

APLICACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA TERAPIA PARA LA EFICACIA SOCIAL EN ADOLESCENTES (SET-Asv) AL TRATAMIENTO DE UN ADOLESCENTE CON FOBIA SOCIAL GENERALIZADA

José Olivares¹ y Luis J. García López
Universidad de Murcia (España)

Resumen

El propósito de este trabajo es presentar datos relativos a la eficacia de la aplicación de un tratamiento conductual a un sujeto adolescente con fobia social generalizada, diseñado inicialmente para ser aplicado en grupo. El tratamiento consta de 29 sesiones: una sesión en grupo (fase educativa), 12 en las que se entrenó al sujeto en habilidades sociales en grupo y 16 individuales, en las que se aplicó exposición en vivo. La evaluación se llevó a cabo en tres momentos temporales: pretest, posttest y en un seguimiento a los 12 meses. Los resultados muestran una reducción significativa de las respuestas de ansiedad social tras la intervención así como un mantenimiento de estos efectos en el seguimiento a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: *Fobia social, adolescencia, terapia de conducta, eficacia social.*

Abstract

The purpose of this single case study was to obtain and discuss data related to the effects of a behavior therapy on an adolescent with generalized social phobia. The treatment was originally designed for administration in group. It consisted of 29 sessions: one group session (educative phase), 12 group sessions dedicated to social skills training, and 16 individual sessions in which the subject received in-vivo exposure. Assessments were made before and after treatment and after a 1-year follow-up. Results show a strong decrease in social anxiety measures at post-test and the long-lasting effects of the treatment.

KEY WORDS: *Social phobia, adolescence, behavior therapy, social effectiveness.*

¹ *Correspondencia:* José Olivares Rodríguez, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Apartado de Correos 4021, 30100 Murcia (España). E-mail: jorelx@um.es

Introducción

La fobia social es uno de los tres trastornos mentales más comunes tanto en la población adulta (Kessler *et al.*, 19994) como en la adolescente (Albano, DiBartolo, Heimberg y Barlow, 1995; Wittchen, Stein y Kessler, 1999). Es un problema respecto del cual distintos trabajos han venido evidenciando una elevada comorbilidad con otros trastornos de la conducta (Hazen y Stein, 1995). En los adultos esta comorbilidad se acompaña también de una alta tasa de intentos de suicidio, dependencia económica de sus familiares, elevada tasa de desempleo y de separaciones matrimoniales (en ambos casos superior a la media de la población), además de problemas relacionados con el abuso en el consumo de sustancias tóxicas (Scheneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992). Para los adolescentes este trastorno puede tener repercusiones severas al menos en tres ámbitos: el académico, el psicopatológico y el relativo a la psicología de la salud. En el primero, trabajos como el de Beidel (1991), Last y Straus (1990) o Lawrence y Bennet (1992) ponen una y otra vez de manifiesto que los adolescentes que presentan este trastorno rehuyen su participación en clase y evitan siempre que pueden la presentación en público de sus trabajos y preguntar dudas a sus profesores tanto en público como en privado; cuando esto no es posible, entonces intentan escapar cuanto antes de tales situaciones. Tal comportamiento de evitación/escape conlleva en el mejor de los casos que el alumno sólo obtenga notas por debajo de su capacidad intelectual, con la consiguiente repercusión de este hecho, por ejemplo, en las posibilidades futuras de realización de su vocación académica, habida cuenta de sus efectos en las posibilidades de elección de una carrera universitaria; en el peor de los supuestos se produce un abandono del sistema educativo (Beidel y Turner, 1998). En el ámbito psicopatológico hay que subrayar la vulnerabilidad asociada a la baja tasa de reforzadores sociales que reciben estos sujetos; tal vulnerabilidad frecuentemente termina concretándose en estados depresivos, tal como constatan los resultados obtenidos por Francis, Last y Strauss (1992), o Stein *et al.* (2001). Finalmente, en el contexto de la psicología de la salud, estudios como el de Clark y Kirisci (1996) o Tran, Haaga y Chambless (1997) constatan una y otra vez la existencia de una elevada correlación entre los déficit en habilidades sociales que presentan estos sujetos y su inicio en el consumo desadaptativo de drogas legales e ilegales, como un medio para afrontar las situaciones sociales fóbicas.

Respecto de su inicio, distintos estudios epidemiológicos han constatado que la edad media de inicio de la fobia social se sitúa entre los 14 y los 16 años (Jiménez, Saiz, Bascarán e Iglesias, 1999).

Pese a lo relevante que pueden resultar las intervenciones para detectar e intervenir tempranamente en casos como el presente, habida cuenta de sus devastadores efectos tanto en el presente del adolescente como en su futuro como adulto, tan sólo contamos con dos estudios pilotos publicados al respecto en los que se investiga sobre la eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente (CBGT-A) en población adolescente con fobia social (Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow, 1995; Hayward *et al.*, 2000). Entre las razones que nos podrían permitir entender esta carencia, como recuerdan Hudson y Rapee (2000), se halla el hecho de que los padres de hijos con fobia

social frecuentemente minimizan la importancia del problema, bien porque lo atribuyen a un caso de timidez o bien porque simplemente lo consideran como una fase del desarrollo del adolescente, creencias que por lo que general les llevan a estimar innecesario solicitar ayuda especializada. A ello habría que añadir también, en general, la tremenda resistencia de los sujetos con fobia social a solicitar ayuda para el tratamiento de su problema y en particular cuando se trata de adolescentes.

En este contexto y centrándonos en la detección e intervención temprana de/en la fobia social generalizada, nuestro trabajo pretende dar a conocer los resultados de la intervención en un sujeto con fobia social generalizada, al que se le ha aplicado un programa de tratamiento conductual recientemente desarrollado y denominado versión española de la Terapia para la Eficacia Social en adolescentes (*Social Effectiveness Therapy for Adolescents Spanish versión*, SET-Asv; Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998).

Método

Sujeto

El sujeto fue una adolescente de 15 años, segunda hija de una familia de que cuenta también con dos hermanos varones. Estudiante de 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en un instituto público de la Región de Murcia. Tras la administración de la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994) se determina que el sujeto presenta un diagnóstico de fobia social generalizada, de acuerdo con los criterios recogidos en el DSM-IV (APA, 1994).

El sujeto informó ansiedad tanto de actuación (beber, comer y hablar en público) como relativa a la interacción social (iniciar y mantener conversaciones, ir a fiestas o reuniones sociales, defender sus derechos ante otras personas, etc.). Su principal temor era hablar en público. Mostraba comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno de angustia con agorafobia (con inicio posterior al de la fobia social) y fobia específica a los dentistas. La edad de inicio la situó el sujeto a los 13 años, señalando el cambio del colegio al instituto como el factor generador.

Su rendimiento académico era medio (calificación global "Bien"). No consumía ningún tipo de sustancia tóxica ni legal ni no legal. El padre trabajaba como funcionario de la administración autónoma y la madre como auxiliar de enfermería en un hospital público. El nivel socioeconómico de la familia era medio (coche familiar, lavavajillas, vídeo, etc.). Ambos padres contaban con formación de bachiller superior. El nivel de relaciones de la familia tanto con el vecindario como con el resto de la familia paterna y materna era escaso, aun cuando no se pudiera hablar de aislamiento social.

Evaluación

La evaluación se realizó antes de intervenir (pretest), inmediatamente después de finalizado el tratamiento (postest) y a los 12 meses (seguimiento). En todos ellos se

aplicaron los siguientes autoinformes: *Inventario de Ansiedad y Fobia Social* (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989), *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes* (SAS-A; La Greca y López, 1998), *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987), *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965), la *Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes* (EHSPA; Méndez, Martínez, Sánchez e Hidalgo, 1995) y el *Autorregistro de Conductas-Objetivo* (Echeburúa y Corral, 1987).

Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI; Turner *et al.*, 1989) consta de 45 elementos: 32 miden respuestas de ansiedad social y 13 evalúan respuestas agorafóbicas. El inventario sigue una escala tipo Likert de 7 puntos (rango: 1-7). El SPAI incluye tres puntuaciones: la puntuación de la subescala de Fobia Social, la puntuación de la subescala de Agorafobia y la puntuación Diferencia, la cual se obtiene de restar las puntuaciones de las dos subescalas anteriores. Como consecuencia de la polémica existente acerca de qué medida del SPAI es la que mejor predice del cambio terapéutico (e.g. Taylor *et al.*, 1997), en nuestro estudio empleamos tanto la puntuación de la subescala de Fobia Social como la puntuación Diferencia. No utilizamos la puntuación de la subescala de Agorafobia porque su utilidad se limita a proporcionar un valor que tras ser restado a la puntuación de la subescala de Fobia Social permite obtener la puntuación Diferencia, cuyo objetivo es eliminar las respuestas de ansiedad social atribuibles a la agorafobia. Pese a que el SPAI fue diseñado para medir las respuestas de ansiedad social en población adulta, tanto estudios en lengua inglesa como española han demostrado su validez y fiabilidad en población adolescente (Clark *et al.*, 1994; García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel, 1999).

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A; LaGreca y López, 1998) presenta una estructura trifactorial: (a) la subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE), (b) la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños (SAD-Extraños) y (c) la subescala de ansiedad y evitación social en general (SAD-General). Estas tres subescalas junto con la puntuación Total, resultante de la suma de las subescalas, han sido las utilizadas para medir el cambio terapéutico en nuestro estudio. Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de cinco puntos (rango: 1-5), obteniéndose unos rangos de las puntuaciones entre 8-40, 6-30, 4-20 y 18-90 para las subescalas FNE, SAD-Extraños, SAD-General y la puntuación Total, respectivamente. Un estudio reciente ha demostrado que el SAS-A también es un instrumento válido y fiable para población española (Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López, 1999).

Cuestionario de confianza para hablar en público (PRCS) fue diseñado originalmente por Gilkinson (1942) y posteriormente modificada por Paul (1966) con el objeto de evaluar tanto el miedo como la seguridad a hablar en público (antes, durante y después), reduciéndose de los 101 elementos originales a 30 y presentándose con un formato verdadero-falso. Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) han constatado su utilidad en población adolescente española.

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

una publicación reciente Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) han dado a conocer las propiedades psicométricas de esta escala en población adulta española

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). Rosenberg desarrolló este instrumento con el objeto de evaluar el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems que siguen una escala tipo Likert de cuatro puntos, cinco redactados en sentido positivo y cinco en negativo, con el fin de controlar la aquiescencia. El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 (a mayor puntuación mayor autoestima). Recientemente Guillén, Baños, Quero, y Botella (1999) y Guillén, Quero, Baños y Botella (1999) han informado acerca de sus propiedades psicométricas y de su utilidad en población española.

Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA; Méndez *et al.*, 1995). Este instrumento se construyó con el objeto de disponer de un índice que permitiera discriminar entre sujetos con habilidades sociales y aquellos con un déficit en éstas. Consiste en 160 elementos que se dividen en cuatro áreas sociales en las que los adolescentes suelen pasar la mayoría de su tiempo: el instituto, los amigos, la familia y la calle. Cada elemento se puntúa según una escala tipo Likert de cinco puntos que varían entre 0 (ninguna dificultad) y 4 (máxima dificultad).

Autorregistro de Conductas-Objetivo (Echeburúa y Corral, 1987). Este autoinforme fue diseñado con el objeto de que los sujetos especifiquen cinco conductas que desean mejorar tras la intervención, pero a su vez, el autoinforme también permite una planificación terapéutica "a la medida" del paciente, por lo que parece mostrarse muy sensible al cambio terapéutico (Echeburúa, 1995).

Diseño

Utilizamos un diseño cuasiexperimental, de caso único, con medidas antes y después de la aplicación del tratamiento y en el seguimiento (a los doce meses).

Procedimiento

El SET-Asv (*Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version*; Olivares *et al.*, 1998) es un programa multicomponente, diseñado para disminuir o eliminar las respuestas de ansiedad social, mejorar las habilidades sociales e incrementar el repertorio de actividades sociales placenteras del sujeto. Sus diferentes componentes se han desarrollado para mejorar la competencia social en estas dimensiones.

El SET-Asv consta de 29 sesiones de tratamiento que se desarrollan a lo largo de 17 semanas. Las sesiones se realizan dos veces por semana salvo las relativas a la fase educativa y la práctica programada cuya periodicidad es de una vez por semana. Los componentes relativos a la *Fase educativa*, de *Entrenamiento en Habilidades Sociales* (EHS) y *Exposición* se entrenan durante las trece primeras sesiones de tratamiento. El componente educativo se aplica en una sesión y en grupo; los otros dos componentes se aplican una vez por semana y simultáneamente. Las sesiones de EHS se desarrollan en grupo, tienen una duración de 60 minutos, y en ellas se trabaja cómo iniciar y mantener conversaciones, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades,

defender los derechos que propios, etc. (véase Tabla 1). El formato estándar de las sesiones en grupo es: (a) breve resumen de los contenidos de la sesión anterior, (b) desarrollo del tema(s) del día y (c) tareas para casa.

Las relativas a la exposición tienen un formato de entrenamiento individual, su duración aproximada es de 30 minutos y en ellas se trabajan las conductas-objetivo en vivo a través de la representación de papeles y el ensayo de conducta. El formato estándar de las sesiones individuales es: (a) revisión de las tareas para casa y (c) exposición en vivo.

El último componente, la *Práctica Programada*, se desarrolla a lo largo de cuatro sesiones individuales de 60 minutos, 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. Con este fin se lleva a cabo, en esta última fase, un traspaso gradual de la responsabilidad del terapeuta hacia el sujeto para que éste aprenda a planificar y aplique actividades de autoexposición en vivo. También se enfatiza al sujeto la necesidad de continuar exponiéndose a aquellas situaciones sociales que, pese a la terminación del tratamiento, aún puedan desencadenar alguna respuesta de ansiedad.

Tabla 1

Contenidos de la SET-Asv (*Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version*; Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998)

Unidades de tratamiento	Contenido de las sesiones	
	En grupo	Individuales
1	Fase educativa	-----
2	Iniciar conversaciones. Temas apropiados	Exposición
3	Mantener conversaciones. Temas de transición	
4	Atender y recordar. Habilidades telefónicas.	
5	Interacciones con personas del sexo opuesto	
6	Dar y recibir cumplidos	
7	Establecer y mantener amistades	
8	Habilidades para unirse a grupos	
9	Asertividad (I): Rechazar peticiones no razonables	
10	Asertividad (II): Pedir a otros que cambien su conducta	
11	Asertividad (III): Ante figuras de autoridad	
12	Entrenamiento en hablar en público (I): Escoger un tema y construir el cuerpo de la charla	
13	Entrenamiento en hablar en público (II): Cómo iniciar y concluir una conversación.	
14-17	-----	<i>Práctica programada</i>

Resultados

En primer lugar se pudo constatar que ni en el posttest ni en el seguimiento el sujeto cumplía los criterios para el diagnóstico de la fobia social por el que había sido admitido a tratamiento, ocurriendo otro tanto con el trastorno de pánico con agorafobia, pero en cambio sí seguía cumpliendo los relativos a la fobia específica a los dentistas.

En segundo lugar, como puede observarse en la Tabla 2, se produce una mejoría en las puntuaciones del sujeto en todas las medidas tomadas en el posttest. Por lo que respecta a las medidas tomadas en el seguimiento hay que indicar que, respecto al posttest, sólo pudimos hallar un ligero incremento de los valores del PRCS, mientras que se seguía constatando: (a) una reducción de las respuestas de ansiedad social (evaluados por el SPAI y SAS-A/Total), (b) una disminución de las respuestas en el sistema cognitivo (medidas por el SAS-A/FNE), (c) un descenso en los valores de las respuestas de evitación medidas por las subescalas SAD-N y SAD-G del SAS-A, (d)

Tabla 2

Resultados obtenidos a través de los autoinformes en el pretest, posttest y en el seguimiento realizado a los 12 meses

Autoinformes	Rango de las puntuaciones		PRETEST	Posttest	Seguimiento
SPAI					
Fobia Social	(0-192)		170	46	29
Diferencia	(0-192)		134	40	26
SAS-A					
FNE	(8-40)		34	19	14
SAD-N	(6-30)		29	12	12
SAD-G	(4-20)		15	10	6
Puntuación Total	(18-90)		78	41	32
PRCS	(0-30)		27	8	10
INADAPTACIÓN	(6-36)		28	14	6
AUTOESTIMA	(10-40)		21	21	33
EHSPA	(0-400)	<i>Puntuación directa</i>	380	108	43
		<i>Centil</i>	97	34	12

SPAI: Inventario de Ansiedad y Fobia Social; SAS-A: Escala de Ansiedad Social en Adolescentes (FNE: subescala de miedo a la evaluación negativa; SAD-N: subescala de ansiedad y evitación social ante extraños; SAD-G: subescala de ansiedad y evitación social ante gente en general); PRCS: Cuestionario de confianza para hablar en público; EHSPA: Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes

* Los números entre paréntesis corresponden a los rangos de las puntuaciones de cada uno de los autoinformes

una mejora en la adaptación del sujeto, (e) un incremento de la autoestima y (f) un aumento en sus habilidades sociales. Es decir, tras la intervención se observa que el sujeto ha logrado que disminuyan los valores relativos a la frecuencia de sus respuestas de ansiedad y ha incrementado su repertorio de conductas habilidosas y útiles para incrementar su adaptación, lo que se ha visto reflejado en el decremento de los valores obtenidos en el pretest en las puntuaciones de la Escala de Inadaptación. Asimismo, en general se constata que estos resultados se han mantenido en las medidas tomadas durante el seguimiento, pasados 12 meses de la aplicación del tratamiento.

Tabla 3

Resultados de la Escala de Conductas-Objetivo en el pretest, posttest y seguimiento

Conductas-Objetivo	Nivel de dificultad (0-10)			Grado de evitación (1-6)		
	Pretest	Posttest	Seguimiento	Pretest	Posttest	Seguimiento
1. Iniciar y mantener una conversación con gente de mi edad	9	2	0	5	1	1
2. Iniciar y mantener una conversación con gente en general	9	2	2	5	1	2
3. Comprar en una tienda	10	0	0	6	1	1
4. Hablar en público	9	3	3	6	2	2
5. Caminar delante de un grupo de personas	9	1	1	5	1	1

Otro tanto podemos decir de los datos obtenidos a través de la Escala de Conductas-Objetivo (véase Tabla 3), tanto en los referidos al grado de dificultad ante el afrontamiento de las situaciones sociales fóbicas como en el grado de evitación, lo que es consistente con los datos proporcionados por las subescalas SAD-N y SAD-G del SAS-A, las cuales miden las respuestas de evitación.

Discusión

Los resultados constatan la eficacia a corto y largo plazo de la aplicación del SET-Asv a un sujeto adolescente que cumplía los criterios del DSM-IV (APA, 1994) para el diagnóstico de fobia social generalizada. Por otra parte, estos resultados son consistentes con lo informado por otros trabajos en población adolescente de lengua inglesa (Albano, Marten *et al.*, 1995; Hayward *et al.*, 2000), lo cual cobra especial relevancia tanto por la escasez de estudios publicados como porque sólo en el último trabajo citado se informa de resultados a largo plazo.

Es también destacable la reducción que se observa en los valores relativos a los efectos del tratamiento sobre el grado de dificultad y la frecuencia de la res-

puesta de evitación en relación a las conductas-objetivo, tanto en el posttest como en su mantenimiento en el seguimiento. Estos datos son consistentes con los resultados obtenidos tras la administración de la entrevista personal y la respuesta a los autoinformes, pero discrepa de lo hallado por Salaberría y Echeburúa (1995) en el tratamiento de un sujeto adulto.

Asimismo, también hay que señalar como una vez acabado el tratamiento el sujeto ya no cumplía los criterios ni para el diagnóstico de la fobia social generalizada ni para el trastorno de angustia con agorafobia (APA, 1994), ni en el posttest ni en el seguimiento, lo que también es coherente con lo sostenido respecto de la bondad de las intervenciones que centran sus esfuerzos en la detección e intervención temprana cuando no se ha podido llevar a cabo el trabajo de prevención (Olivares, Méndez y Macià, 1997).

Así mismo, hay que indicar que, tal como recuerdan Beidel y Turner (1998), la detección e intervención temprana en la fobia social no sólo presenta un efecto terapéutico, al permitir reducir o eliminar las respuestas de ansiedad social, sino que también lo tiene preventivo al impedir la aparición en el sujeto de otros trastornos comórbidos de los trastornos de ansiedad, relativos al estado de ánimo, relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, el deterioro del rendimiento académico o las oportunidades laborales.

Por último, nuestros datos también coinciden tanto con los resultados de trabajos previos en los que se mostraba cómo un tratamiento conductual puede producir la modificación de las respuestas cognitivas negativas (así, por ejemplo, Mulkens, Bögels y de Jong, 1999; Newman, Hofmann, Trabert, Roth y Taylor, 1994 o Salaberría y Echeburúa, 1995), como con los obtenidos por los meta-análisis de Feske y Chambless (1995) y Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap (1997), en los que también se constata que la exposición, por sí sola, es capaz de generar cambios en las respuestas cognitivas de los sujetos y que la adición del componente cognitivo no parece ser una condición ni necesaria ni suficiente para producir el cambio terapéutico en este sistema de respuestas.

Referencias

- Albano, A.M., DiBartolo, P.M., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 387-425). Nueva York: Guilford Press.
- Albano, A.M., Marten, P.A. y Holt, C.S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Manuscrito no publicado.
- Albano, A.M., Marten, P.A. y Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición). Washington, DC: Author.
- Beidel, D.C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545-552.

- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Clark, D.B. y Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233.
- Clark, D.B., Turner, S.M., Beidel, D.C., Donovan, J.E., Kirisci, L. y Jacob, R.G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- DiNardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Autorregistro de Conductas Objetivo*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Indaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Feske, V. y Chambless, D.L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Francis, G., Last, C.G. y Strauss, C.C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.
- 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.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Speech Monographs*, 9, 141-160.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Science Practical*, 4, 291-306.
- Guillén, V., Baños, R.M., Quero, S. y Botella, C. (1999, noviembre). *Diferencias en autoestima entre población normal y personas con diagnóstico de fobia social*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Granada.
- Guillén, V., Quero, S., Baños, R.M. y Botella, C. (1999, noviembre). *Datos psicométricos y normativos del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg en una muestra española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Granada.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A.F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Hazen, A.L. y Stein, M.B. (1995). Clinical phenomenology and comorbidity. En M.B. Stein (dirs.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 3-41). Washington, DC: APA.
- Hudson, J.L. y Rapee, R.M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24, 102-129.
- Jiménez, L., Sáiz, P.J., Bascarán, M.T. e Iglesias, C. (1999). Epidemiología del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, González, M.P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (dirs.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 3- 14). Barcelona: Masson.
- Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschlemann, S., Wittchen, H.-U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder

- ders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- 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.
- Last, C.G. y Strauss, C.C. (1990). School refusal in anxiety disordered children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.
- Lawrence, B. y Bennet, S. (1992). Shyness and education: The relationship between shyness, social class and personality variables in adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 62, 257-263.
- Méndez, F.X., Inglés, C.J. e Hidalgo, N.D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74.
- Méndez, F.X., Martínez, J.A., Sánchez, S.E. e Hidalgo, M.D. (1995). *Escala de habilidades sociales para adolescentes (EHSPA)*. Manuscrito no publicado.
- Mulkens, S., Bögels, S.M. y de Jong, P.J. (1999). Attentional focus and fear of blushing: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 153-164.
- Newman, M.G., Hofmann, S.G., Trabert, W., Roth, W.T., y Taylor, C.B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy*, 25, 503-517.
- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- Olivares, J., Méndez, F.X. y Macià, D. (1997). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (1999). *Un análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada, Noviembre 1999.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. Desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). La exposición como tratamiento psicológico en un caso de fobia social de tipo generalizado. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 305-326.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R. y Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- 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.
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P.D. y Koch, W.J. (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, 1, 181-191.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- 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 co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.