. *Behavior Research and Therapy*. 45, 2773-2779.
- Blöte, A. W., Kint, M. J. W. y Westenberg, P. M. (2007). Socially anxious adolescents' perception of treatment by classmates. *Behavior Research and Therapy*. 45, 189-198.
- Bokhorst, C. L., Westenberg, P. M., Oosterlaan, J. y Heyne, D.A. (2008). Changes in social fears across childhood and adolescence: Age-related differences in the factor structure of the Fear Survey Schedule for Children-Revised. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 135-142.
- Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipeć, M., Canino, G., Shrout, P., Ramírez, R., Fábregas, L., Chávez, L., Alegría, M., Bauermeister, J. J. y Martínez-Taboas, A. (2001). Test-retest reliability of the Spanish Versión of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 433-444.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N. y Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive distortion? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 131-141.
- Clark, D. B.; Turner, S. M.; Beidel, D. C.; Dorovan, J. E.; Kirisci, L. y Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Compton, S. N., Grant, P. J., Chrisman, A. K., Gammon, P. C., Brown, V. L. y March, J. C. (2001). Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: an open trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 564-571.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. y Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.

- Costello, E. J., Egger, H. L. y Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. En T. H. Ollendick y J. S. March (dirs.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 61-91). Nueva York: Oxford University Press.
- Cunha, M., Gouveia, J. P., Salvador, M. C. y Alegre, S. (2004). Medos sociais na adolescência: a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psicológica*, 36, 195-217.
- Dalrymple, K., Herbert, J. y Gaudiano, B. (2007). Onset of illness and developmental factors in social anxiety disorder: preliminary findings from a retrospective interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 101-110.
- De Graaf, R., Bijl, R. V., Spijker, J., Beekmann, A. T. F. y Vollebergh, W. A. M. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 1-11.
- DiBartolo, P. M. y Grills, A. E. (2006). Who is best at predicting children's anxiety in response to a social evaluative task? A comparison of child, parent, and teacher reports. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 630-645.
- DiBartolo, P. M., Albano, A. M., Barlow, D. H. y Heimberg, R. G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 213-220.
- Elizabeth, J., King, N., Ollendick, T. H., Gullone, E., Tonge, B., Watson, S. y Macdermott, S. (2006). Social anxiety disorder in children and youth: A research update on aetiological factors. *Counselling Psychology Quarterly*, 19, 151-163.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R. y Perone, A. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. y Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.
- Ferdinand, R. F., Bongers, I. L., van der Ende, J., van Gastel, W., Tick, N., Utens, E. y Verhulst, F.C. (2006). Distinctions between separation anxiety and social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1523-1535.
- Fisher, P., Masia-Warner, C. y Klein, R. (2004). Skills for social and academic success: a school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 7, 241-249.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C. y Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y adolescencia. *Psicología Conductual*, 16, 413-437.
- García-López, L. J. (2007a). Trastorno de ansiedad social: estado actual en población infanto-juvenil. En P. Berrios y M. M. Ramos (dirs.), *Investigación en psicología. Investigación en psicología aplicada* (vol. 2, pp. 13-34). Universidad de Jaén: Servicio de Publicaciones.
- García-López, L. J. (2007b). *Un modelo de consenso sobre el papel y la definición de los subtipos en el trastorno de ansiedad social*. Mesa redonda presentada en el V Congreso Mundial de Terapia Cognitiva y Conductual. EABCT: Barcelona, España.

- García-López, L. J. (2007c). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones.
- García-López, L. J., Beidel, D. C., Hidalgo, M. D., Olivares, J. y Turner, S. M. (2008). Brief form of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 24*, 150-156.
- García-López, L. J., Bermejo, R. e Hidalgo, M. D. (en preparación). *Psychometric properties of the SPIN in an adolescent Spanish population*.
- García-López, L. J., Espinosa-Fernández, L. y Muela, J. A. (2007a, julio). Papel del constructo de emoción expresada en el tratamiento de la ansiedad social en sus hijos. En LJ García-López (presidente), *Nuevos planteamientos y avances en el campo de la ansiedad social*. 5º Congreso Mundial de Terapias Cognitivo-Conductuales, Barcelona, España.
- García-López, L. J., Espinosa-Fernández, L. y Muela, J. A. (2007b). *Preliminary findings on parent-child disagreement of socially anxious adolescents in Europe*. Póster presentado en el Cognitive Behaviour Therapy with Children and Families: Current practice, innovations, future developments. Oxford.
- García-López, L. J., Hidalgo, M. D. y Bermejo, R. (en preparación). *New screening protocol to detect youth with social anxiety disorder*.
- García-López, L. J., Inglés, C. J. y García-Fernández, J. M. (2008). Exploring the relevance of gender and age differences in the assessment of social fears in adolescence. *Social Behavior and Personality, 36*, 385-390.
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. y Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 175-191.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D.; Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*, 51-59.
- García-López, L. J., Olivares, J. y Vera-Villaruel, P. E. (2003). Revisión de instrumentos de evaluación de la fobia social validados para población de habla española. *Revista Latinoamericana de Psicología, 35*, 151-160.
- Gauer, G. J. C., Picon, P., Vasconcellos, S. J. L., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (2005). Validation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) in a sample of Brazilian children. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 38*, 795-800.
- Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. y Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 706-717.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 721-726.
- Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. Nueva York: Guilford.
- Herjanic, B., Herjanic, M., Brown, F. y Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters?. *Journal of Abnormal Child Psychology, 3*, 41-48.
- Higa, C. K., Fernandez, S. N., Nakamura, B. J., Chorpita, B. F. y Daleiden, E. L. (2006). Parental assessment of childhood social phobia: psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children-Parent Report. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 590-597.

- Hofmann, S. G. y DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. *Assessment for Advancement of Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.
- Inderbitzen-Nolan, H., Davies, C.A. y McKeon, N.D. (2004). Investigating the construct validity of the SPAI-C: comparing the sensitivity and specificity of the SPAI-C and the SAS-A. *Anxiety Disorders*, 18, 547-560.
- Inglés, C. J. (2003). *Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes: Programa PEHIA*. Madrid: Pirámide.
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. y Méndez, F. X. (2005). Interpersonal difficulties in adolescence: A new self-report measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 11-22.
- Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., 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*.
- Inglés, C. J., Marzo, J. C., Hidalgo, M. D., Zhou, X. y García-Fernández, J. M. (2008). Factorial invariance of the Questionnaire about Interpersonal Difficulties for Adolescents across Spanish and Chinese adolescent samples. *Measuring and Evaluation in Counseling and Development*, 41, 89-103.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2000). Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*, 12, 390-398.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X., Hidalgo, M. D., Rosa, A. I. y Orgilés, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: Una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1-21.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X., Hidalgo, M. D. y Spence, S. H. (2003). The List of Social Situation Problems: reliability and validity in an adolescent Spanish-speaking sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 65-74.
- Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., Méndez, F. X., Hidalgo, M. D., Puklek-Levpusek, M. y Zupancic, M. (en prensa). *Vprsalnik o medosebnih tezavah v mladostnistvu (VMTM). Priročnik VMTM* [Questionnaire about Interpersonal Difficulties for Adolescents (QIDA). Manual for the QIDA]. Ljubljana: Center za Psihodiagnostična Sredstva.
- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H. y Sakano, Y. (2007). Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 164-172.
- Isolan, P., Pheula, G., Salud, G., Abrahao, G. A., Oswald, S., Rohde, L. A. y Manfro, G. G. (2007). An open-label trial of escitalopram in children and adolescents with social anxiety disorder. *Journal-of-Child-and-Adolescent-Psychopharmacology*, 17, 751-759.
- Johnson, H. S., Inderbitzen-Nolan, H. M. y Anderson, E. R. (2006). The Social Phobia Inventory: validity and reliability in an adolescent community sample. *Psychological Assessment*, 18, 269-277.
- Juster, H. R. y Heimberg, R. G. (1995). Social phobia: Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 821-842.
- Kashdan, T. B. y Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61.

- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. y Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 980-988.
- Kearney, C.A. (2005). *Social Anxiety and Social Phobia in Youth: Characteristics, Assessment, and Psychological Treatment*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. y Prescott, C.A. (1999). Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychological Medicine*, 29, 539-553.
- Khalid-Khan, S., Santibanez, M. P., McMicken, C. y Rynn, M. A. (2007). Social anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Pediatric Drugs*, 9, 227-237.
- Kristensen, H. y Torgersen, S. (2006). Social anxiety disorder in 11-12 year old children. The efficacy of screening and issues in parent-child agreement. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 163-171.
- La Greca, A. M. (1999). *Manual for the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. Miami: Autor.
- La Greca, A. M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- La Greca, A. M. y Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. y Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and risk of social phobia in offspring. A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.
- Lochner, C., Hemmings, S., Seedat, S., Kinnear, C., Schoeman, R., Annerbrink, K., Olsson, M., Eriksson, E., Moolman-Smook, J., Allgulander, C. y Stein, D. J. (2007). Genetics and personality traits in patients with social anxiety disorder: a case-control study in South Africa. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 321-327.
- Manassis, K., Mendolwitz, S.L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Marlinda, F., Monga, S. y Owens, M. (2002). Group and individual cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1423-1430.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Bennett, M., Patterson, B. y Watson, C. (2005). Emerging treatments for child and adolescents social phobia: a review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 589-607.
- March, J. S., Entusah, A. R., Rynn, M., Albano, A. M. y Tourian, K. A. (2007). A randomized controlled trial of venlafaxine ER versus placebo in pediatric social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 62, 1149-1154.
- Marmorstein, N. R. (2006). Generalized versus performance-focused social phobia: Patterns of comorbidity among youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 778-793.
- Masia-Warner, C. y Fisher, P. (2005). School-based intervention for social anxiety disorder in adolescents: A promising direction for treatment research. *Child and Adolescent SIG Newsletter*, 4, 13-15.
- Masia-Warner, C., Beidel, D. C., Fisher, P. H., Albano, A. M., Rapee, R. M., Turner, S. M. (1999). *Skills for Academic and Social Success*. Disponible en Carrie Masia Warner, New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13th floor, Nueva York, NY 10016.
- 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, 676-686.

- Masia-Warner, C. L., Klein, R. G. y Liebowitz, M. R. (2002). *The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)*. Disponible con Carrie L. Masia-Warner, Ph.D., New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13th floor, Nueva York, NY 10016.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A. y Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in Adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 780-786.
- Masia-Warner, C. L., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G. y Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: an initial psychometric investigation. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 1076-1084.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. Ch. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, M. D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, N. D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de confianza para hablar en público" (Personal Report of Confidence as Speaker): fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, 12, 25-42.
- Moore, K. A. y Gee, D. L. (2003). The reliability, validity, discriminative and predictive properties of the Social Phobia Inventory (SoPhI). *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 109-117.
- Morris, T.R., Hirshfield-Becker, D.L., Henin, A. y Storch, E.A. (2004). Developmentally sensitive assessment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 13-27.
- Mrakotsky, C., Masek, B., Biederman, J., Raches, D., Hsin, O., Forbes, P., de Moor, C., DeMaso, D. R. y Gonzalez-Heydrich, J. (2008). Prospective open-label pilot trial of mirtazapine in children and adolescents with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 88-97
- Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998). *Intervención en adolescentes con fobia social generalizada: un programa de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes con un trastorno de ansiedad social*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia: Murcia.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version*. Manuscrito no publicado.
- 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.
- Olivares, J., García-López, L. J, Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: reliability and validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-68.
- Olivares, J., García-López, L. J. y Piqueras, J. A. (2005). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS). En P. Vera-Villaroel y L. Oblitas (dirs.), *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 350). Psicom Editores.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes, *Psicothema*, 18, 207-212.

- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Sánchez-García, R. (2004). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS): estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual*, 12, 251-268.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia: el miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Sánchez, X., Méndez, X. y García-López, L. J. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10, 523-542.
- Olivares, P. J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2007). Validez social de la Intervención en adolescentes con fobia social: padres frente a profesores. *Terapia Psicológica*, 25, 63-72.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J. y Orgilés, M. (2003). El tratamiento de la fobia social en la infancia y la adolescencia: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 510-522.
- Olivares, J., Sánchez, R., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2004, Mayo). Primeros resultados sobre las propiedades psicométricas de la Escala de ansiedad social para niños y adolescentes: LSAS-CA. En J. Olivares (presidente), *Evaluación y tratamiento de la fobia social en la infancia y la adolescencia*. En el VII European Conference on Psychological Assessment: Benalmádena Costa, España.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Picon, P., Gauer, G. J. C., Hirakata, V. N., Haggström, L. M., Beidel, D. C., Turner, S. M. y Manfro, G. G. (2005). Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese version in a heterogeneous sample of Brazilian university students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 124-130.
- Piqueras, J.A. (2005). *Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, España.
- Piqueras, J. A., Olivares, J. y López-Pina, J. A. (2008). A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 67-77.
- Poulton, R., Trainor, P., Stanton, W. R., McGee, R. O., Davies, S. y Silva, P. A. (1997). The (in)stability of adolescent fears. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 159-163.
- Puklek, M. (2000). Social anxiety in Slovene adolescents: psychometric properties of a new measure, age differences and relations with self-consciousness and perceived incompetence. *European Review of Applied Psychology*, 50, 249-258.
- Puliafico, A. C., Corner, J. S. y Kendall, P. C. (2007). Social phobia in youth: the diagnostic utility of feared social situations. *Psychological Assessment*, 19, 152-158.
- Ramos, V., García-López, L. J. y Piqueras, J. A. (en prensa). Análisis de la eficacia y eficacia del empleo del Videofeedback en el tratamiento de adolescentes con un trastorno de ansiedad social. *Clinica y Salud*.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A., Tuomisto, M. T., Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2007a). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: the Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research*, 153, 261-270.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Tuomisto, M. T. y Marttunen, M. (2007b). Screening social phobia in adolescents from general population: the validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *European Psychiatry*, 22, 244-251.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, T., Crosby, L. E. y Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181-1191.

- Reich, W., Herjanic, B., Welner, Z. y Gandhi, P. R. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement of diagnosis comparing child and parents interviews. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 325-336.
- Reijntjes, A., Dekovic, M. y Telch, M. J. (2007). Support for the predictive validity of the SASC-R. Linkages with reactions to an in vivo peer evaluation manipulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 903-917.
- Rivero, R. (2005). *Validación de la versión española de tres instrumentos para la medida de la fobia social en población adolescente entre 14 y 17 años: Social Phobia Scale (SPS), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) y Self-Statements During Public Speaking (SSPS)*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, España.
- Rivero, R., Hofmann, S. G. y García-López, L. J. (en evaluación). *The Spanish Version of the Self-Statements during Public Speaking Scale: Validation in Adolescents*.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D.A., Sartorius N. y Towle LH. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1072.
- Ruipérez, M. A., García-Palacios, A. y Botella, C. (2002). Características clínicas y respuesta al tratamiento en fobia social: comorbilidad en el eje II y subtipos de fobia social, *Psicothema*, 14, 426-433.
- Ruiz, J. (2003). *Diseño, aplicación y análisis de la eficacia/eficacia de un programa multicomponente específico para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, España.
- Sala, R., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2006). Dimensional analysis of a categorical diagnostic interview: the DICA-IV. *Psicothema*, 18, 123-129.
- Sánchez, R. (2008). *Eficacia de la intervención en adolescentes con fobia social, con y sin reestructuración cognitiva, entre los 10 y los 14 años*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, España.
- Segool, N. K. y Carlson, J. S. (en prensa). Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacological treatments for children with social anxiety. *Depression and Anxiety*.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M. K. y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 8-39.
- Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Child and Parent Versions*. Londres: Oxford University Press.
- Silverman, W., Saavedra, L. y Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Sosic, Z., Gieler, U. y Stangier, U. (2008). Screening for social phobia in medical in- and outpatients with the German version of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 849-859.
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: enhancing social competence in children and adolescents*. Windsor, UK : NFER-Nelson.
- 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.

- Stein, M. B. y Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1606-1613.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, 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.
- Storch, E. A. y Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, *27*, 351-362.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Crisp, H. y Klein, R. G. (2005). Peer victimization and social anxiety adolescence: a prospective study. *Aggressive Behavior*, *31*, 437-452.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Dent, H. C., Roberti, J. W. y Fisher, P. H. (2004). Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: construct validity and normative data. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*, 665-679.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Heidgerken, A. D., Fisher, P. H., Pincus, D. B. y Liebowitz, M. R. (2006). Factor structure of the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, *37*, 25-37.
- Sze, K. M. y Wood, J. J. (2007). Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functioning autism: a case report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *37*, 133-143.
- Turner, S. M., Beidel, D., 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.
- Vilete, L. M. P., Coutinho, E. S. F. y Figueira, I. L. V. (2004). Confiabilidade da versão em português do inventário de fobia social (SPIN) entre adolescentes estudantes do município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, *20*, 89-99.
- Wagner, K. D., Berard, R., Stein, M. B., et al., (2004). A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1153-1162.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 448-457.
- Westenberg, P. M., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M. y Treffers, P. D. A. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 481-495.
- Willetts, L. y Creswell, C. (2007). *Overcoming your child's shyness and social anxiety*. Reading: Constable y Robinson.
- 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.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, L. R., McCrackne, J. y Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the ADIS for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*, 335-342.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S.M., Pina, A. A. y Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 1069-1075.
- Zhou, X., Xu, Q., Inglés, C. J., Hidalgo, M.D. y La Greca, A. M. (2008). Reliability and validity of the Chinese version of the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, *39*, 185-200.

- Zubeidat, I., Fernández, A. y Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24, 71-86.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M. y Sierra, J. C. (en prensa). Exploration of the psychometric characteristics of the Liebowitz Social Anxiety Scale in a Spanish adolescent sample. *Depression and Anxiety*.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., Sierra, J. C. y Fernández-Parra, A. (2007). Psychometric properties of the Social Interaction Anxiety Scale and separation criterion between Spanish youths with and without subtypes of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 603-624.