

**EFFECTOS A LARGO PLAZO DEL
TRATAMIENTO DE UN ADOLESCENTE CON
FOBIA SOCIAL GENERALIZADA MEDIANTE
EL *COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY*
FOR ADOLESCENTS (CBGT-A)**

**Luis Joaquín García-López
José Olivares
Ana I. Rosa**

Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE MURCIA

RESUMEN

El propósito de este trabajo es presentar datos relativos a la eficacia de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual, diseñado inicialmente para ser aplicado en grupo, a un sujeto adolescente con un diagnóstico de fobia social generalizada y comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación, trastorno obsesivo-compulsivo y episodio depresivo mayor. El tratamiento consta de 16 sesiones en las que se entrenó al sujeto en habilidades sociales, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y exposición en vivo. La evaluación se llevó a cabo en tres momentos: pretest, posttest y a los 12 meses de iniciado el seguimiento. Los resultados muestran que tras la aplicación del tratamiento se produce una reducción clínicamente significativa de

las respuestas de ansiedad social, la remisión del trastorno de personalidad por evitación y del episodio depresivo mayor, así como el mantenimiento de estos efectos en el seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: ADOLESCENCIA, COGNITIVO-CONDUCTUAL, FOBIA SOCIAL, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO. TRANSCULTURAL.

SUMMARY

The purpose of this work was to evaluate the effects of a cognitive-behavioral group therapy in an adolescent with generalized social phobia (primary diagnosis) and presented also personality avoidance disorder, major depression and obsessive-compulsive disorder. The treatment consisted of 16 sessions focused on providing social skills, social problem-solving skills, cognitive therapy and in-vivo exposure. Assessments were done before and after treatment as well as 1-year follow-up. Results show a strong decrease on overall social anxiety measures and absence of major depression and personality avoidance disorder at posttest; the treatment effects remained at long-term follow-up.

Key words: ADOLESCENCE, COGNITIVE-BEHAVIORAL, SOCIAL PHOBIA, THERAPY, FOLLOW-UP, CROSS-CULTURAL

INTRODUCCIÓN

Aunque la fobia social fue incluida dentro de la nomenclatura de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980), no es hasta la publicación de la tercera edición revisada del DSM-III (DSM-III-R; APA, 1987) cuando empiezan a aparecer trabajos sobre la fobia social en el período de la adolescencia si bien el interés de los investigadores en esta área no empieza a ser mayoritario hasta la publicación del DSM-IV (APA, 1994), fecha que marca un punto

de inflexión a partir del cual se ha desarrollado exponencialmente el número de trabajos que se han centrado en la investigación sobre este tema (García-López y Olivares, 2002).

A la luz de estos datos, no es de extrañar que transcurrieran quince años entre el reconocimiento oficial de la fobia social como una entidad diagnóstica hasta que se publicó el primer trabajo sobre los resultados de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual específico para población adolescente con fobia social (Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow, 1995) denominado *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents* (CBGT-A; Albano, Marten y Holt, 1991), a pesar de que los datos existentes ponían una y otra vez de manifiesto las negativas y graves consecuencias que la presencia de este trastorno podía generar en el proceso de adaptación del adolescente a su medio: bajo rendimiento académico -llevando incluso al abandono escolar (c.f., Beidel y Turner, 1998), desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado del ánimo (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Francis, Last y Strauss, 1992; Stein y cols., 2001; García-López y Olivares, 2001) o el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (Clark y Kirisci, 1996; Essau y cols., 1999; García-López y Olivares, 2001).

Pues bien, pese a ello, el número de trabajos publicados relativos al tratamiento de población adolescente sigue siendo muy escasos. De hecho, las dos únicas aportaciones de las que tenemos noticias en este sentido, dentro del presente siglo, son la publicación de los resultados a largo plazo del CBGT-A en población de lengua inglesa (Hayward y cols., 2000) y la presentación de los resultados de la eficacia de nuevas modalidades de tratamiento para población adolescente española con fobia social generalizada (Olivares y García-López, 2001a,b; Olivares, García-López, Ruiz, Piqueras y Ramos, 2001).

Por lo que respecta al CBGT-A, único programa de tratamiento de lengua inglesa diseñado específicamente para población adolescente con fobia social, hemos de indicar que pese al papel modulador que puede desempeñar la cultura en la eficacia de un tratamiento psicológico, éste no cuenta con ninguna aplicación en la que se haya intentado poner a prueba u obtener algún indicio de la bondad de tal paquete de tratamiento multicomponente en población adolescen-

te española. Por ello, el objetivo del presente trabajo es informar acerca de los resultados de su aplicación en un sujeto de lengua española que cumplía los criterios del DSM-IV (APA, 1994) para el diagnóstico de fobia social generalizada.

MÉTODO

Sujeto

El sujeto era un adolescente varón de 16 años, estudiante de 2º BUP en un instituto público de la Región de Murcia. Tras la administración de la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994) se determinó que el sujeto cumplía los criterios diagnósticos de fobia social generalizada recogidos en el DSM-IV (APA, 1994).

El sujeto presentaba tanto ansiedad de actuación ante situaciones de comer y beber en público como ansiedad de interacción en situaciones de iniciar y/o mantener conversaciones. La situación más ansiógena informada por el sujeto era mantener una conversación ante una persona del sexo opuesto, mostrando respuestas cognitivas ("se va a reír de mí"), psicofisiológicas (sudor, rubor, taquicardia) y motoras (respuesta de evitación y/o escape ante/de las situaciones fóbicas), lo que conllevaba un malestar clínicamente significativo e interferencia en sus relaciones sociales, así como ante la posibilidad de establecer relaciones de pareja.

La evaluación realizada al sujeto puso de manifiesto comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación, episodio depresivo mayor y trastorno obsesivo-compulsivo (estos dos últimos, con inicio posterior al de la fobia social). El sujeto informó que desde la edad preescolar evitaba situaciones sociales, pero que ello no le interfirió significativamente en su vida cotidiana ni en su rendimiento académico (pudimos comprobar que su rendimiento durante esa etapa había sido de medio-alto: calificación -media de "notable"-). Por ello, la edad de comienzo la situó el sujeto a los 14 años (cumplimiento de los requisitos para el diagnóstico de fobia social), atribuyéndose al cambio de colegio el suceso desencadenante: momento en el que

el sujeto pasó de un centro privado y exclusivamente para chicos, en el que cursó estudios hasta 8º EGB, a otro público y mixto (instituto de secundaria).

Respecto a su ámbito familiar se ha de indicar que él era el primogénito de dos hermanos varones. Su padre trabajaba como mando intermedio en un hipermercado y su madre se ocupaba de las tareas del hogar. Tras la administración del ADIS-IV, se observó que en la actualidad el padre cumplía los criterios de fobia social específica y la madre presentaba un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad habiendo sufrido en el pasado un episodio depresivo mayor y fobia social generalizada. El nivel socioeconómico de la familia era medio-alto.

Evaluación

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

Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) consta de 45 elementos: 32 miden respuestas de ansiedad social y 13 evalúan respuestas agorafóbicas. El inventario sigue una escala Likert de 7 puntos (rango: 1-7). El SPAI incluye tres puntuaciones: la puntuación de la subescala de Fobia Social, la puntuación de la subescala de Agorafobia y la puntuación Diferencia, la cual se obtiene de restar las puntuaciones de las dos subescalas anteriores. Como consecuencia de la polémica existente acerca de qué medida del SPAI es la que mejor predice del cambio terapéutico (e.g. Taylor, Woody, McLean y Kouch, 1997), en nuestro estudio empleamos tanto la puntuación de la subescala de Fobia Social como la puntuación Diferencia. No utilizamos la puntuación de la subescala de Agorafobia porque su utilidad se limita a proporcionar un valor que tras ser restado a la puntuación de la subescala de Fobia Social permite obtener la puntuación Diferencia, cuyo objetivo es eliminar las respuestas de ansiedad social atribuibles a la agorafobia. Pese a que el SPAI fue diseñado para medir las respuestas

de ansiedad social en población adulta, tanto estudios en lengua inglesa como española han demostrado su validez y fiabilidad en población adolescente (Clark y cols., 1994; García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel, 1999).

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

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

Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987a). Este instrumento fue diseñado para evaluar el grado en el que un trastorno puede afectar a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Los ítems se puntúan según una escala Likert de 6 puntos (rango: 1-6). El rango total de la escala es de 6 a 36 (a mayor puntuación, menor adaptación). En una publicación reciente Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) han dado a conocer las propiedades psicométricas de esta escala en población adulta española.

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

Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA; Méndez, Martínez, Sánchez e Hidalgo, 1995). Este instrumento se construyó con el objeto de disponer de un índice que permitiera discriminar entre sujetos con habilidades sociales y aquellos con un déficit en éstas. Consiste en 160 elementos que se dividen en cuatro áreas sociales en las que los adolescentes suelen pasar la mayoría de su tiempo: el instituto, los amigos, la familia y la calle. Cada elemento se puntúa según una escala Likert de cinco puntos que varían entre 0 (ninguna dificultad) y 4 (máxima dificultad). La consistencia interna y la fiabilidad test-retest para la puntuación total de la escala es de 0.94 y 0.84, respectivamente (Inglés, Martínez, Méndez e Hidalgo, 1998). En un trabajo reciente García-López y cols. (2001) han encontrado una fiabilidad test-retest de 0.83, muy similar a la obtenida por Inglés y cols. (1998).

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

Diseño

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

Procedimiento

El CBGT-A (Albano y cols., 1991) incluye 16 sesiones de tratamiento, las cuales se desarrollan durante un periodo de 14 semanas. Las cuatro primeras sesiones se realizan dos veces a la semana y las doce restantes con una periodicidad semanal. Todas las sesiones tienen una duración de 90 minutos y se llevan a cabo con un formato de grupo (cuatro sujetos). En nuestro caso el grupo lo integraban tres alumnos de otro instituto, cómplices del terapeuta que no presentaban ningún trastorno psicológico, los cuales eran informados y entrenados brevemente antes de cada sesión en cómo debían de actuar. Por lo demás, la aplicación del tratamiento se ajustó estrictamente al procedimiento descrito por los autores del CBGT-A.

El CBGT-A se divide en dos fases de ocho sesiones cada una: (a) la fase Educativa y de Entrenamiento en habilidades ("*skills building*") y (b) la fase de Exposición. Durante la primera fase, el terapeuta presenta información acerca del programa de tratamiento así como del modelo explicativo de la fobia social, en el que se resalta la importancia de las respuestas de evitación y/o escape como factores de mantenimiento de la fobia social. Posteriormente, durante el módulo de Entrenamiento en habilidades se trabajan las habilidades sociales, el entrenamiento en resolución de problemas y la reestructuración cognitiva (terapia cognitiva de Beck). El formato estándar de las sesiones en la primera fase es: (a) breve resumen de los contenidos de la sesión anterior, (b) desarrollo del(os) tema(s) del día y (c) tareas para casa.

Respecto a la segunda fase, la Exposición, se realizan ensayos de conducta y exposiciones en vivo de cara a afrontar las situaciones sociales temidas por el adolescente. Para ello, previamente los sujetos construyen individualmente una jerarquía de las situaciones sociales que les ocasionan respuestas de ansiedad y/o evitación. Durante las exposiciones se simulan las situaciones jerarquizadas, pudiendo usar para este fin tanto a los compañeros del grupo como al terapeuta. Cada sujeto trabaja con su jerarquía individual de situaciones temidas y recibe una "doble exposición" ya que también participa en las exposiciones de sus compañeros(as). Asimismo, durante esta fase se asignan tareas para casa con el objeto de promover el mante-

Tabla 1.- Contenidos del tratamiento Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A)

SESIÓN	CONTENIDO DE LAS SESIONES
1	Fase educativa (I). Normas del programa.
2	Fase educativa (II). Modelo explicativo de la ansiedad. Expectativas de tratamiento.
3	Terapia cognitiva de Beck (I). Fase educativa y de entrenamiento: Pensamientos automáticos. Distorsiones cognitivas.
4	Terapia cognitiva de Beck (II). Fase de aplicación. Técnica de resolución de problemas.
5	Entrenamiento en habilidades sociales. Asertividad (I)
6	Entrenamiento en habilidades sociales. Asertividad (II)
7	Revisión de las habilidades aprendidas hasta la fecha (técnicas cognitivas, entrenamiento en resolución de problemas y habilidades sociales). Evaluación de las expectativas
8	Ensayo de conducta Introducción a la fase de exposición
9-15	Exposición
16	Exposición Prevención de recaídas

nimiento y la generalización de los efectos. Tanto durante la primera fase como en esta última, se dispone de un tiempo de descanso (o “*snack time*”) que tiene lugar aproximadamente durante la mitad de la sesión. Este componente está diseñado para proporcionar una actividad en el medio natural de cara al modelado de las conductas prosociales. Durante la fase de entrenamiento en habilidades, el “tiempo de descanso” se dedica a la desensibilización de respuestas relativas a la lectura, a comer en público y/o participar en charlas informales de corta duración (p. ej, debates). Durante la fase de exposición se realizan “mini-exposiciones” en vivo (p. ej., ir a la cantina del instituto en una hora concurrida, pedir un refresco y beberse delante de sus compañeros). Además, con el fin de prever posibles recaídas durante la última sesión de esta fase se hace un repaso tanto de los contenidos trabajados durante las sesiones como del cambio experimentado por los sujetos a lo largo de la terapia. Junto a esto, se planifican exposiciones y se analizan y discuten los factores que han podido contribuir al cambio y a la atribución de la mejoría por parte de los sujetos. El formato estándar de las sesiones en la segunda fase es: (a) breve resumen de los contenidos de la sesión anterior, (b) exposición en vivo, de acuerdo con la jerarquía de situaciones sociales fóbicas elaboradas por cada sujeto y (c) tareas para casa (autoexposición). Una descripción de los contenidos de las sesiones puede verse en la Tabla 1.

RESULTADOS

Los resultados muestran la significación clínica del CBGT-A en el postest y en el seguimiento, de acuerdo con los datos recogidos en la entrevista semiestructurada ADIS-IV, administrada por un evaluador que desconocía tanto el diagnóstico del sujeto como los obtenidos en las escalas cumplimentadas por el sujeto en medidas anteriores. Respecto a los relativos al postest, tras la finalización del tratamiento el sujeto ya no cumplía ni los criterios diagnósticos de fobia social ni los del trastorno de personalidad por evitación ni los del episodio depresivo mayor, aunque sí los del trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, en el seguimiento se observó una remi-

Tabla 2.- Resultados obtenidos a través de los autoinformes en el pretest, postest y en el seguimiento realizado a los 12 meses.

AUTOINFORMES	RANGO DE LAS PUNTUACIONES	PRETEST	POSTEST	SEGUIMIENTO
SPAI				
Fobia Social	(0-192)	133	57	36
Diferencia	(0-192)	114	45	28
SAS-A				
FNE	(8-40)	40	20	14
SAD-N	(6-30)	21	14	14
SAD-G	(4-20)	13	9	7
Puntuación Total	(18-90)	74	43	35

Tabla 2.- (Continuación)

PRCS	(0-30)		22	12	6
INADAPTACIÓN	(6-36)		23	19	8
AUTOESTIMA	(10-40)		23	34	40
EHSPA	(0-400)	<i>Puntuación directa</i>	242	217	90
	(0-100)	<i>Centil</i>	75	63	27

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

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

Tabla 3.- Resultados de la Escala de Conductas-Objetivo en el pretest, postest y seguimiento

CONDUCTAS-OBJETIVO	NIVEL DE DIFICULTAD (0-10)			GRADO DE EVITACIÓN (1-6)		
	PRETEST	POSTEST	SEGUIMIENTO	PRETEST	POSTEST	SEGUIMIENTO
1. Iniciar y mantener una conversación con gente de mi edad	9	2	1	5	1	1
2. Mantener una conversación con una persona del sexo opuesto	10	4	2	3	1	1
3. Comer en público	10	3	3	5	2	2
4. Modificar pensamientos negativos	10	7	4	3	3	2
5. Estar relajado cuando estoy con gente (conocida o no) en un lugar desconocido	10	5	3	6	4	3

sión parcial del trastorno obsesivo-compulsivo mientras se mantenía la remisión total de los otros trastornos.

En cuanto a los datos generados por las escalas administradas, como puede verse en la Tabla 2, en el postest se muestra una mejoría en todas las medidas empleadas, observándose una disminución tanto de las puntuaciones de las medidas generales que miden las respuestas de ansiedad social como de las que evalúan las respuestas cognitivas y motoras. Asimismo, de estos datos se desprende que el sujeto ha incrementado su nivel de autoestima y su repertorio de habilidades sociales, todo lo cual ha repercutido en una reducción de los valores de la Escala de Inadaptación. Además, los logros obtenidos tras el tratamiento se han mantenido y generalizado en el seguimiento realizado transcurridos doce meses de la finalización del tratamiento.

Estos resultados están en la línea de los obtenidos a través de la Escala de Conductas-Objetivo (véase Tabla 3), donde se contempla una disminución del nivel de dificultad y de evitación de las situaciones sociales fóbicas tanto en el postest como en el seguimiento.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados señalan la eficacia a corto y largo plazo del CBGT-A en el sujeto tratado, lo que es consistente con los estudios previos en población adolescente de lengua inglesa en los que el tratamiento se aplicó en grupo (Albano y cols., 1995; Hayward y cols., 2000). Asimismo, los resultados obtenidos también están en la línea de lo ya informado en otros trabajos en población adolescente de lengua española ya mencionados (Olivares y García-López, 2001a,b; Olivares, García-López, Ruiz y cols., 2001).

Los resultados, relativos a la ausencia de criterios para el diagnóstico de fobia social y trastorno de personalidad por evitación, tras ser aplicado el tratamiento, son coincidentes con los datos provenientes de otros estudios en los que se pone de manifiesto cómo los efectos de los tratamientos psicológicos para la fobia social,

además de generar beneficios clínicamente significativos, también contribuyen a reducir, cuando no a eliminar, los criterios requeridos para el diagnóstico del trastorno de personalidad por evitación (Alden y Capreol, 1993; Hofmann y cols., 1995; Olivares y García-López, 2001b; Renneberg, Goldstein, Phillips y Chambless, 1990), lo que viene a abundar en el hecho de que los tratamientos psicológicos son igualmente eficaces para los sujetos con fobia social y comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación. O dicho de otro modo, estos datos contribuyen a sostener que la presencia de un trastorno de personalidad por evitación no parece interferir en la eficacia del tratamiento psicológico de la fobia social, lo que es consistente con las investigaciones llevadas a cabo por Boone y cols. (1999), Brown, Heimberg y Juster (1995), Hope, Herbert y White (1995) o McNeil y cols. (1995), aunque también es cierto que discrepa con lo informado por Feske y Chambless (1995) o Lucas y Telch (1993).

En este mismo orden de cosas, también hemos de recordar que Beidel y Turner (1998) han aportado evidencia empírica a favor de que la exposición gradual es el procedimiento que resulta más eficaz para los sujetos con fobia social y trastorno de personalidad por evitación, especialmente si se combina con un entrenamiento en habilidades sociales, como es el caso del presente trabajo.

En cuanto al episodio depresivo mayor, nuestros resultados están en la línea de los de Albano y cols. (1995) y Hayward y cols. (2000), puesto que la detección e intervención temprana en la fobia social no sólo presenta un efecto terapéutico, al permitir reducir o eliminar las respuestas de ansiedad social, sino que también produce efectos en los trastornos relativos al estado de ánimo.

Respecto de la comorbilidad entre la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo hemos de indicar que, aunque la reducción de los niveles de ansiedad que conlleva la eliminación de la fobia social parecen influir en la remisión parcial del trastorno obsesivo-compulsivo, se desconoce si esta remisión parcial se mantiene, se incrementa o desaparece con el paso del tiempo. Los estudios futuros deberían aportar evidencia respecto del alcance del efecto del tratamiento de la fobia social en la adolescencia en el trastorno obsesivo-compulsivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Albano, A.M., Marten, P.A. y Holt, C.S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Manuscrito no publicado.
- Albano, A.M., Marten, P.A. y Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656
- Alden, L.E. y Capreol, M.J. (1993). Avoidant personality disorder. Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*, 24, 357-376
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (tercera edición). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (tercera edición, revisada). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición). Washington, DC: Author
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA
- Boone, M.L., McNeil, D.W., Masia, C.L., Turk, C.L., Carter, L.E., Ries, B.J. y Lewin, M.R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271-292
- Brown, E.J., Heimberg, R.G. y Juster, H.R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486
- Clark, D.B. y Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233
- Clark, D.B., Turner, S.M., Beidel, D.C., Donovan, J.E., Kirisci, L. y Jacob, R.G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140
- DiNardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987a). *Escala de Indaptación*. Manuscrito no publicado
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987b). *Autorregistro de Conductas Objetivo*. Manuscrito no publicado

- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J.** (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340
- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F.** (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843
- Feske, V. y Chambless, D.L.** (1995). Cognitive-behavioral versus exposure treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720
- Francis, G., Last, C.G. y Strauss, C.C.** (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089
- García-López, L.J. y Olivares, J.** (2002). *Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la fobia social en la adolescencia y sus implicaciones para el desarrollo de programas de detección e intervención temprana*. Manuscrito enviado para su publicación
- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. y Turner, S.M.** (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance Distress scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59
- Gilkinson, H.** (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Speech Monographs*, 9, 141-160
- Guillén, V., Baños, R.M., Quero, S. y Botella, C.** (1999, noviembre). *Diferencias en autoestima entre población normal y personas con diagnóstico de fobia social*, I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada
- Guillén, V., Quero, S., Baños, R.M. y Botella, C.** (1999, noviembre). *Datos psicométricos y normativos del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg en una muestra española*, I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A.F.** (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Becker, A., Taylor, C.B. y Roth, W.T.** (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy findings. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 427-438

- Hope, D.A., Herbert, J.D. y White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder and efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417
- Inglés, C.J., Martínez, J.A., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (1998). *Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA)*. Comunicación presentada en el 4º Congreso Internacional de Conductismo y Ciencias de la Conducta. Sevilla
- 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
- Lucas, R.A. y Telch, M.J. (1993, noviembre). *Group versus individual treatment of social phobia*. Comunicación presentada en el congreso anual de la Asociación para el Avance de la Terapia Conductual. Atlanta, Estados Unidos
- McNeil, D.W., Ries, B.J., Taylor, L.J., Boone, M.L., Carter, L.E., Turk, C.L. y Lewin, M.R. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47-57
- Méndez, F.X., Inglés, C.J. e Hidalgo, N.D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74
- Méndez, F.X., Martínez, J.A., Sánchez, S.E. e Hidalgo, M.D. (1995). *Escala de habilidades sociales para adolescentes (EHSPA)*. Manuscrito no publicado
- Mulkens, S., Bögels, S.M. y de Jong, P.J. (1999). Attentional focus and fear of blushing: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 153-164
- Newman, M.G., Hofmann, S.G., Trabert, W., Roth, W.T., y Taylor, C.B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes?. *Behavior Therapy*, 25, 503-517
- Olivares, J., y García-López, L.J. (2001a). Aplicación del Social Effectiveness Therapy for Adolescents (SET-A) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*, (aceptado para su publicación).
- Olivares, J., y García-López, L.J. (2001b). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9 (2), 247-254.
- Olivares, J., García-López, L.J., Ruiz, J., Píqueras, J.A., y Ramos, V. (2001, agosto), *Detección e intervención temprana en adolescentes españoles con fobia social generalizada: Resultados de la aplicación del SET-A*. Comunicación presentada en el simposio "Assessment and

- treatment of social phobia in different cultural groups" celebrado en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile, Chile.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., Turner, S.M. y Beidel, D.C.** (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J.** (1999). *Un análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada, Noviembre 1999
- Paul, G.** (1966). *Insight vs. Desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press
- Renneberg, B., Goldstein, A.J., Phillips, D. y Chambless, D.L.** (1990). Intensive behavioral treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy*, 21, 363-377
- Rosenberg, M.** (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H.-U.** (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P.D. y Koch, W.J.** (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, 1, 181-191
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A.** (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1 (1), 35-40

