

Catorce años de Intervención en Adolescentes con Fobia Social (1997-2011)

José Olivares
Universidad de Murcia

resumen/abstract:

La Fobia social/Trastorno de ansiedad social se delimita como un miedo intenso y duradero caracterizado por las respuestas de escape/evitación de/ante situaciones sociales, la elevada interferencia en el desarrollo de la actividad cotidiana y el malestar clínicamente significativo. Se trata de un problema de salud pública que por su prevalencia se sitúa tras la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol.

El objetivo del presente trabajo es presentar y discutir los resultados de 14 años de investigación y aplicación del Programa IAFS, en la población infanto-juvenil con fobia social generalizada, en el contexto de un Plan de Detección e Intervención Temprana.

Social phobia or social anxiety disorder is defined as an intense and lasting fear of one or more social situations in which the person is exposed to being observed by others and experiences fear of doing something or behaving in a humiliating or embarrassing way. It is distinguished from other disorders by the fear and avoidance of interpersonal situations and a high level of interference in subjects' daily lives. It is a serious public health problem and its prevalence is situated only after major depression and dependency on alcohol consumption.

The object of this paper is to present and discuss the results of 14 years of research and implementation of the IAFS Program, in the child and adolescent population within the context of a community plan (in schools) for the early detection and intervention of children and adolescents with generalized social phobia.

palabras clave/keywords:

Fobia social generalizada; Trastorno de ansiedad social; Niños y adolescentes; Detección e intervención temprana; Centros educativos; Programa IAFS, evaluación y tratamiento.

Generalized social phobia; Social anxiety disorder; Children and adolescents; Early detection and intervention; Schools; IAFS Program; Assessment and treatment.

Introducción

La Fobia Social (FS en adelante) se define como un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al escrutinio de otros, experimentando un miedo desproporcionado a mostrarse/relacionarse de tal manera que

la evaluación resulte negativa y en consecuencia humillante o embarazosa.

En el ámbito epidemiológico, la FS es el tercer trastorno psicológico con mayor prevalencia, tras la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol (APA, 2000); puede decirse que el 4,5% de las

A todos los que han hecho posible el desarrollo de esta línea de investigación: participantes, investigadores, colaboradores, equipos directivos de centros educativos y asociaciones de padres.

personas adultas sufren fobia social y que el 9,5% la padecen o la han padecido en alguna época de su vida (Bados, 2001; p. 9).

La investigación sobre la evaluación y el tratamiento de la FS en población adulta se incrementó de forma sobresaliente desde su consideración como entidad diagnóstica (APA, 1980). Comparativamente, en el campo de la infancia y la adolescencia son todavía pocos los estudios realizados (véase Olivares, 2009), pese a que, como recordaban Ollendick y King (2008), el estudio de ansiedad en este tramo de la vida sea una de las áreas en las que la psicología aplicada ha mostrado avances más significativos. Esta diferencia contrasta con los datos con los que contamos desde hace ya tiempo sobre su inicio y prevalencia. Así, ya en 1994 los datos derivados del National Institute of Mental Epidemiologic Catchment Area Program situaban la edad media de inicio entre los 14 y los 16 años en los Estados Unidos de América del Norte (Kessler *et al.*, 1994), y estudios posteriores realizados tanto en los EEUU (véase Beidel y Turner, 2005 o Kessler *et al.*, 2005) como en Europa (véase por ejemplo Olivares, Piqueras y Rosa, 2006) ponen de manifiesto una edad de inicio mucho más temprana.

Respecto de su prevalencia puntual en niños y adolescentes, la tasa en muestra comunitaria informada por Olivares (2005) para adolescentes se sitúa en el 8,2% (rango: 14-17 años), en La Región de Murcia y el sur de la Provincia de Alicante. Este dato difiere del 4% hallado en población adolescente alemana (Wittchen, Stein y Kessler, 1999), pero es similar al recogido por Beidel y Turner (2005), que sitúa la FS entre los trastornos de mayor prevalencia en este tramo evolutivo (Albano y Detweiler, 2001).

La distribución por sexos sitúa la proporción en 2:1-3:2, a favor del sexo femenino (APA, 2000; Bados, 2009; Bragado, Carrasco, Sánchez, y Bersabé, 1996)

Las consecuencias negativas de la FS pueden llegar a interferir de manera muy significativa en la vida de los niños y los adolescentes al menos en tres contextos: el psicopatológico, el académico y el de la psicología de la salud (véase Olivares, Rosa y García-López, 2004). Así, en primer lugar, en el ámbito académico rehuyen la participación en clase, la presentación en público de trabajos y preguntar dudas al profesor, tanto en público como en privado. La evitación/escape de estas tareas produce generalmente calificaciones muy por debajo de sus posibilidades reales, cuando no termina llevando al abandono completo de los estudios (Amerigen, Mancini y Farvorden, 2003). En segundo lugar, en el contexto psicopatológico, los datos confirman una elevada comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y del estado ánimo (Beidel y Turner, 2005; Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005). Por su relevancia hay que destacar que los estados del ánimo depresivos pueden llegar a poner en peligro la vida o incluso terminar con ella (véase Beidel, Turner y Morris, 1999 o Stein *et al.*, 2001), siendo esto tanto más probable cuanto más temprano se inicia el trastorno (Giaconia *et al.*, 1994; Lecrubier, 1998).

Por último, en el ámbito de la salud se constata mayor riesgo de presentar conductas adictivas (véase Clark *et al.*, 1995; Morris, Steward y Ham, 2005 o Zimmerman *et al.*, 2003) y trastornos alimentarios (así Fernández *et al.*, 2003, Irurtía, Arias, Olivares-Olivares, Olivares y Fuentes, 2006 o Swinbourne y Touyz, 2007).

El programa intervención en adolescentes con fobia social

Inicio

En 1997 no se contaba con tanta información como hoy respecto de la FS, pero observando el deterioro personal, laboral y social de los adultos que cumplían los criterios para el diagnóstico de este trastorno no resultaba difícil entender los beneficios que podría tener un programa para su detección e intervención temprana en el ámbito comunitario. Además, desde nuestro punto de vista esta estrategia se presentaba y se presenta como la opción potencialmente más eficiente (véase Nardi, 2005). Esta posición se fundamentaba en la oportunidad que supone intervenir cuando aún no se ha consolidado ni generalizado en exceso el trastorno, hecho que podía brindarnos muchas posibilidades para reducir/eliminar su impacto en la infancia y la adolescencia. Por otro lado, a ello le añadíamos que estas intervenciones en el marco comunitario se pueden desarrollar en los centros educativos, en horario lectivo, como una parte más del quehacer de la institución, con las ventajas que ello conlleva (véase Saldaña, 2002).

La detección e intervención tempranas que defendemos se insertan dentro del contexto ideológico que sirve de soporte a la Psicología conductual comunitaria. Esta forma de entender la Psicología científica se asienta en el reconocimiento de la necesidad de (i) concretar en actuaciones específicas el incremento de la sensibilidad de la psicología ante las necesidades reales de la comunidad y (ii) cambiar el estilo de prestación de servicios, por parte de tales instituciones, pasando de una actitud pasivo-receptiva a otra de búsqueda, detección de

necesidades y prestación de servicios. Esta última fue la que nos llevó a sopesar en qué medida podríamos concretar una actuación específica en el terreno de la FS durante la adolescencia. Los fundamentos se hallaban en los estudios epidemiológicos cuyos primeros resultados ya ponían de manifiesto no sólo datos respecto a su prevalencia e interferencia que resultaban altamente preocupantes, sino también un incremento brusco en su frecuencia de ocurrencia entre los 14 y los 16 años, así como una gran demora en la petición de ayuda psicológica que, por otra parte, era muy reducida en relación con la prevalencia informada por los mismos estudios.

Nuestra respuesta a tal estado de cosas fue indagar en qué medida y cómo podíamos intentar hacer algo ante tal situación.

La búsqueda nos puso en contacto con los dos únicos equipos que estaban trabajando y publicando sobre la evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes con FS en aquellos momentos. Uno capitaneado por los entonces profesores de la Medical University of South Carolina, Samuel Turner y Deborah Beidel, autores de la *Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C; Beidel, Turner y Morris, 1998)*, que había sido aplicado a niños entre los 9 y los 12 años. El otro comandado por la profesora Anne Marie Albano, miembro del equipo de Richard Heimberg, del Child Study Center del Medical Center de la Universidad de Nueva York, que había adaptado el programa de Heimberg para adultos conocido como *Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT)* transformándolo en la *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescent with Social Phobia (CBGT-A; Albano, Marten y Holt, 1991)*.

Desarrollo

Gracias a la generosidad intelectual de nuestros colegas norteamericanos, y al tesón del doctor D. Luis Joaquín García López, entonces doctorando y hoy profesor de la Universidad de Jaén, pudimos disponer de los originales y proceder a la traducción, adaptación y validación de sus protocolos de tratamiento. Ello nos permitió confeccionar dos nuevos programas: la *Social effectiveness Therapy for Adolescents, versión española* (SET-A_{sv}; Olivares, García-López, Turner y Beidel, 1998) y el que venimos denominando como diseño inicial de la *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (IAFS; Olivares y García-López, 1998b).

El rango de edad sobre el que comenzamos a intervenir nos fue dado por los estudios epidemiológicos. Si entre los 14 y los 17 años se presentaban los datos de mayor prevalencia, entonces ésta debía de ser la franja de edad en la que sería más probable hallar adolescentes con este trastorno, cuando todavía estaba poco generalizado y consolidado, es decir, para desarrollar una estrategia de detección e intervención temprana. Los criterios de exclusión serían los propios de quienes no pueden beneficiarse de un tratamiento en grupo y/o pueden interferir de modo significativo su desarrollo.

Respecto de las estrategias e instrumentos de evaluación optamos por la traducción, adaptación y validación de los que eran/son usados con más frecuencia por la comunidad científica para este trastorno, porque ello nos permitía/permite comparar y discutir nuestros resultados con los obtenidos por otros equipos de investigación que estudiaban/estudian la eficacia de sus tratamientos en este rango de edad. Ahora bien, ello no fue óbice para que también desarro-

llásemos un instrumento propio: la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS; Olivares y García-López, 1998a -véase Olivares, Piqueras y Sánchez-García, 2004; Piqueras, Olivares, Hidalgo, Vera-Villaruel y Marzo, en prensa; Piqueras, Olivares, Vera-Villaruel, Marzo y Kune, en prensa; Vera-Villaruel et al., 2007).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) contempla dos subtipos dentro de la categoría diagnóstica “Fobia Social”: específico y generalizado. Nosotros optamos por trabajar con el generalizado (Fobia Social Generalizada; FSG, en adelante) porque, desde el primer momento, quisimos poner a prueba la intervención que diseñásemos en las condiciones más exigentes.

La elección del tratamiento se realizó tras valorar la eficacia y eficiencia de las dos modalidades de intervención citadas que, junto con la CBGT-A, fueron puestas a prueba por primera vez en la investigación que se diseñó para realizar la tesis doctoral de D. Luis Joaquín García López (García-López, 2000), de la que resultó más eficiente la versión inicial del IAFS (Olivares, y García-López, 1998b), cuyos resultados fueron publicados por García-López et al. (2002) y Olivares et al. (2002).

El tamaño del grupo también resultaba una cuestión de primer orden por la naturaleza del trastorno –escapar/evitar la actuación/relación social– y los peligros que conlleva en estos casos el tratamiento en grupo (véase Olivares, Rosa, García-López, Bermejo y Palomares, 2005). A ella respondimos con el diseño de la investigación para la tesis doctoral de doña Juana Ruiz Marín (Ruiz, 2003), concluyendo de la misma que el tamaño más eficiente era el que incluía entre 8 y 10 participantes.

A partir de la investigación realizada para esta segunda tesis doctoral procedimos a dar forma escrita a los bosquejos iniciales de la IAFS, resultando el manual del Programa que habría de preservar la integridad de su aplicación (véase Olivares, 2005).

El Programa IAFS incluye dos grandes apartados. En el primero, el relativo a su descripción, se aborda su delimitación conceptual, a la que sigue un breve repaso de su evolución y fundamentos. A continuación nos centramos en la descripción de aspectos relacionados estrictamente con el Programa (objetivos, contenidos y actividades), para tratar en los dos apartados siguientes sus componentes principales y algunos de los aspectos básicos relacionados con su aplicación. En el segundo, se describe pormenorizadamente el desarrollo del Protocolo, en cada una de 12 sesiones de 90 minutos de duración, detallando tanto el quehacer de los terapeutas como las actividades a realizar por éstos y los participantes, el uso de los materiales de trabajo, tiempos de referencia para realizar cada una de las actividades, etc. La periodicidad de las sesiones es semanal. Los componentes principales del programa son cuatro: (i) *Componente Educativo* o de transmisión de información (psicoeducativo). Se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la FS, se planifican y jerarquizan las conductas que se fijan individualmente como objetivo y se evalúan las expectativas que tiene cada participante, tanto en relación con cada una de las conductas-meta como respecto del tratamiento. (ii) *Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades así como entrenamien-

to en habilidades y destrezas para hablar en público. En general los participantes no presentan problemas de habilidades sociales, pero su entrenamiento es la excusa para que los terapeutas puedan administrar la exposición durante los procesos de actuación y relación que se programan, en el marco ideal que supone el contexto grupal. (iii) *Exposición*. Es el elemento central. En torno a ella giran casi todas las actividades que se planifican para el entrenamiento durante las sesiones de tratamiento. Así, por ejemplo, para la exposición a situaciones como iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo o distinto sexo se emplean chicos y chicas de la misma o mayor edad que los participantes, quienes son desconocidos para éstos y han sido previamente entrenados para tal fin, actuando como cómplices de los terapeutas; todo ello de acuerdo con un plan previamente diseñado y estructurado. (iv) *Técnicas de reestructuración cognitiva*. Se utiliza la Terapia Cognitiva de Beck, siguiendo las etapas educativa, de entrenamiento y de aplicación, y el formato A-B-C de Ellis para discutir pensamientos automáticos e irracionales en el marco de la Terapia Racional Emotiva.

El IAFS incluye tareas para casa, acordes con el entrenamiento recibido, que conlleven exposiciones en vivo a situaciones relativas a los contenidos entrenados. Estas tareas tienen como finalidad consolidar y generalizar los contenidos, habilidades y destrezas ensayados en el contexto clínico y con el formato grupal.

Los participantes disponen de horario de consulta presencial y telefónica, opcional e individual, para planificar con el terapeuta tareas de autoexposición relativas a las conductas-meta acordadas, así como para

clarificar o ahondar tanto en los contenidos explicados en las sesiones de grupo como en cualquier otra cuestión. El horario de tutoría es opcional y de dos horas semanales, distribuidas según un horario flexible que se articula en función del número de participantes que la solicitan.

En su última sesión el Programa incluye el entrenamiento en estrategias para la detección y análisis de situaciones de alto riesgo, en las que los participantes pueden expe-

rimentar ansiedad y deseos de emitir respuestas de evitación/escape, así como instrucciones específicas para la prevención de recaídas. También se analizan las situaciones sociales que aún producen respuestas de ansiedad y se discute la importancia de continuar exponiéndose a ellas, recordándose el modo de realizarse la exposición para que resulte efectiva. En la Tabla 1 se recogen los contenidos de las unidades o sesiones de entrenamiento.

Tabla 1. Contenidos sesión a sesión de la *Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS)*

SESIÓN	CONTENIDOS OBJETO DE ENTRENAMIENTO
1	Modelo explicativo del constructo FS. Presentación del programa y sus normas.
2	Reestructuración cognitiva (Terapia cognitiva de Beck y Terapia Racional Emotiva de Ellis)
3	Iniciar y mantener conversaciones.
4	Atender y recordar. Iniciar y mantener conversaciones (continuación)
5	Entrenamiento en Asertividad (I)
6	Entrenamiento en Asertividad (II). Exposición a iniciar y mantener conversaciones.
7	Recibir y dar(se) cumplidos. Establecer y mantener amistades.
8	Exposición a relacionarse con personas del sexo opuesto. Entrenamiento en asertividad (III).
9	Hablar en público I: Habilidades verbales y no verbales. Exposición. Uso del <i>videofeedback</i>
10	Hablar en público II. Exposición a preparar el inicio, desarrollo y conclusión de una charla apoyándose en notas. Uso del <i>videofeedback</i>
11	Hablar en público III. Exposición a iniciar, desarrollar, concluir una charla apoyándose en notas. Uso del <i>videofeedback</i>
12	Hablar en público IV. Exposición a iniciar, desarrollar y concluir una charla improvisada. Detección de situaciones potencialmente peligrosas y prevención de recaídas

El proceso de aplicación del Programa IAFS se desarrolla en tres fases: detección, diagnóstico y tratamiento. Veámoslas brevemente.

Primera fase: Detección de participantes. Administramos dos pruebas de cribado a la totalidad de los adolescentes del(los)

centro(s) educativo(s) con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años: The Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; La Greca y López, 1998; Olivares et al., 2005) y The Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989; Olivares, García-López, Hidalgo,

Turner y Beidel, 1999). Una vez excluidos quienes han cumplimentado inadecuadamente los autoinformes se seleccionan aquellos cuyas puntuaciones cumplen la doble condición de obtener una puntuación para el SPAI ≥ 97 y para la SAS-A ≥ 57 . Los puntos de corte nos permiten maximizar la probabilidad de excluir falsos positivos y minimizan la de seleccionar falsos negativos (véase Olivares, García-López, Turner, La Greca y Beidel, 2002), así como de que los seleccionados cumplan los criterios requeridos para el diagnóstico del FS con una elevada probabilidad.

Segunda fase: Diagnóstico. Los participantes seleccionados son citados para ser evaluados individualmente mediante la entrevista The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-IV C; Silverman y Albano, 1997). La entrevista clínica nos permite excluir a quienes no cumplen los criterios requeridos y agrupar a quienes los cumplen en dos grupos: grupo de Fobia Social Específica (FSE) y de Fobia Social Generalizada (FSG). Como hemos indicado, en la fase de validación del Programa siempre se ha trabajado con adolescentes que cumplen los criterios para el diagnóstico de FSG, según la operacionalización propuesta por Olivares (véase Olivares y Caballo, 2003; Piqueras, Olivares y López-Pina, 2008), salvo en la investigación que sirvió de base a la tesis doctoral del profesor de Universidad Miguel Hernández de Elche, Dr. D. José Antonio Piqueras Rodríguez, en la que incluimos también un grupo de FSE (Piqueras, 2005).

El último paso de esta fase es informar privadamente a todos los adolescentes y a sus padres de los resultados de la evaluación. Este paso incluye la remisión de un escrito en el que se comunican los resultados y

se cursa invitación, a través de otro escrito distinto, remitido por la dirección del centro educativo, para que quienes lo deseen puedan asistir a una reunión en la que nuestro equipo, en presencia de los representantes del centro, explican pormenorizadamente en qué consiste el diagnóstico de FS y que implicaciones tiene su curso. Terminada la explicación se les ofrece la posibilidad de adscribirse gratuitamente al Programa IAFS, del que se hace una presentación de sus objetivos, estructura, normas que lo rigen, contenidos, número y duración de las sesiones, etc.

La inclusión de un adolescente en un grupo de tratamiento requiere tanto su consentimiento como al menos el de uno sus padres por escrito, en el que se da la conformidad a las normas de aplicación del Programa (que también les son presentadas en un escrito y explicadas en vivo pormenorizadamente).

La exclusión de un aspirante se realiza cuando éste ha recibido o esté recibiendo tratamiento psicológico, psicofarmacológico o ambos, así como cuando tras la entrevista clínica se pueda constatar que presenta un trastorno que, con una alta probabilidad, le impedirá beneficiarse del entrenamiento en grupo. Tal sería el caso, por ejemplo, del Trastorno límite de personalidad (DSM-IV: 301.83) de tipo impulsivo (CIE: F60.30), de la Esquizofrenia de Tipo Paranoide (295.3/ F20.0) o los que presenten un historial de Abuso continuado y generalizado del consumo de sustancias tóxicas (no se excluye si mantiene un consumo ocasional y asociado a las situaciones sociales temidas/evitadas).

En todo caso, tanto los aspirantes excluidos como quienes deciden voluntariamente no participar, una vez diagnosticados, son remitidos a su médico de familia al que se

le informa de los resultados del proceso de evaluación y el diagnóstico, mediante escrito que se porta en sobre cerrado, en ámbito del secreto profesional, para que éste, si lo estima pertinente, pueda tramitar la recepción de ayuda psicológica en la unidad de salud mental del centro de salud correspondiente.

Tercera fase: Evaluación específica y aplicación del tratamiento. En esta fase evaluamos correlatos como la autoestima (Rosenberg, 1965; Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalbo, 2007), la adaptación al medio social (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000), las dificultades interpersonales (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001), etc., así como la percepción que tienen profesores y padres del comportamiento de los adolescentes, porque su cuantificación nos permite obtener medidas de la validez social de los cambios producidos por la aplicación del Programa. Este grupo de medidas de autoinforme siempre ha estado acompañado por la cuantificación de la duración del contacto ocular, obtenida a partir de una prueba observacional. En esta prueba observacional cada participante interactúa con un adulto desconocido dialogando sobre sus expectativas respecto del tratamiento (pretest), la valoración personal de la utilidad del entrenamiento (posttest) y las dificultades y valoración de los efectos de la exposición (seguimientos a 1, 3, 6 y 12 meses). Esta última cuestión, la valoración de los efectos en el tiempo, nos permite detectar a quienes teniendo problemas no nos solicitan ayuda ni aplican adecuadamente las estrategias para prevenir recaídas. En estos casos se aplican “dosis de recuerdo” *ad hoc*.

Resultados

En relación con los instrumentos de evaluación, en la Tabla 2 recogemos tanto los resultados relativos al proceso de traducción, adaptación y validación como nuestra propia contribución a lo largo del desarrollo de esta línea de investigación.

En la Tabla 3 presentamos las tesis doctorales en las que hasta ahora se ha estudiado el efecto del Programa IAFS, bajo distintas circunstancias.

En el total de aplicaciones realizadas con el Programa IAFS desde su inicio, incluidas las investigaciones que han servido de base a nuestras tesis doctorales, se han testado/cribado 28.251 alumnos, 25.320 con edades comprendidas entre los 14-17 años y 2.931 entre 10 y 13 años, matriculados en centros de ESO, Bachillerato y Formación profesional, públicos y privados, de la Región de Murcia y el sur de la Provincia de Alicante. De éstos, cumplieron el criterio para el diagnóstico de FS 2.260 (62% FSE y 38% FSG). De los 859 que presentaron FSG: 636 (74%) aceptaron participar en el Programa IAFS, 13 (2%) abandonaron por distintos motivos y 623 (98%) terminaron el tratamiento. De estos últimos: 480 (77%) presentaron en el postest remisión completa del número de situaciones sociales temidas, informadas en el pretest, es decir, dejaron de cumplir los criterios requeridos para el diagnóstico de FS; 87 redujeron el número de situaciones sociales temidas/evitadas entre el 75% y el 99%, 37 entre el 50% y el 74% y 19 entre 1% y 49%. Solo uno de los participantes que terminaron el tratamiento mostró empeoramiento en el postest respecto del pretest. En la medida de seguimiento obtenida a los 12 meses del término del tratamiento se localizaron y

Tabla 2. Algunos de los estudios realizados con los instrumentos y estrategias de evaluación utilizados en el desarrollo del Programa IAFS

Autores	Estudio
Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (1999)	The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in an adolescent Spanish population.
García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner (2001).	Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social anxiety scales for adolescent, the fear of negative evaluation scale and the social avoidance and distress scale in an adolescent Spanish speaking sample.
Olivares, García-López e Hidalgo (2001)	The social phobia scale and the social interaction anxiety scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population.
Olivares, García-López, Turner, La Greca y Beidel, (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.
Olivares, García-López, Hidalgo y Caballo (2004)	Relations among social anxiety measures and their invariance: A confirmatory factor analysis.
Olivares, Piqueras y Sánchez-García (2004)	Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS). Estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años.
Piqueras, Olivares, Rosa y Sánchez-García (2004).	Pruebas de observación y cambio terapéutico de la fobia social.
Olivares, Hidalgo, García-López, Sánchez-García y Piqueras (2004)	Versión abreviada de la Escala de Ansiedad y Fobia Social (SPAI-B).
Olivares, Ruiz, Hidalgo, García-López, Rosa y Piqueras (2005)	Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population.
Olivares-Olivares, Rosa y Olivares (2007)	Validez social de la intervención en adolescentes con fobia social: padres frente a profesores.
Vera-Villarroel, Olivares, Kuhne, Rosa-Alcázar, Santibáñez y López-Pina (2007)	Propiedades psicométricas de la escala para la detección de la ansiedad social (EDAS) en una muestra de adolescentes chilenos
García-López, Hidalgo, Beidel, Olivares y Turner (2008)	Brief Form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for Adolescents.
Olivares, Sánchez-García y López-Pina (2009)	The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents.
Olivares, Sánchez-García, López-Pina y Rosa (2010)	Psychometric Properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children in a Spanish Sample.
Piqueras, Olivares, Hidalgo, Vera-Villarroel y Marzo (en prensa)	Psychometric update of the Social Anxiety Screening Scale (EDAS) in a Spanish adolescent population.
Piqueras, Olivares, Vera-Villarroel, Marzo y Kuhne (en prensa)	Invarianza factorial de la Escala para la Detección de Ansiedad Social (EDAS) en adolescentes españoles y chilenos.

Tabla 3. Tesis doctorales en las que se ha estudiado el Programa IAFS¹

Año	Estudio	Doctorando ^{2,3}
2000	Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social	<i>D. Luis Joaquín García López²</i>
2003	Estudio de las relaciones entre eficacia y eficiencia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función del tamaño del grupo.	<i>D.^a Juana Ruiz Marín²</i>
2004	Efecto del grado de generalización del empleo del feedback audiovisual en la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social	<i>D. Victoriano Ramos Linares²</i>
2005	<i>Análisis de la Eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado</i>	<i>D. José Antonio Piqueras Rodríguez²</i>
2005	Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada frente a los Grupos de Control Activo y Lista de Espera.	<i>D. Antonio Vallés Arándiga³</i>
2006	Efectos de la Tutoría en el Tratamiento de Adolescentes con Fobia Social Generalizada mediante el Programa IAFS	<i>D. Antonio Palomares Carrascosa²</i>
2006	Efectos de la eliminación de los componentes de reestructuración cognitiva y focalización de la atención en la eficacia de la IAFS	<i>D.^a Maravillas Amorós Boix³</i>
2006	Intervención en adolescentes con fobia social frente a la transmisión de información y grupo de control pasivo	<i>D. José Luis Hernández Juan³</i>
2008	Eficacia de la intervención en adolescentes con fobia social, con y sin reestructuración cognitiva, entre los 10 y los 14 años.	<i>D.^a Raquel Sánchez García²</i>
2011	Efectos del Programa IAFS en función de una operacionalización del grado experto en el ejercicio de la psicología clínica.	<i>D. Pablo José Olivares Olivares²</i>

¹Defendidas en la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia.

²Director: José Olivares Rodríguez.

³Codirectores: José Olivares Rodríguez y Ana I. Rosa Alcázar.

fueron evaluados 566 participantes (89%); 543 (96%) mantenían sus beneficios. De estos últimos, 497 (87,8%) seguían sin cumplir ninguno de los criterios requeridos para el diagnóstico de FS, 16 presentaban una reducción entre el 75% y el 99% del número de situaciones sociales temidas/evitadas en el pretest, 13 entre el 50% y el 74%, y 17 entre el 1% y el 49%.

Todo ello ha permitido que, en el contexto de esta línea de investigación, se hayan realizado y publicado 52 artículos en revistas nacionales e internacionales que incluyen todos nuestros hallazgos en el ámbito empírico y experimental sobre la eficacia y eficiencia del IAFS (véase tabla 4), así como una propuesta empírica de operacionalización del constructo FS formulado por

Tabla 4. Algunas publicaciones en revistas científicas en las que se han dado a conocer los efectos del Programa IAFS¹

Autores	Publicación
Olivares, J., García-López, L. J., Turner, S., Beidel, D., Albano, A. M e Hidalgo, M.D. (2002)	Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with social phobia (I): Statistical significance. <i>Psicología Conductual</i> , 10 (1), 147-164
García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Turner, S., Albano, A. M. y Sánchez, J. (2002)	Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with social phobia (II): Clinical significance and effect size. <i>Psicología Conductual</i> , 10 (2), 371-385
Olivares, J., Rosa, A. I. y Vera-Villarroel, P. E. (2003)	Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes. <i>Terapia Psicológica</i> , 21 (2), 153-162
Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. (2005)	Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social. <i>Psicothema</i> , 17(1), 1-8
García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. y Rosa, A. I. (2006)	Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> , 20, 175-191
Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2006)	Relevancia de la atención individualizada en el tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 6 (3), 565-580
Olivares-Olivares, J. P., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2007)	Validez social de la intervención en adolescentes con fobia social: padres frente a profesores. <i>Terapia Psicológica</i> , 25, 63-71
Rosa, A. I., Olivares, J. y Olivares-Olivares, P. J. (2007)	Papel de la planificación de la interacción en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. <i>Terapia Psicológica</i> , 25(2), 205-212
Vallés, A., Olivares, J. y Rosa, A. I. (2007)	Eficacia clínica en la fobia social de los adolescentes. Tratamiento en el contexto escolar. <i>Revista Peruana de Psicología</i> , 1, 114-131
Olivares-Olivares, P. J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2008)	Does individual attention improve de effect of group treatment of adolescents with social phobia?. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 8 (2), 465-481
Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2009)	Transmisión de información cualificada frente a tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 9 (2), 241-258
Rosa, A. I., Olivares-Olivares, P. J. y Olivares, J. (2009)	Papel de los efectos inespecíficos en el tratamiento psicológico de adolescentes con fobia social. <i>Anuario de Psicología</i> , 40 (1),43-61
Sánchez-García, R. y Olivares, J. (2009a)	Effectiveness of a program for early detection/intervention in children/adolescents with generalized social phobia. <i>Anales de Psicología</i> , 25 (2), 241-249
Sánchez-García, R. y Olivares, J. (2009b)	Intervención Temprana en Niños y Adolescentes con Fobia Social. <i>Anuario de Psicología</i> , 40 (1), 75-88
Amorós, M., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2011)	Papel de la focalización de la atención en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. <i>Anales de Psicología</i> , 27 (3),718-728
Rosa, A., Amorós, M. y Olivares-Olivares, P. J. (aceptado para su publicación)	Aportaciones de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. <i>Psicología Conductual</i> ,

¹Por orden cronológico de publicación

la APA (2000) que se incluyó en un modelo teórico tentativo sobre el particular (Olivares y Caballo, 2003), el manual escrito del Programa IAFS (Olivares, 2005) y un libro monográfico sobre la fobia social en este tramo evolutivo (Olivares, Rosa y García-López, 2004).

Así mismo, en el contexto del intercambio de información científica que suponen los congresos, jornadas, simposia, etc., en el ámbito internacional hemos participado con 5 conferencias, 7 ponencias, 4 *simposia*, 7 mesas redondas, 57 comunicaciones y 50 carteles/posters.

Por último, hemos de indicar que el Programa IAFS también ha sido aplicado con éxito por un equipo independiente con buenos resultados (Gil-Bernal, 2009; Gil-Bernal y Hernández-Guzmán, 2009).

Discusión de resultados, conclusiones, limitaciones y líneas futuras de la investigación

Los datos ponen de manifiesto que, tal como se había supuesto inicialmente, la detección e intervención temprana de la FSG resulta altamente rentable desde distintos puntos de vista: eficacia clínica, costes en términos de padecimiento subjetivo en quien la presenta y en sus familiares, costes económicos, etc. (véase Nardi, 2005).

Desde el punto de vista de la eficacia/eficiencia clínica hay que subrayar que el 77% de los participantes dejaron de cumplir los criterios diagnósticos en el postest, de los que en el seguimiento a los 12 meses se volvió a evaluar al 89%, constatándose que el 96% de éstos mantenían sus beneficios. A ello hay que añadir el elevado control de la mortalidad experimental que permite la intervención en los centros educativos: el

98% terminó el tratamiento. La relevancia de este último dato se manifiesta cuando se compara con lo que ocurre en población adulta, donde el porcentaje de abandonos se sitúa entre el 30% y el 35% (Bados, Balaguer y Saldaña 2007), probablemente debido a los efectos negativos de la cronicidad y de la alta comorbilidad. De hecho, la dificultad del tratamiento de adultos con FS la recordaba Moscovich (2009) cuando concluía que “The fact is that a significant proportion of individuals who complete empirically supported therapy for social phobia remain symptomatic at the end of therapy, with an even higher percentage exhibiting symptoms at follow-up” (p. 123). Estas diferencias con nuestros resultados las atribuimos fundamentalmente a cuatro razones: (i) intervenimos cuando el trastorno está poco consolidado y generalizado, mientras que generalmente la solicitud de ayuda no suele realizarse hasta que el trastorno no interfiere de modo significativo en el desarrollo de la actividad cotidiana, o es detectado en el curso de la solicitud de ayuda médica por causas distintas a la ansiedad social; (ii) informamos a los tutores legales del curso del desarrollo y de los efectos del mantenimiento trastorno a medio y largo plazo cuando no se trata, así como de la eficacia mostrada previamente por el Programa IAFS en su reducción/eliminación; (iii) el medio educativo facilita la asistencia de los participantes, como una actividad educativa más (sin costes económicos para ellos y sin que suponga “pérdidas” de tiempo), (iv) nuestros participantes son voluntarios y (v) la mayor parte del tratamiento se contextualiza en el marco de un entrenamiento en habilidades sociales que, como se ha indicado, nos sirve de excusa para trabajar la exposición.

Para poder valorar lo que supone la detección e intervención temprana, en el marco comunitario, basta con recordar que el grado de cronicidad (consolidación y generalización) de la FS se asocia con altas tasas de comorbilidad, fundamentalmente con otros trastornos de ansiedad y depresión, pero también con el consumo de sustancias tóxicas y los llamados trastornos de la personalidad, que se enmarcan en un rango que unos investigadores sitúan entre el 40% y el 80% (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005) y otros entre el 69% y el 92% (véase García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008), dependiendo de la edad de la muestra, el contexto sociocultural en el que se desarrolla/mantiene, la edad de inicio del trastorno, etc. Además, los resultados de esta línea de investigación, fundamentada en la detección e intervención temprana, discrepan abiertamente de los informados por Alfano et al. (2009), quienes indican que las tasas de remisión completa en el tratamiento de niños y adolescentes con FS van desde el 40% al 70% y las de abandono se sitúan entre el 20% y el 30%, valores no solo muy próximos a los hallados en la población adulta sino que, además, también incluyen los propios de la Fobia Social Específica. Este dato resulta todavía más relevante si tenemos en cuenta que el abandono de un tratamiento disminuye la probabilidad de éxito futuro para un tratamiento similar (Delsignore et al., 2008) y la elevada estabilidad/cronicidad que muestra cuando no se trata (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008). Ahora bien, en este contexto de discusión no debemos de olvidar que nuestros resultados también son fruto de nuestra estrategia de prevención de recaídas: el Programa IAFS contempla la prestación de de ayuda a quienes la solicitan o son detectados en las me-

didias de seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses); en estos casos se retoman explicaciones, datos de registros históricos, contenidos y estrategias que se aplican como “dosis de recuerdo” *ad hoc*.

En relación con los avances post-tratamiento, del total de los participantes que no lograron la remisión de la FS en el postest, un 2% mostró avances en la remisión/eliminación del trastorno a los 12 meses de terminado el tratamiento; curiosamente el mismo dato que se ha hallado respecto de los retrocesos. Es un dato coherente tanto con lo que nuestro equipo ha ido observando en las distintas investigaciones realizadas como con lo informado por otros investigadores como Rapee (1993) o Hunt y Andrews (1998) quienes en un seguimiento realizado 20 meses después de terminado el tratamiento hallaron que el 23% de los pacientes tratados había mejorado. Lo que pone de manifiesto la relevancia del entrenamiento: cuando un ser humano entiende lo que le sucede y se le entrena para que lo afronte, los frutos del entrenamiento “siguen realizando su trabajo” una vez concluida la fase de aprendizaje de las habilidades y destrezas necesarias para enfrentarse a tales situaciones.

Nuestros resultados también ponen de manifiesto la relevancia los efectos del Programa IAFS en la reducción/eliminación de costes en términos de padecimiento subjetivo, tanto en quien presenta la FS como en sus familiares, además de los que se producirían en el futuro, con una alta probabilidad, debido a los efectos de la cronicidad en el ámbito del desarrollo personal, social y económico. Es decir, los datos de remisión y mejora que avalan esta estrategia de detección e intervención temprana son más relevantes, si cabe, por la elevada prevalen-

cia del trastorno, por su interferencia en el desarrollo social y personal, en la calidad de vida y en el desarrollo socio-afectivo de quienes lo presentan (así Fehm, Beesdo, Jacobi, y Fiedler, 2008; La Greca y Lopez, 1998; Stein y Kean, 2000 o Storch, Massia-Warner, Crips y Klein, 2005), por su relación las conductas adictivas y los trastornos en la alimentación (así Behar, 2010; Fernández et al., 2003; Regier, Rae, Narrow, Kaelber y Schatzberg, 1998; Sonntag, Wittchen, Höfler, Kessler y Stein, 2000; Swinbourne y Touyz, 2007 o Zubeidat, 2005), así como por sus efectos sobre el desarrollo laboral que, en el mejor de los casos, solo queda limitado, pero que en otros muchos lo impide cuando requiere de la relación o actuación con/ante otros. En este último caso la intensidad de la interferencia en el ámbito laboral se acompaña generalmente de un elevado padecimiento que acarrea, en relación con la población general, un incremento tanto del número de horas de trabajo perdidas por bajas laborales como de los costes derivados del consumo de psicofármacos para paliar los efectos de la ansiedad social y los de los trastornos comórbidos (Nardi, 2005; Waghorn, Chant, White y Whiteford, 2005). Añádase a todo ello el sufrimiento que genera tanto para quien presenta el trastorno como para su familia (Blanchard, Gurka y Blackman, 2006). En términos económicos, los costes para los sistemas de salud pública fueron estimados por Greenberg *et al.* (1999), en los EEUU de Norteamérica, en más de 42 millones de dólares/año.

En síntesis, el valor de estos resultados debería contextualizarse en la reducción/eliminación de las repercusiones que el trastorno acarrea en el anclaje social del hoy niño/adolescente y mañana adulto (Nardi,

2005; Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma, 1998),

Concluyendo podemos afirmar que el IAFS ha probado ser eficaz (beneficioso en investigaciones controladas) en un número significativo de trabajos en los que, no sólo se han comparado sus efectos frente a otros tratamientos y grupos de control activos y pasivos, incluida la transmisión de información, sino que también se ha estudiado el peso de algunos de sus componentes a través de su desmantelamiento parcial (véanse, por ejemplo, Amorós, Rosa y Olivares-Olivares, 2011; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2008; Palomares, 2005 o Sánchez-García, 2008). Así mismo, puede concluirse que el IAFS es un tratamiento eficiente porque ha mostrado mayores beneficios con menores costes que otros que persiguen el mismo fin (Olivares *et al.*, 2002; Olivares et al., 2003 o Rosa, Olivares-Olivares e Iniesta, 2009) y con apoyo empírico bien establecido (véase Gil-Bernal, 2009; Gil-Bernal y Hernández-Guzmán, 2009; Hernández, 2006 o Vallés, 2005).

Nuestro trabajo también presenta limitaciones que es preciso tener en cuenta. Así, entre éstas se hallan el hecho de que los participantes en nuestras investigaciones hayan sido voluntarios, que contaran con el consentimiento y ánimo de sus tutores legales, y que los terapeutas hayan sido formados en la aplicación del Programa. Todo ello constituyen limitaciones a la validez externa de nuestra línea de trabajo. Otro tanto ocurre con el hecho de que nuestros participantes pertenezcan solo a una zona geográfica española (Sur de la Provincia de Alicante y Región de Murcia), fuesen estudiantes y en su inmensa mayoría se inscriban en el rango 14-17 años de edad.

Por otra parte, como es sabido, los tratamientos además de estar bien establecidos y ser eficaces (beneficiosos en investigaciones controladas), también han de ser eficientes, es decir, que logren mayores beneficios con menores costes que otros (así Pérez-Álvarez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003) y efectivos (útiles en la práctica habitual). Entendemos que, a la luz de la evidencia disponible, el Programa IAFS cumple la condición de “bien establecido”, las de eficacia y eficiencia, pero tiene pendiente probar su efectividad en la práctica habitual de los psicólogos que realizan sus tareas profesionales en los centros educativos.

También constituye una limitación el diseño de las condiciones que regulan actualmente la adhesión inicial a la participación en el Programa. Todavía es muy elevado número de adolescentes que deciden no adherirse, pese a cumplir los criterios clínicos para el diagnóstico de Fobia Social Generalizada, ser gratuito y aplicarse en el marco del horario del lectivo del centro donde estudian (generalmente aprovechando horas libres o los tiempos destinados a tutorías). En ocasiones este número ronda el 50%. Desde nuestro punto de vista ello se debe, al menos, tanto a la propia naturaleza del trastorno como al hecho de que, al hallarse el trastorno todavía en su estado inicial, muchos padres no encuentran indicios suficientes que justifiquen la inclusión de su hijo en un programa de esta naturaleza.

Otra limitación deviene de los tamaños de los grupos de tratamiento. Como es sabido, la *Task Force* (1995) sugería un tamaño por grupo de tratamiento que habría de situarse alrededor de los 30 participantes, cantidad que ha sido inferior en alguna investigación.

Así mismo, hemos de indicar que, el hecho de no haber podido contar con espacios equivalentes en iluminación, mobiliario, volumen, disponibles en las mismas franjas horarias, etc., en los que desarrollar la aplicación del Programa IAFS ello puede haber afectado a nuestro trabajo y constituye una amenaza a la validez interna. Otro tanto ocurre con las respuestas de escape/evitación en el sistema cognitivo.

En relación con el trabajo futuro, el estado de nuestra investigación requiere más réplicas, realizadas por profesiones de la Psicología de distinto sexo, solos y en parejas, con mayores tamaños de la muestra, en zonas geográficas distintas, con distinto nivel socio-económico-cultural, a edades más tempranas, utilizando la nuevas tecnologías, añadiendo componentes de realidad virtual, entrenando a paraprofesionales para que actúen como co-terapeutas, etc. Con este fin nos ponemos a disposición de cualquier profesional o equipo de investigación interesado: contarán con toda nuestra infraestructura y experiencia en este ámbito. El contacto se puede establecer utilizando el correo electrónico que figura en el inicio de este trabajo o por cualquier otro medio que pueda resultar eficaz.

Nota: El desarrollo de esta línea de investigación ha contado con el apoyo del Proyecto SEJ2004-01471/PSIC del Ministerio de Educación y Ciencia, entre 2004 y 2007.

Referencias

Albano, A.M. y Detweiler, M.F. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In S.G. Hofmann and P.M. DiBartolo, (Eds.), *From social anxiety to social phobia* (pp. 162-178). MA: Allyn y Bacon

- 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
- Alfano, C. A., Pina, A. A., Villalta, I. K., Beidel, D. C., Ammerman, R. T., Crosby, L. E. (2009). Mediators and moderators of outcome in the behavioural treatment of childhood social phobia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 945-953.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición, texto revisado). Washington, DC: APA
- Amerigen, M. V., Mancini, C. y Farvorden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571.
- Amorós, M. (2006). *Efectos de la eliminación de los componentes de reestructuración cognitiva y focalización de la atención en la eficacia de la IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Amorós, M., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2011). Papel de la focalización de la atención en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Anales de Psicología*, 27(3), 718-728
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Facultad de Psicología. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Universitat de Barcelona (disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>; leído el 14 de febrero de 2010).
- Bados, A., Balaguer, G., y Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorders patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 90-101
- Beidel D. C. y Turner S. M. (2005). *Childhood anxiety disorders. A guide to research and treatment*. Nueva York: Routledge.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Morris, T.L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Blanchard, L.T., Gurka, M.J. y Blackman, J.A. (2006) Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics* 117, (6) 1202-1212.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112
- Carrascosa, A. (2006). *Efectos de la Tutoría en el Tratamiento de Adolescentes con Fobia Social Generalizada mediante el Programa IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Clark, D.B., Bukstein, O.G., Smith, M.G., Kaczynski, N.A., Mezzich, A.C. y Donovan, J.E. (1995). Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatric Services*, 46, 618-620.
- Delsignore, A., Carraro, G., Matthier, F., Znoj, H., Schneyder, U. (2008). Perceived responsibility for change as an outcome predictor in cognitive-behavioural group therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 281-293
- 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.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. y Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorders above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- Fernández, F., Jiménez, S., Badía, A., Jaurrieta, N., Solano, R. y Vallejo, J. (2003). Ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa: Un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual*, 11, 517-525.
- García-López, L. J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia: Servicio de publicaciones (disponible en www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/11007/GarciaLopez.pdf?sequence=1)
- García-López, J. A., Hidalgo, M. D., Beidel, D., Olivares, J. y Turner, S. M. (2008). Brief Form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24 (3), 150-156
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. y Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191

- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Turner, S., Albano, A. M. y Sánchez, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10 (2), 371-385
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. y Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social anxiety scales for adolescent, 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 (1), 51-59
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. M., e Inglés, C. J. (2008). Social anxiety disorder in childhood and adolescents: Current trends, advances, and future directions. *Psicología Conductual/Behavioral Psychology*, 16, 501-533.
- Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. y Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 706-717
- Gil-Bernal, F. (2009). *Evaluación de un modelo terapéutico para el manejo de la fobia social en niños en edad escolar*. Tesis doctoral no publicada. Escuela de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México D. F.
- Gil-Bernal, F y Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40 (1), 89-104
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., Ballenger, J. C., y Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427-435.
- Hernández, J. L. (2006). *Intervención en adolescentes con fobia social frente a la transmisión de información y grupo de control pasivo*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Hunt, C., y Andrews, G.. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 395-406
- Inglés, C., Méndez, F.X., y Hidalgo, M.D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104.
- Irurtia, M. J., Arias, B., Olivares-Olivares, P. J., Olivares, J. y Fuentes, I. (2006). Alteraciones del comportamiento alimentario y baja autoestima: Indicadores de riesgo en ansiedad social. *Psicología de la Salud*, 18 (2), 113-126
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demier, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., y Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- La Greca, A. M. y Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 33-37
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. y Grijalbo, F. (2007). The Rosenberg Self-Steem: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Morris, E. P., Steward, S. H. y Ham, L.S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 25, 734-760.
- Moscovich, D. A. (2009). Wat Is the Core Fear in Social Phobia?. A New Model to Facilitate Individualized Care Conceptualization and Treatment *Cognitive. Behavioral Practice*, 16, 123-134
- Nardi, A. E. (2005). Early diagnosis can decrease the social and economic burden of social anxiety disorder. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 39, 641-642.
- Olivares, J. (2005) (Dir.). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40, 7-23
- Olivares, J. y Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11 (3), 483-515.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998a). *Escala para la Detección de la Ansiedad social*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998b). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social. Diseño inicial*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-spanish versión*. Unpublished manuscript.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y Beidel, D. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21 (1), 67-78
- Olivares, J., García-López, L. J., Turner, S. M., La Greca, A. M. y Beidel, D. (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 (3), 467-476
- Olivares, J., García-López, L. J. e Hidalgo, M. D. (2001). The social phobia scale and the social interaction anxiety scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D. y Caballo, v. E. (2004). Relations among social anxiety measures and their invariance: A confirmatory factor analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (3), 172-179
- Olivares, J., García-López, L. J., Turner, S., Beidel, D., Albano, A. M e Hidalgo, M.D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10 (1), 147-164
- Olivares, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Sánchez-García, R. y Piqueras, J. A. (2004). Versión abreviada de la Escala de Ansiedad y Fobia Social (SPAI-B). En European Association of Psychological Assessment (Ed.), *VII European Conference on Psychological Assessment. Proceedings* (p. 80). Benalmádena (Málaga): EAPA.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18 (2), 207-212
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Sánchez-García, R. (2004). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS). Estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual*, 12 (2), 251-268
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M. y López-Gollonet, C. (2003). Tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11 (3), 599-622
- Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J., Bermejo, R. M. y Palomares, A. (2005). Presentación y descripción. En J. Olivares (Dir.), *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia* (pp. 25-81). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2006). Relevancia de la atención individualizada en el tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 565-580
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2009). Transmisión de información cualificada frente a tratamiento psicológico estructurado de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2), 241-258
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social. *Psicothema*, 17 (1), 1-8
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Vera-Villarroel, P. E. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes. *Terapia Psicológica*, 21 (2), 153-162
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 85-97
- Olivares, J., Sánchez-García, R. y López-Pina, J. A. (2009). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents. *Psicothema*, 21 (3), 486-491
- Olivares, J., Sánchez-García, R., López-Pina, J. A. y Rosa, A. I. (2010). Psychometric Properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 959-967
- Olivares-Olivares, P. J. (2011). *Efectos del Programa IAFS en función de una operacionalización del grado experto en el ejercicio de la psicología clínica*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2007). Validez social de la intervención en adolescentes con fobia social: padres frente a profesores. *Terapia Psicológica*, 25, 63-71.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2008). Does individual attention improve de effect of group treatment of adolescents with social phobia?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (2), 465-481
- Ollendick, T. H. y King, N. J. (2008). Evidence-based treatments for children and adolescents with phobic and anxiety disorders: Issues and commentary. *Psicología Conductual/Behavioral Psychology*, 16, 365-387.
- Palomares, A. (2006). *Efectos de la Tutoría en el Tratamiento de Adolescentes con Fobia Social Generalizada*

mediante el Programa IAFS. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Pérez-Álvarez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (Eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (Vol. I y II). Madrid: Pirámide.

Piqueras, J. A. (2005). *Análisis de la Eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (disponible en www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/11008/Piqueras-Rodriguez.pdf?sequence=1)

Piqueras, J. A., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Vera-Villarroel, P. y Marzo, A. (en prensa). Psychometric update of the Social Anxiety Screening Scale (EDAS) in a Spanish adolescent population. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (versión borrador disponible en http://www.ucm.es/info/Psi/docs/journal/v14_n2_2011OLF/art43.pdf)

Piqueras, J. A., Olivares, J. y López-Pina, J. A. (2008). Empirical validation of a new proposal about delimitation and operationalisation of the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 67-77

Piqueras, J. A., Olivares, J., Rosa, A. I. y Sánchez-García, R. (2004). Pruebas de observación y cambio terapéutico de la fobia social. En European Association of Psychological Assessment (Ed.), *VII European Conference on Psychological Assessment. Proceedings* (p. 268). Benalmádena (Málaga): EAPA

Piqueras, J. A., Olivares, J., Vera-Villarroel, P., Marzo, J. C. y Kuhne, W. (en prensa). Invarianza factorial de la Escala para la Detección de Ansiedad Social (EDAS) en adolescentes españoles y chilenos. *Anales de Psicología*, 28(4),

Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. y Ma, Y. (1998). The risk for the early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.

Ramos, V. (2004). *Efecto del grado de generalización del empleo del feedback audiovisual en la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Rapee, R. M. (1993). Recent advances in the treatment of social phobia. *Australian Psychologist*, 28, 168-171

Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kaelber, C.T. y Schatzberg, A.F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 24-28

Rosa, A., Amorós, M. y Olivares-Olivares, P. J. (aceptado para su publicación). Aportaciones de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Psicología Conductual*,

Rosa, A. I., Olivares, J. y Olivares-Olivares, P. J. (2007). Papel de la planificación de la interacción en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 25(2), 205-212

Rosa, A. I., Olivares-Olivares, J. e Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 23-42

Rosa, A. I., Olivares-Olivares, P. J. y Olivares, J. (2009). Papel de los efectos inespecíficos en el tratamiento psicológico de adolescentes con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 43-61

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.

Ruiz, J. (2003). *Estudio de las relaciones entre eficacia y eficiencia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función del tamaño del grupo*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Saldaña C. (Coord. y dir.) (2002). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide.

Sánchez-García, R. (2008). *Eficacia de la intervención en adolescentes con fobia social, con y sin reestructuración cognitiva, entre los 10 y los 14 años*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Sánchez-García, R. y Olivares, J. (2009a). Effectiveness of a program for early detection/intervention in children/adolescents with generalized social phobia. *Anales de Psicología*, 25(2), 241-249

Sánchez-García, R. y Olivares, J. (2009b). Intervención Temprana en Niños y Adolescentes con Fobia Social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 75-88

Silverman, M.K. y Albano, A.M. (1997). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation

Sonntag, H., Wittchen, H., Höfler, M., Kessler, R.C. y Stein, M.B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults?. *European Psychiatry*, 15, 67-74.

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.

- Stein, M.B. y Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemic findings. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Crips, H. y Klein, R. G. (2005). Peer victimization and social anxiety in adolescence: A prospective study. *Aggressive Behavior*, 31, 437-452.
- Swinbourne, J. M. y Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, 15 (4), 253-274
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Cooley, M.R. (1997). *Social Effectiveness Therapy: A program for overcoming social anxiety and social phobia*. Toronto, Ontario, Canadá: Multi-Health Systems.
- 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 (1), 35-40.
- Vallés, A. (2005). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada frente a los Grupos de Control Activo y Lista de Espera*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Vallés, A., Olivares, J. y Rosa, A. I. (2007). Eficacia clínica en la fobia social de los adolescentes. Tratamiento en el contexto escolar. *Revista Peruana de Psicología*, 1, 114-131
- Vera-Villarroel, P., Olivares, J., Kuhne, W., Rosa-Alcázar, A. I., Santibáñez, C. y López-Pina, J. A. (2007). Propiedades psicométricas de la escala para la detección de la ansiedad social (EDAS) en una muestra de adolescentes chilenos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 795-806
- Waghorn, G., Chant, D., White, P. y Whiteford, H. (2005). Disability employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 55-66.
- Wittchen, H., 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.
- Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C. y Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.
- Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Granada (leído el 3.09.2011 en <http://hera.ugr.es/tesisugr/15467715.pdf>).

Fecha de recepción: 13/10/2011
 Fecha de aceptación: 16/12/2011