

## **AVANCES RECIENTES Y NUEVAS DIRECTRICES EN LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL EN JÓVENES**

Carrie Masia-Warner<sup>1</sup>, Eric A. Storch<sup>2</sup>, Paige Fisher<sup>1</sup>  
y Rachel G. Klein<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*New York University School of Medicine (USA);* <sup>2</sup>*University of Florida (USA)*

### **Resumen**

El trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes es frecuente, perturbador y puede colocar a los niños en una situación de riesgo para adquirir trastornos secundarios, como el abuso de sustancias psicoactivas y los trastornos afectivos. El reconocimiento de la importancia de la fobia social ha llevado a un resurgir de la investigación sobre su evaluación y tratamiento en los jóvenes. Este artículo proporciona una revisión de los avances recientes en esta área, incluyendo el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación e intervenciones desarrolladas específicamente para el trastorno de ansiedad social. Se describen medidas sobre la ansiedad infantil utilizadas habitualmente y las propiedades psicométricas asociadas. Además, se resaltan los avances y las limitaciones de la investigación sobre los resultados de los tratamientos existentes. Se sugieren directrices para un progreso continuo, incluyendo más trabajo sobre las medidas de los padres y los profesores y sobre los estudios de tratamiento con adolescentes, más investigación sobre los obstáculos a la hora de acudir a terapia y participar en el tratamiento, y tratar de llevar las intervenciones a lugares de la comunidad, como las escuelas.

**PALABRAS CLAVE:** *Trastorno de ansiedad social, fobia social, evaluación, tratamiento, jóvenes.*

### **Abstract**

Social anxiety disorder in children and adolescents is common, debilitating, and may place children at later risk for secondary disorders such as substance abuse and affective disorders. Recognition of the significance of social phobia has led to a surge of research on its assessment and treatment in youth. This paper provides an overview of the recent advances in this area including the development of new

assessment instruments and interventions designed specifically for social anxiety disorder. Commonly used child anxiety measures and associated psychometric properties are described. In addition, the advances and limitations of the existing treatment outcome research are highlighted. Directions for continued progress are suggested including additional work on parent and teacher measures and treatment studies with adolescents, investigations of barriers to referral and treatment participation, and transporting interventions to community settings such as schools.

KEY WORDS: *Social anxiety disorder, social phobia, assessment, treatment, youth.*

## Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS) se caracteriza por un intenso temor a hacer el ridículo, a la humillación y a la evaluación negativa por los demás en situaciones sociales (American Psychiatric Association, 1994). Las situaciones temidas y evitadas habitualmente abarcan un amplio rango de acontecimientos sociales y de actuación, incluyendo asistir a reuniones sociales, iniciar conversaciones con iguales, hablar en clase, invitar a alguien a unirse a lo que esté haciendo el sujeto, comer enfrente de los demás y hablar a figuras con autoridad y a adultos no familiares (Hofmann *et al.*, 1999). El inicio más habitual es en la adolescencia, pero el trastorno puede darse en niños (Beidel, Turner y Morris, 1999; Degonda y Angst, 1993). Los estudios epidemiológicos sugieren que la fobia social en los jóvenes es frecuente (véase Klein y Pine, 2002). Las tasas de prevalencia son especialmente elevadas en adolescentes, yendo desde el 4 al 9% (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand y Kasius, 1997; Wittchen, Stein y Kessler, 1999).

Los niños y los adolescente con un TAS sufren un deterioro funcional y un malestar importantes en múltiples áreas. El TAS está asociado con pocos amigos, soledad, estado de ánimo deprimido (Beidel *et al.*, 1999), rechazo a la escuela (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin, 1991), deficiente rendimiento en la escuela (Beidel, 1991) y consumo de alcohol (DeWit, MacDonald y Offord, 1999). Además, los jóvenes socialmente ansiosos corren el riesgo del rechazo de los iguales (Inderbitzen-Nolan, Walters y Bukowski, 1997; La Greca y Stone, 1993; Strauss, Frame y Forehand, 1987; Vernberg, Abwender, Ewell y Beery, 1992). Los estudios sobre fobia social en muestras epidemiológicas y clínicas han encontrado estabilidad en la vida adulta (Öst, 1987) y sugieren que la fobia social puede contribuir a aumentar el riesgo de depresión, intentos de suicidio, abuso de sustancias psicoactivas, incapacidad para trabajar y restricciones sociales graves (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Liebowitz, Gorman, Fryer y Klein, 1985; Kessler *et al.*, 1994; Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma, 1998; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz y Weissman, 1992; Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1986; Wittchen *et al.*, 1999). Así, la fobia social parece ser una condición crónica que puede perturbar gravemente el funcionamiento a largo plazo.

## Evaluación

El reconocimiento de la importancia de la fobia social ha hecho que surjan investigaciones sobre su etiología y tratamiento en los jóvenes (Beidel, Turner y Morris, 1995; Beidel, Turner, Hamlin y Morris, 2000; Beidel, Turner y Morris, 2000; Hayward *et al.*, 2000; Masia, Klein, Storch y Corda, 2001; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000). Estos esfuerzos han creado la necesidad de evaluaciones específicas. Estas incluyen una entrevista diagnóstica diseñada específicamente para los trastornos de ansiedad, instrumentos de autoevaluación de la ansiedad y un inventario administrado por un clínico. Se describen medidas sobre la ansiedad infantil utilizadas habitualmente y las propiedades psicométricas asociadas.

### *Entrevistas diagnósticas*

Varias entrevistas diagnósticas sistemáticas para niños y sus padres analizan la sintomatología psiquiátrica. Entre ellas, la «Entrevista para los trastornos de ansiedad del DSM-IV: versiones para el niño y los padres» (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent versions, ADIS-C/P*; Silverman y Albano, 1996) se centra principalmente en los trastornos de ansiedad. La ADIS-C/P evalúa los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y muestrea la presencia de trastornos de la conducta perturbadora, psicosis y trastornos de la alimentación. Un clínico lleva a cabo las entrevistas de forma separada con padres e hijos y asigna un diagnóstico basado en ambos informadores. Basándose en la información de las dos entrevistas, el clínico asigna un diagnóstico compuesto y las correspondientes puntuaciones de gravedad. Se le da un diagnóstico si obtiene una puntuación de gravedad de 4 ó más en una escala que va de 0 a 8 puntos de malestar/deterioro.

Los estudios psicométricos indican que la ADIS-C/P es una entrevista fiable. Por ejemplo, Silverman, Saavedra y Pina (2001) encontraron que la fiabilidad test-retest de los 7 a 14 días va de adecuada a excelente a lo largo de los diagnósticos de trastornos de ansiedad ( $\kappa$ pas= 0,63-0,80 para la entrevista a los niños; 0,65-0,88 para la entrevista a los padres; y 0,80-0,92 para los diagnóstico combinados). Se ha informado de una concordancia entre evaluadores excelente para los trastornos de ansiedad (coeficientes de correlación que van de 0,82 a 0,95) (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken y Barrios, 2002). Sin embargo, se han encontrado bajos niveles de concordancia padres-hijos para los diagnósticos de ansiedad en las clínicas infantiles ( $\kappa$ pas= 0,24-0,37) (Grills y Ollendick, 2003). Estos autores interpretaron que esos hallazgos reflejaban que los clínicos dan más énfasis al informe de los padres.

### *Escalas de ansiedad*

Las escalas de autoinforme sobre ansiedad para niños y adolescentes incluyen: 1) la Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (*Social Anxiety Scale for Children-Revised, SASC-R*) y la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A*) (La Greca, 1999); 2) el Inventario de Ansiedad

y Fobia Social para Niños (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAI-C*; Beidel et al., 1995) y la contraparte para adolescentes y adultos, el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989); 3) la Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (*Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC*; March, Parker, Sullivan, Stallings y Conners, 1997); y 4) el Instrumento de Cribado para los Trastornos Emocionales relacionados con la Ansiedad Infantil (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED*; Birmaher et al., 1997). Se revisa cada uno de estos instrumentos y sus propiedades psicométricas.

**LAS ESCALAS DE ANSIEDAD SOCIAL.** Las dos versiones de las Escalas de Ansiedad Social de La Greca (1999), es decir, la Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R) y la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) constan de 18 ítems sobre ansiedad social y 4 ítems más que reflejan la actividad o las preferencias sociales, evaluándose sobre una escala Likert de 5 puntos, desde (1) «no es verdad es absoluto» hasta (5) «todo el tiempo». La SASC-R está diseñada para niños de edades entre 7 y 12 años y la SAS-A para adolescentes entre 13 y 18 años. El formato de las dos escalas es idéntico, pero los ítems difieren ligeramente para reflejar las diferencias evolutivas. Están disponibles también las versiones de la SASC-R y la SAS-A para los padres y los maestros, pero hasta el momento no se han obtenido los datos psicométricos. Por medio del análisis factorial, se han desarrollado tres subescalas para estas dos versiones: el Temor a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation, FNE*), el Malestar y la Evitación Social Específicos a Nuevas Situaciones (*Social Avoidance and Distress Specific to New Situations, SAD-New*) y el Malestar y la Evitación Sociales Generalizadas (*Generalized Social Avoidance and Distress, SAD-General*). El FNE refleja los temores y las preocupaciones con respecto a las evaluaciones negativas de los iguales (8 ítems; p.ej., «Me preocupa lo que los demás hablen sobre mí»). El SAD-New evalúa la ansiedad en nuevas situaciones sociales (6 ítems; p.ej., «Me pongo nervioso cuando tengo que hablar con compañeros a los que no conozco muy bien»). El SAD-General refleja la inhibición o ansiedad social general (4 ítems; p.ej., «me siento tranquilo cuando estoy en un grupo de gente»). Las puntuaciones de las subescalas se obtienen sumando los ítems incluidos en cada uno de las tres subescalas. Se puede calcular una puntuación total sumando las puntuaciones de las subescalas.

La consistencia interna de las tres subescalas ha sido aceptable, con alfas que van desde 0,89 a 0,86 (Ginsburg, La Greca y Silverman, 1998; La Greca y Stone, 1993; Storch, Barlas, Dent y Masia, 2002; Storch, Eisenberg, Roberti y Barlas, 2003). La fiabilidad test-retest en el plazo de un año ha sido moderada para el FNE ( $r = 0,42$ ), la SAD-New ( $r = 0,36$ ) y la SAD-General ( $r = 0,36$ ). El análisis factorial confirmatorio ha apoyado la estructura trifactorial del instrumento (La Greca y Stone, 1993), con una bondad del ajuste de 0,86 y un coeficiente de determinación de 0,903. La validez de la medida ha sido respaldada por correlaciones positivas con el SPI-C ( $r = 0,63$ ) (Morris y Masia, 1998), asociaciones negativas con la aceptación social y las interacciones con los iguales (Ginsburg et al., 1998) y relaciones positivas con el rechazo de los iguales, la soledad y los síntomas depresivos (La Greca y Stone, 1993; Storch et al., 2003). Además, en una muestra clínica de niños con fobias simples,

el SASC-R distinguió entre niños con y sin trastornos de ansiedad comórbidos y socialmente relevantes (p.ej., fobia social, trastorno de ansiedad excesiva) (Ginsburg *et al.*, 1998).

De igual manera, se han encontrado propiedades psicométricas adecuadas para la SAS-A, incluyendo una buena consistencia interna (alfas de las subescalas= de 0,70-0,89), una estructura trifactorial estable (Storch, Masia-Warner, Dent, Roberti y Fisher, en prensa) y correlaciones moderadas con otras medidas de autoinforme de la ansiedad social (Inderbitzen-Nolan y Walters, 2000; Storch *et al.*, en prensa). Otros estudios significativos (García-López *et al.*, 2001; Olivares *et al.*, 1999; Olivares *et al.*, 2002) han demostrado también la validez de la SAS-A para ser empleada en una cultura no angloparlante de adolescentes españoles.

EL INVENTARIO DE ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL PARA NIÑOS (SPAI-C). Este inventario (Beidel *et al.*, 1995) es una medida de autoinforme para niños menores de 14 años que consta de 26 ítems. Éstos se contestan sobre una escala Likert de 3 puntos (0= nunca), 1= a veces, 2= la mayor parte del tiempo o siempre) y evalúa una serie de situaciones sociales y síntomas fisiológicos (p.ej., palpitaciones cardiacas), cognitivos (p.ej., «la gente pensará que soy tonto») y conductuales (p.ej., evitación) de la fobia social. Nueve de los ítems piden al niño que puntúe su malestar subjetivo en diferentes contextos (p.ej., «niños y niñas que conozco», «niños y niñas que no conozco», «adultos»). Se promedian las respuestas a cada uno de estos nueve ítems y se obtiene una puntuación combinada del instrumento sumando los 26 ítems.

El SPAI-C ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas. La consistencia interna del instrumento total y de las puntuaciones de los factores es aceptable (alfa de Cronbach = 0,95 para la medida global; alfas = 0,65-0,83 para las puntuaciones de los factores) (Beidel, Turner y Fink, 1996; Storch *et al.*, en prensa). Además, la fiabilidad test-retest es buena en un periodo de 2 semanas ( $r = 0,86$ ) y de 10 meses ( $r = 0,63$ ) (Beidel *et al.*, 1995), y modesta a los 12 meses ( $r = 0,47$ ) (Storch *et al.*, en prensa). La validez del SPAI-C se ha respaldado por medio de las relaciones moderadas con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños-Subescala de Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory for Children-Trait subscale*) ( $r = 0,50$ ), con la subescala de Fracaso y Crítica del Cuestionario de Temores para Niños-Revisado (*Failure and Criticism subscale of the Fear Survey Schedule for Children-Revised*) ( $r = 0,53$ ) y por el número de situaciones sociales perturbadoras diarias ( $r = 0,50$ ) (Beidel *et al.*, 1995; Beidel *et al.*, 1996). El SPAI-C ha sido capaz de distinguir niños con un trastorno de ansiedad social de aquellos con trastornos exteriorizados y de sujetos control sanos (Beidel *et al.*, 1996). El análisis factorial del SPAI-C con muestras de niños (Beidel *et al.*, 1996) y adolescentes (Storch *et al.*, en prensa) ha revelado una estructura estable que evalúa los siguientes constructos: (a) asertividad, (b) conversación general, (c) actuación en público, (d) síntomas físicos y cognitivos, y (e) evitación conductual.

INVENTARIO DE ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL (SPAI). Este inventario (Turner *et al.*, 1989) es un instrumento de autoinforme de 45 ítems para adolescentes (de 14 años en adelante) y adultos que evalúa los síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos

asociados con la fobia social. Los ítems puntúan sobre una escala tipo Likert de 7 puntos, desde 1 (nunca) hasta 7 (siempre). El SPAI se compone de una escala de fobia social (32 ítems) y otra de agorafobia que, tal como recomiendan los autores, se utilizan para obtener una puntuación diferencial (total). Esta puntuación se calcula restando la subescala de agorafobia de la subescala de fobia social. Diecisiete de los 32 ítems de fobia social evalúan el grado de malestar asociado con las interacciones con cuatro grupos diferentes, como son los extraños, las figuras de autoridad, el sexo opuesto y la gente en general.

El SPAI ha mostrado sólidas características psicométricas para su utilización con adolescentes y adultos (Turner *et al.*, 1989, Beidel, Turner, Stanley y Dancu, 1989; Herbert, Bellack y Hope, 1991). En adolescentes, la consistencia interna era alta para las subescalas de la fobia social y de la agorafobia (alfa = 0,97 y 0,91) y la puntuación total (alfa = 0,97) del SPAI (Clark *et al.*, 1994). La fiabilidad test-retest en un plazo de 10 días era buena para las subescalas de la fobia social y la agorafobia ( $r = 0,86$  y  $0,77$ ) y la puntuación total ( $r = 0,83$ ) (García-López *et al.*, 2001). El análisis factorial confirmatorio respaldó un modelo bifactorial de la fobia social y la agorafobia hallado por Turner y sus colaboradores (1989) en adultos. Además, se ha encontrado que el SPAI discrimina adolescentes con fobia social de aquellos con otros trastornos de ansiedad y de adolescentes sin ansiedad (Clark *et al.*, 1994). El SPAI ha mostrado también buenas propiedades psicométricas para adolescentes de habla española y se recomienda, junto con el SAS-A, como instrumentos de primera línea para evaluar la ansiedad social de los adolescentes en España (García-López *et al.*, 2001; Olivares *et al.*, 1999; Olivares *et al.*, 2002).

LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ANSIEDAD PARA NIÑOS (MASC). Este instrumento (March *et al.*, 1997) es un cuestionario de autoinforme de 39 ítems para jóvenes de 8 a 18 años que evalúa síntomas en general, ansiedad social y ansiedad de separación en niños y adolescentes en una escala tipo Likert de 4 puntos (0= nunca verdadero de mí, 1= raramente verdadero de mí, 2= a veces verdadero de mí, 3= a menudo verdadero de mí). Se han identificado cuatro subescalas por medio del análisis factorial: Síntomas físicos (12 ítems; p.ej., «Me siento tenso»), Ansiedad social (9 ítems; p.ej., «Me preocupa que otras personas piensen que soy tonto»), Ansiedad de separación (9 ítems; p.ej., «Trato de estar cerca de papá o mamá») y Evitación de daño (9 ítems; «Me aparto de las cosas que me molestan»). La puntuación total se calcula sumando todos los ítems; las puntuaciones de las subescalas se calculan sumando todos los ítems de las subescalas.

La consistencia interna de la MASC es de 0,90 para el instrumento total y va de 0,74 a 0,85 para las subescalas (March *et al.*, 1997). La fiabilidad test-retest hallada en intervalos de tres semanas y de tres meses ha sido de 0,88 y 0,87 (March *et al.*, 1997; March, Sullivan y Parker, 1999). March *et al.* (1997) encontraron que la MASC correlacionaba moderadamente con la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños-Revisada (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS*;  $r = 0,63$ ) y la correlación no era significativa con el Inventario de Depresión para Niños (*Children's Depression Inventory, CDI*;  $r = 0,19$ ) o el Cuestionario Abreviado de Síntomas (*Abbreviated Symptom Questionnaire, ASQ*;  $r = 0,07$ ). Se encontraron relaciones

significativas entre el RCMAS y las subescalas de Síntomas físicos ( $r = 0,71$ ) y de Ansiedad social ( $r = 0,55$ ).

EL INSTRUMENTO DE CRIBADO PARA LOS TRASTORNOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD INFANTIL (SCARED). Esta medida (Birmaher *et al.*, 1997) es una escala de 38 ítems utilizada para cribar los trastornos de ansiedad en niños de 9 a 18 años, con versiones paralelas para niños y padres. La escala se compone de 5 subescalas obtenidas a través del análisis factorial y que puntúan en una escala tipo Likert de 3 puntos (0 = no es verdad, 1 = a veces es verdad; 2 = Es verdad a menudo). Las subescalas son somático/pánico, ansiedad general, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar.

Tanto la versión de los padres como la de los niños han mostrado buena consistencia interna (alfas que van de 0,74 a 0,89 para las subescalas) y fiabilidad test-retest en un plazo de 5 semanas (coeficientes de correlación de 0,70 a 0,90). El SCARED era capaz de distinguir entre jóvenes con trastornos de ansiedad y jóvenes con trastornos perturbadores y depresivos (Birmaher *et al.*, 1997; Birmaher *et al.*, 1999). En un estudio de Muris *et al.* (1998), la validez concurrente era respaldada por elevadas correlaciones entre el SCARED y otras medidas de la ansiedad infantil (p.ej., la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños-Revisada [*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*]; Reynolds y Richmond, 1985).

#### *Inventarios rellenos por los clínicos*

Aunque las escalas de autoinforme constituyen una estrategia económica al evaluar grupos amplios de niños para programas de prevención y estudios epidemiológicos, las evaluaciones de los clínicos son más válidas para averiguar la gravedad clínica y la respuesta al tratamiento (Klein y Pine, 2002). Basándose en la necesidad de una escala aplicada por el clínico para los jóvenes y la validez de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*; Liebowitz, 1987) para adultos, desarrollamos recientemente un instrumento similar para niños y adolescentes.

LA ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (*Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents, LSAS-CA*; Masia-Warner, Klein y Liebowitz, 2002). Esta escala consta de 24 ítems que evalúan una serie de situaciones que pueden temer y evitar los niños y adolescentes con fobia social. Incluye 12 situaciones de interacción social (p.ej., mirar a los ojos a gente que no conoces bien) y 12 situaciones de actuación (p.ej., hacer preguntas en clase). En cada situación, el evaluador pide al niño que de puntuaciones separadas para la ansiedad y para la evitación en una escala tipo Likert de 0 a 3. El entrevistador tiene libertad para explorar las respuestas y ajustar las puntuaciones dependiendo del juicio clínico y las observaciones directas. La LSAS-CA proporciona una puntuación total y puntuaciones en las subescalas: ansiedad social, evitación social, ansiedad ante la actuación, evitación de la actuación, ansiedad total y evitación total.



Los hallazgos iniciales indican que la LSAS-CA es fiable y válida (Masia-Warner *et al.*, 2003). Se ha encontrado una elevada consistencia interna para las puntuaciones total y de las subescalas de la LSAS-CA en una muestra de 154 niños y adolescentes (alfa= 0,90-0,97), así como en una submuestra de 97 participantes con fobia social (alfa= 0,83-0,95). La fiabilidad test-retest de las puntuaciones total y de las subescalas de la LSAS-CA es excelente (0,89-0,94). Además, los puntuaciones de la LSAS-CA muestran asociaciones más sólidas con medidas de la ansiedad social y de deterioro general que con una medida de depresión. La LSAS-CA ha sido capaz de distinguir participantes con un trastorno de ansiedad social de aquellos que padecen otros trastornos de ansiedad y de grupos control de sujetos sanos (Masia-Warner *et al.*, 2003).

## Tratamiento

### *Tratamientos de base clínica*

El desarrollo de tratamientos de base clínica elaborados específicamente para niños y adolescentes con fobia social representa uno de los avances más significativos de la última década. Se presenta seguidamente una breve descripción de estos programas de tratamiento y su demostrada eficacia.

LA TERAPIA PARA LA EFICACIA SOCIAL PARA NIÑOS (*Social Effectiveness Therapy for Children, SET-C*; Beidel, Turner y Morris, 1998). La SET-C consiste en un programa conductual de 24 sesiones que se apoya en la exposición y en el entrenamiento en habilidades sociales. El programa incluye 12 sesiones grupales que se centran en el entrenamiento en habilidades sociales con actividades para la generalización con iguales. Además, se llevan a cabo 12 sesiones individuales de exposición que están adaptadas de forma específica a la ansiedad social del niño. Beidel y colaboradores han adaptado este enfoque para adolescentes (SET-A). Ambas versiones enfatizan la exposición conductual y el entrenamiento en habilidades sociales como mecanismos de tratamiento, pero sólo la SET-C incluye actividades de generalización con los iguales.

En un experimento de base clínica con niños de edades entre 8 y 12 años (n= 67), Beidel, Turner y Morris (2000) compararon la SET-C con los Cazaexámenes (*Testbusters*), un programa que incluye habilidades de estudio y estrategias para hacer exámenes, pero que no aborda la ansiedad social. Los niños en el programa SET-C, comparados con los del grupo control, mostraron una disminución de los síntomas y una mejora del funcionamiento significativas. Además, el 67% del grupo tratado con el SET-C ya no cumplió los criterios diagnósticos de la fobia social comparado con sólo el 5% del grupo control. Los beneficios del tratamiento se mantenían en el seguimiento de 6 meses. Estos potentes efectos del tratamiento son impresionantes, teniendo en cuenta el empleo de un grupo control de atención en vez de una lista de espera.



EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: MEJORANDO LA COMPETENCIA SOCIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (EHS) (*Social Skills Training: Enhancing Social Competence in Children and Adolescents, SST*; Spence, 1995). El EHS (SST) es un tratamiento cognitivo-conductual que enfatiza el entrenamiento en habilidades sociales, pero que incluye también técnicas de relajación, solución de problemas sociales, auto-instrucciones positivas, cuestionamiento cognitivo y exposición graduada a las interacciones sociales. La atención predominante de este enfoque hacia las habilidades sociales se basa en hallazgos de déficit de habilidades sociales entre niños fóbicos sociales, que se hipotetizan contribuyen a las dificultades de las interacciones sociales (Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 1999). Se piensa que esto, a su vez, conduce a atribuciones negativas sobre la competencia social y las capacidades percibidas, dando como resultado una mayor ansiedad. El EHS consta de 12 sesiones una vez a la semana que tienen una duración de 60 minutos, seguidas de un periodo de práctica de 30 minutos sobre las habilidades sociales aprendidas en un ambiente simulado. Se programan 2 sesiones de apoyo, una a los 3 y otra a los 6 meses.

En un experimento con un grupo control de lista de espera (Spence *et al.*, 2000), niños con edades entre los 7 y los 14 años ( $n= 50$ ) se asignaron aleatoriamente a una de las siguientes tres condiciones: EHS centrado en el niño, EHS más implicación de los padres o bien lista de espera. En el postratamiento, había, de forma significativa, menos niños que, habiendo recibido el EHS solo o el EHS con implicación de los padres, cumpliesen todavía los criterios diagnósticos de la fobia social, comparados con el grupo control de lista de espera (GLE), siendo el porcentaje del 42%, el 12,5% y el 93%, respectivamente. Además, comparados con el GLE, ambos grupos mostraron mayores disminuciones, de forma significativa, en los autoinformes de los niños de la ansiedad social y general y un aumento en los informes de los padres sobre las habilidades sociales. Estas ganancias se mantenían en el seguimiento a los 12 meses. La eficacia de la TCC con y sin padres no se diferenciaba de forma significativa.

TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA ADOLESCENTES (*Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents, CBGT-A*; Albano, Marten y Holt, 1991). La CBGT-A es un tratamiento cognitivo-conductual que enfatiza la reestructuración cognitiva y la exposición conductual. Este enfoque se basa en la idea de que las cogniciones distorsionadas constituyen los mecanismos causales subyacentes para los síntomas de ansiedad social. La CBGT-A consiste en 16 sesiones de grupo con una duración de 90 minutos y extendiéndose por un periodo de 14 semanas que incluye la reestructuración cognitiva, la exposición conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en solución de problemas. Las cuatro sesiones iniciales se llevan a cabo dos veces por semana; las restantes 12 sesiones son semanales.

Un experimento con grupo control y asignación aleatoria de chicas adolescentes con fobia social (Hayward *et al.*, 2000) encontró reducciones significativas en las puntuaciones de interferencia evaluadas por el clínico en el grupo de CBGT-A ( $n= 12$ ) comparado con un grupo control de lista de espera ( $n= 23$ ). En el postratamiento, el 45% del grupo tratado ya no cumplía con los criterios de la fobia social

comparado con el 5% del grupo no tratado. El grupo tratado informó de reducciones significativas de los síntomas de la fobia social en el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI), aunque sus puntuaciones seguían todavía en el nivel clínico. En el seguimiento a un año, los grupos no se diferenciaban en las medidas sobre los resultados.

### *Interviniendo en las escuelas*

A pesar de la disponibilidad de programas eficaces de base clínica, no es probable que los jóvenes afectados de la comunidad reciban tratamiento (Essau *et al.*, 1999; Leaf *et al.*, 1996; Wittchen *et al.*, 1999). Esta elevada prevalencia del deteriorante trastorno de ansiedad social en adolescentes y la baja utilización del tratamiento se encuentra bien documentada (Essau *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 1999). Además, los investigadores a menudo observan dificultades en el reclutamiento de adolescentes con fobia social para investigaciones clínicas en lugares de salud mental.

La incorporación de intervenciones en las escuelas podría solucionar este problema. Esta posición se basa en varias observaciones. En primer lugar, la mayoría de los niños que buscan servicios de salud mental los reciben en la escuela (Burns *et al.*, 1995; Farmer, Stangl, Burns, Costello y Angold, 1999; Leaf *et al.*, 1996; Staghezza-Jaramillo, Bird, Gould y Canino, 1995). En segundo lugar, los padres consultan frecuentemente con los profesores sobre los problemas de sus hijos (Cohen, Kasen, Brook y Struening, 1991) y las opiniones de los profesores sobre la necesidad de tratamiento de los niños tienen un impacto importante en las decisiones de acudir a tratamiento (Angold *et al.*, 1998; Costello y Janiszewski, 1990; Hoberman, 1992; Tarico, Low, Trupin y Forsyth-Stephens, 1989; Wu *et al.*, 1999; Zahner y Daskalakis, 1997). Tercero, en un estudio sobre niños con trastornos depresivos y perturbadores (Wu *et al.*, 1999), la utilización por parte de los niños de los servicios escolares, comparado con los servicios de salud mental de la comunidad, estaba menos influenciada por factores demográficos y parentales, lo que indicaba que la escuela puede ofrecer oportunidades que de otra forma no estarían disponibles. Finalmente, Laitinen-Krispijn, Van der Ende, Wierdsma y Verhulst (1999) y Verhulst y Van der Ende (1997) encontraron que los adolescentes son reacios a buscar ayuda fuera del colegio. Por lo tanto, el proporcionar intervención en las escuelas puede ser de especial relevancia para los adolescentes con un trastorno de ansiedad social, ya que la escuela es el lugar en el que sufren las mayores desventajas (Hofmann *et al.*, 1999).

LA TERAPIA PARA ADOLESCENTES CON FOBIA SOCIAL GENERALIZADA (TAFSG; Olivares y García-López, 1998). Debido a las dificultades implicadas en conseguir adolescentes con fobia social en las clínicas, la TAFSG se desarrolló en una escuela. La TAFSG es un tratamiento cognitivo-conductual que enfatiza el entrenamiento en habilidades sociales y el desarrollo de habilidades de reeducación cognitiva. Los ejercicios de exposición son específicos a las situaciones temidas por los adolescentes. Este

enfoque consta de 12 sesiones de grupo una vez por semana con una duración de 90 minutos cada una. Además, los adolescentes tienen la opción de asistir a sesiones individuales no estructuradas según lo necesiten, centrándose en una serie de temas incluyendo las tareas para casa, explicando los conceptos discutidos en sesiones anteriores o solucionando los problemas de las interacciones sociales difíciles.

En una muestra de 59 adolescentes, Olivares y colaboradores (García-López *et al.*, 2002; Olivares *et al.*, 2002) compararon la eficacia de la TAFSG frente a versiones españolas de la Terapia para la Eficacia Social para Adolescentes (SET-Asv; Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998) y de la CBGT-A y frente a un tercer grupo de comparación que se componía de sujetos que rechazaron el tratamiento. Los hallazgos proporcionan cierto respaldo inicial de que los tratamientos activos eran superiores a la condición de comparación a la hora de disminuir los síntomas de la fobia social y el deterioro social y académico, y de mejorar las habilidades sociales y la autoestima (García-López *et al.*, 2002; Olivares *et al.*, 2002). Había también diferencias entre los tratamientos activos. Utilizando la falta de un diagnóstico de fobia social en el periodo de postratamiento como un indicador de la eficacia clínica, García-López *et al.* (2002) encontraron que la CBGT-A estaba asociada con una mejoría superior (tamaño del efecto= 0,94) comparada con la SET-Asv (tamaño del efecto= 0,54) y la TAFSG (tamaño del efecto= 0,49). Sin embargo, en el seguimiento de un año, la SET-Asv (tamaño del efecto= 2,13) y la TAFSG (tamaño del efecto= 1,86) mostraron mejorías superiores comparados con la CBGT-A (tamaño del efecto= 1,01). Puesto que los participantes no se asignaron de forma aleatoria a los distintos grupo, sino que se colocaron en el grupo de tratamiento dependiendo del horario de clases, estos datos deben verse como algo preliminar.

HABILIDADES PARA EL ÉXITO SOCIAL Y ACADÉMICO (*Skills for Social and Academic Success, SASS*; Masia *et al.*, 1999). Con el objetivo de crear un programa que fuera relevante y portable a las escuelas, Masia y colaboradores (Masia *et al.*, 1999) desarrollaron un programa de 14 sesiones grupales, el SASS, basado en los tratamientos SET-C/A y CBGT-A. El programa SASS original constaba de 12 sesiones de grupo de 40 minutos cada una centradas en el entrenamiento en habilidades sociales y en la exposición y en dos actividades sociales no estructuradas (p.ej., fiestas de la pizza). Se incluían también ejercicios para el profesor (p.ej., preguntar a los miembros del grupo en una clase, etc.) con el fin determinar si el desarrollo de esta intervención en la escuela era factible y potencialmente eficaz, Masia y colaboradores (Masia *et al.*, 2001) llevaron a cabo un estudio piloto inicial con seis estudiantes de instituto diagnosticados con un trastorno de ansiedad social. En general, los participantes mostraron una mejoría notable o moderada. Lo que es aún más importante, el programa fue bien recibido por los estudiantes, los padres y los profesores, y parecía ecológicamente válido. El estudio piloto respaldó la viabilidad potencial de este enfoque.

Basándonos en el estudio piloto, se añadieron componentes adicionales (p.ej., acontecimientos sociales en el barrio, reuniones con los padres) a la intervención con la SASS. La intervención final se compuso de 12 sesiones grupales en la escuela (alrededor de 40 minutos), 2 reuniones individuales breves (15 minutos), 4 fines de

semana en los que había acontecimientos sociales de 90 minutos con compañeros ayudantes (véase más abajo), 2 reuniones con los padres (de 45 minutos) y 2 reuniones con los profesores (de 30 minutos). La agenda del programa está afectada por el calendario escolar (p.ej., vacaciones, exámenes), pero habitualmente ocurría una vez a la semana a lo largo de tres meses. Los compañeros ayudantes del programa se seleccionaban de los institutos participantes. Se les pedía que asistiesen a los acontecimientos de los 4 fines de semana y, si era necesario, que ayudasen a terminar los «ejercicios sociales» durante la semana.

Las 12 sesiones escolares consistían en: una sesión psicoeducativa, una sesión sobre el pensamiento realista, cuatro sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, cinco sesiones de exposición y una sesión de prevención de las recaídas. Los cuatro acontecimientos sociales (p.ej., bolos, barbacoas) tenían lugar en el barrio y asistían los miembros del grupo y los compañeros ayudantes. Las dos reuniones de los padres se centraban en la psicoeducación y en las formas de manejar la ansiedad del niño y facilitar la mejoría. Las reuniones con el profesor se realizaban para educar a los profesores sobre la ansiedad social, identificar los comportamientos en clase para ponerlos como objetivo de la intervención y conseguir su asistencia con ejercicios de exposición en la clase (p.ej., leer en voz alta, responder preguntas en clase). Finalmente, se mantuvieron dos sesiones mensuales de apoyo después de terminada la intervención.

Se ha evaluado la intervención con la SASS en un estudio, con grupo control, de 42 adolescentes con un trastorno de ansiedad social asignados al azar. La intervención con la SASS fue superior a una lista de espera para reducir la ansiedad y evitación social y para mejorar el funcionamiento social, tal como lo han observado evaluadores a ciegas, padres y adolescentes. Del grupo que recibió la SASS, el 67% versus el 6% del grupo de lista de espera ya no satisfacía los criterios diagnósticos para la fobia social en el periodo de postratamiento. Además, sólo el 11,8% de los participantes en la lista de espera era clasificado como respondiente, comparado con el 94,4% de los participantes en la SASS (Masia-Warner *et al.*, bajo revisión). Estos resultados son prometedores considerando la duración relativamente corta de las sesiones de tratamiento que pueden favorecer su viabilidad en las escuelas.

### **Conclusiones y tendencias futuras**

Las dos últimas décadas han sido testigo de un creciente conocimiento de la importancia del trastorno de ansiedad social en los jóvenes. Actualmente se acepta que el trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes es frecuente, deteriorante, y puede colocar a los niños en una situación de riesgo para trastornos secundarios posteriores, como el abuso de sustancias psicoactivas y trastornos afectivos.

Ha habido una proliferación de instrumentos diseñados específicamente para evaluar y cuantificar los síntomas de la ansiedad social. En general, estas medidas más contemporáneas tienen buenas propiedades psicométricas y una notable utilidad clínica. El añadido más reciente es la LSAS-CA, una entrevista puntuada por el clínico que podría mostrarse de especial utilidad para documentar la respuesta

al tratamiento. Otras estrategias de evaluación, descritas en dos de los estudios de tratamientos revisados, han incluido: (1) autorregistro de la implicación en actividades sociales utilizando un diario por días (Beidel *et al.*, 2000), (2) la observación directa de las interacciones sociales con iguales en la escuela (Spence *et al.*, 2000), y (3) tareas de representaciones conductuales de papeles de diferentes situaciones sociales y de actuación (Beidel *et al.*, 2000; Spence *et al.*, 2000). La observación conductual puede ser válida para corroborar los informes de las entrevistas y de las medidas de autoinforme, así como para ayudar a la planificación del tratamiento (p.ej., retroalimentación sobre habilidades sociales específicas). Se necesita más investigación sobre la fiabilidad test-retest y la validez de estas medidas y su sensibilidad para comprobar la respuesta al tratamiento. Además, los estudios futuros deberían examinar las propiedades psicométricas de los instrumentos para el profesor y los padres sobre la fobia social y el valor adicional de incluir medidas del funcionamiento general y de la calidad de vida en las evaluaciones de niños y adolescentes. Finalmente, con el aumento de la atención en los adolescentes, será importante considerar si las medidas de evaluación existentes son adecuadas para este grupo de edad o si se necesitarán instrumentos adicionales adaptados a la fase de desarrollo del adolescente (Kashdan y Herbert, 2001).

La literatura sobre los resultados del tratamiento centrada en las intervenciones psicosociales para el trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes se encuentra todavía en su infancia y muy lejos de la literatura existente sobre adultos. Aunque los resultados preliminares de experimentos sobre intervención especializada son prometedores, las pruebas están limitadas a chicos relativamente pequeños. Hayward *et al.* (2000), el único estudio clínico que incluye chicos mayores de 14 años, incluía una muestra pequeña de mujeres exclusivamente. Además, la utilización de controles de lista de espera es una limitación metodológica importante cuando se aplica a pacientes clínicos. Básicamente, se informa a los pacientes que necesitan tratamiento, pero luego se les retira. En algunos casos, los controles de lista de espera pueden sufrir un impacto negativo (Klein y Pine, 2002). Por otra parte, el comparar una condición de tratamiento con una de no tratamiento demuestra que el tratamiento es superior a la no intervención, pero no proporciona información sobre la eficacia relativa, es decir, si los efectos se deben a los ingredientes específicos del tratamiento o a factores terapéuticos generales (p.ej., atención, expectativas del paciente o del terapeuta) (Wampold, 2001). A este respecto, el estudio de Beidel, Turner y Morris (2000) constituye un importante progreso puesto que se demostró la eficacia relativa para la SET-C comparada con una condición control de atención. Sin embargo, debería señalarse que no se evaluaron las perspectivas de los padres y del niño sobre la credibilidad del tratamiento y, de esta manera, la superioridad de la SET-C podría atribuirse, al menos parcialmente, a las diferencias en las expectativas de las distintas condiciones.

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia del trastorno de ansiedad social en adolescentes, se necesita más investigación sobre tratamiento dirigida hacia ese grupo de edad. Es especialmente difícil de reclutar en las clínicas adolescentes con fobia social y está bien documentado que la mayoría no busca tratamiento. Esto es de especial preocupación teniendo en cuenta la incapacidad a largo plazo que

puede darse cuando el trastorno de ansiedad social no se trata. Las razones para esa escasa utilización del tratamiento son poco entendidas, aunque se hipotetiza que los padres, el personal de la escuela y los pediatras no reconocen al trastorno de ansiedad social como un problema que necesita atención profesional, y que la excesiva conciencia de uno mismo y el temor a la evaluación negativa de los adolescentes puede impedirles que busquen ayuda. El primer paso para invertir este patrón sería comprender las barreras para el envío del adolescente a tratamiento y su participación en él. Actualmente estamos realizando una investigación inicial de estos factores a través de entrevistas con estudiantes de instituto, padres y maestros.

El llevar las intervenciones a lugares más reales, como las escuelas, es una estrategia prometedora. El trabajo en las escuelas proporciona una rica oportunidad para educar al personal de la misma, a los profesores y a los padres a que reconozcan la ansiedad social y que faciliten el acceso a la intervención. El ambiente escolar crea también oportunidades únicas para proporcionar cambios contextuales a través del apoyo continuo de los compañeros y de los profesores. Está en marcha un estudio comparando la eficacia del programa SASS con un tratamiento educativo-de apoyo. Otros trabajos futuros deberían investigar procedimientos óptimos para el reclutamiento de sujetos en la comunidad y métodos para entrenar al personal de la escuela a realizar tratamientos. El ambiente escolar puede ser también un lugar importante para llevar a cabo la prevención y programas de intervención temprana para la fobia social en edades inferiores. Sería importante averiguar si la detección e intervención tempranas pueden prevenir trastornos secundarios, como la depresión y el abuso de sustancias.

Conforme avance la literatura sobre el tratamiento, otras áreas informativas serían: (1) moderadores y mediadores del cambio en el tratamiento, (2) qué componentes del tratamiento son más eficaces y si difieren en función de la edad, (3) el formato óptimo y la duración de las intervenciones, (4) la utilidad de emplear módulos específicos de tratamiento basados en déficit infantiles específicos, (5) beneficios a largo plazo del tratamiento, y (6) el valor de las sesiones de apoyo continuo durante largos periodos de tiempo.

En conclusión, la frecuente ocurrencia del trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes y el deterioro funcional asociado y el posterior riesgo de depresión y consumo de sustancias psicoactivas han producido una rápida expansión de la investigación sobre la evaluación y el tratamiento de este trastorno. Esperamos que este artículo continúe estimulando nuevas investigaciones y fomente progresos adicionales para reducir el sufrimiento de estos jóvenes.

## Referencias

- 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.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC: Autor.

- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M., Costello, E. J. y Burns, B. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health, 88*, 75-80.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 545-552.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Fink, C. M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment, 8*, 235-240.
- 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.
- 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. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Children: A Treatment Manual*. Unpublished manuscript. Medical University of South Carolina.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 643-650.
- Beidel D. C., Turner S. M. y Morris T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1072-1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A. y Dancu, C. V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy, 20*, 417-427.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. y Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1230-1236.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., et al. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 545-553.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D. L., Stangl, D. K., Farmer, E. M. Z., et al. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs, 14*, 147-159.
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. y Jacob, R. G. (1994). *Psychological Assessment, 6*, 135-140.
- Cohen, P., Kasen, S., Brook, J. S. y Struening, E. L. (1991). Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 989-993.
- Costello, E. J. y Janiszewski, S. (1990). Who gets treated? Factors associated with referral in children with psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 81*, 523-529.
- Degonda, M. y Angst, J. (1993). The Zurich Study XX. Social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 243*, 95-102.
- DeWit, D.J., MacDonald, K. y Offord, D. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and young adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*, 61-72.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research & Therapy, 37*, 831-843.
- Farmer, E. M. Z., Stangl, D. K., Burns, B. J., Costello, E. J. y Angold, A. (1999). Use, persistence, and intensity: Patterns of care for children's mental health across one year. *Community Mental Health Journal, 35*, 31-46.
- 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 and Distress Scale in an adolescent Spanish-speaking sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*, 51-59.
- García-López, L. J., Olivares, J., Turner, S. M., Beidel, D. C., Albano, A. M. y Sanchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, *10*, 371-385.
- Ginsburg, G., La Greca, A. M. y Silverman, W. S. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders. Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 175-185.
- Grills, A. E. y Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 30-40.
- 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 from a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 721-726.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S. y Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *13*, 357-368.
- Hoberman, H. (1992). Ethnic minority status and adolescent mental health services utilization. *Journal of Mental Health Administration*, *19*, 246-267.
- Hofmann, S. C., 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. M. y Walters, K. S. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 360-371.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., Walters, K. S. y Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*, *26*, 338-348.
- 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.
- Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Klein R. G. y Pine D. S. (2002). Anxiety disorders. En M. Rutter y E. Taylor (dirs.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (pp. 486-509). Londres, UK: Blackwell Science.
- La Greca, A. M. (1999). *Manual for the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. Miami: Author.
- 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.
- Laitinen-Krispijn, S., Van der Ende, J., Wierdsma, A. I. y Verhulst, F. C. (1999). Predicting adolescent mental health service use in a prospective record-linkage study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*, 1073-1080.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Orvaschel, H. y Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 928-934.

- Leaf, P. J., Alegría, M., Cohen, P., Goodman, S. H., Horowitz, S. M., Hoven, C. W., et al. (1996). Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 889-897.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Psychopharmacology*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. y Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P. y Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- March, J. S., Sullivan, K. y Parker, J. D. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 349-358.
- Masia, C., Beidel, D. C., Albano, A. M., Rapee, R. M., Turner, S. M., Morris, T. L., et al. (1999). *Skills for Academic and Social Success*. Available from Carrie Masia-Warner, Ph.D., New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13<sup>th</sup> floor, Nueva York, NY 10016.
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Alvir, J., Albano, A. M. y Guardino, M. (bajo revisión). *School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study*.
- Masia-Warner, C., Klein, R. . y Liebowitz, M. . (2002). *The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)*. Available from Carrie Masia-Warner, Ph.D., New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13<sup>th</sup> floor, New York, NY 10016.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. 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., Storch, E. A., Pincus, D., Klein, R., Heimburg, R. G. y Liebowitz, M. (2003). Psychometric validation of the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1076-1084.
- Morris, T. L. y Masia, C. L. (1998). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Concurrent validity and normative data. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 452-458.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., van Brakel, A., Thissen, S., Moulart, V., et al. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 327-339.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998). *Therapy for adolescents with generalized social phobia: A new cognitive-behavioral treatment protocol for social phobia in adolescence*. Unpublished manuscript.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version*. Unpublished manuscript.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M. y Hidalgo, M. D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., La Greca, A. M., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.

- 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, 67-78.
- Öst, L. G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. y Ma, Y. (1998). The risk for early-adult anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale: Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Schneier, F., Johnson, J., Hornig, C., Liebowitz, M. y Weissman, M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent versions*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M. y Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor, U.K.: NFER-Nelson.
- Spence, S. H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221.
- 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.
- Staghezza-Jaramillo, B., Bird, H. R., Gould, M. S. y Canino G. (1995). Mental health service utilization among Puerto Rican children ages 4 through 16. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 399-418.
- Storch, E. A., Barlas, M. E., Dent, H. C. y Masia, C. L. (2002). Generalization of social anxiety to sport: An investigation of Hispanic elementary aged children. *Child Study Journal*, 32, 81-88.
- Storch, E. A., Eisenberg, P., Roberti, J. y Barlas, M. E. (2003). Further normative data and construct validity of the Social Anxiety Scale for Children-Revised in a sample of Hispanic children. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25, 410-422.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Dent, H. C., Roberti, J. W. y Fisher, P. H. (in press). 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*.
- Strauss, C. C., Frame, C. L. y Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 235-240.
- Tarico, V. S., Low, B. P., Trupin, E. y Forsyth-Stephens, A. (1989). Children's mental health services: A parent perspective. *Community Mental Health Journal*, 25, 313-326.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.

- 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.
- Verhulst, F. C. y Van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 901-909.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., Ferdinand, R. F. y Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry, 54*, 329-336.
- Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K. y Beery, S. H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 189-196.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 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., McCracken, J. y Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 335-342.
- Wu, P., Hoven, C., Bird, H., Moore, R., Cohen, P., Alegría, M., et al. (1999). Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *Journal of the American Academic Child Adolescent Psychiatry, 38*, 1081-1092.
- Zahner, G. y Daskalakis, C. (1997). Factors associated with mental health, general health, and school-based service use for child psychopathology. *American Journal of Public Health, 87*, 1440-1448.