

Anuario de Psicología
2009, vol. 40, nº 1, 89-104
© 2009, Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona

Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social*

Flor Gil-Bernal
Laura Hernández-Guzmán
Universidad Nacional Autónoma de México

Participaron 17 niños, entre 7 y 12 años, con fobia social asignados aleatoriamente a 3 condiciones: (a) niños bajo el protocolo Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS; Olivares, 2005), (b) el mismo protocolo a los niños e información a sus padres sobre el trastorno, y (c) lista de espera. En evaluaciones de pretest, posttest, 3 y 6 meses después, se midieron los síntomas de fobia social informados por los niños, y su ansiedad/depresión y problemas sociales de acuerdo con el informe de sus padres. Los 2 grupos expuestos al tratamiento mostraron mejoría después del tratamiento, pero no los niños en lista de espera. No se detectó ventaja en el caso de la participación de los padres. Se repiten los resultados de estudios anteriores sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en niños mexicanos.

Palabras clave: niños, fobia social, tratamiento, Programa IAFS, seguimiento, réplica, experimental.

Cognitive-behavioural treatment in Mexican children with social phobia

Seventeen children with social phobia, 7 to 12 years of age, were randomly assigned to three conditions: (a) children exposed to "Intervención en Adolescentes con Fobia Social" (Olivares, 2005), (b) a combination of the aforementioned protocol applied to children and information about the disorder provided to their parents, and (c) waiting list control. Measurements of the children's symptoms of social phobia were carried out and their depression/anxiety and social problems reported by their parents, in pre- and post-test assessments as well as 3 and 6 months after treatment. Improvement was observed after treatment

*La Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM financió la presente investigación mediante el apoyo al proyecto PAPIIT IN3052007-2, cuya responsable es la Dra. Laura Hernández-Guzmán.

Correspondencia: Laura Hernández-Guzmán, Av. Universidad 3004, Edificio D, Laboratorio I, Col. Copilco-Universidad, C.P. 04510, Distrito Federal, México. Correo electrónico: lher@servidor.unam.mx

Original recibido: septiembre 2008. Aceptación final: enero 2009.

in all children exposed to the intervention, but not those on the waiting list. No improvement was observed due to the parents' participation. The results of previous studies on the efficacy of cognitive behavioural treatments were replicated in Mexican children.

Key words: *children, social phobia, treatment, IAFS Program, follow-up, replica, experimental.*

Aunque existe controversia sobre la edad de inicio de la fobia social ésta se ha ubicado en la niñez (Fehm, Pelissolo, Furmark y Wittchen, 2005; Olivares, Piqueras y Rosa, 2006; Rapee y Spence, 2004; Van Ameringen, Oakman, Mancini, Pipe y Chung, 2004). La fobia social en la niñez suele incapacitar a quien la padece, pues interfiere con su funcionamiento social, no sólo en el contexto de los compañeros o pares, sino en otros como el escolar y el familiar. El malestar y la ansiedad experimentados ante ciertas situaciones sociales favorecen el aislamiento social. Los niños con fobia social no aprenden habilidades sociales nuevas, ni tienen oportunidad de mejorar su destreza en el empleo de las ya adquiridas (Hernández-Guzmán, González y López, 2002). Es un problema que tiende a exacerbarse con el paso del tiempo, pues al percibirse socialmente incompetente, el niño tiende a autoevaluarse negativamente (Fisher, Masia-Warner y Klein, 2004; Kim, 2005; Olivares, Rosa, Piqueras *et al.*, 2002; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000; Wilson y Rapee, 2005).

Se trata, pues, de un trastorno de curso generalmente crónico, que afecta la rutina normal de la persona y sus relaciones académicas y sociales (Cartwright-Hatton, Tschernitz y Gomersall, 2005; Fremont, 2003; Gerlach, Wilhelm y Roth, 2003). Por ello no sorprende que el fracaso escolar, la depresión, otros trastornos de ansiedad y el abuso del consumo de sustancias tóxicas se asocien con este trastorno (Botella, Baños y Perpiñá, 2003; Dabkowska, 2004).

A edades tempranas los padres y profesores lo interpretan como timidez, por lo que no solamente les es difícil reconocer el sufrimiento del niño, sino que suelen solicitar ayuda profesional tardíamente, cuando el problema ha empeorado (Bögels y Tarrier, 2004), es decir, se ha consolidado y generalizado.

Por otra parte, los estudios epidemiológicos señalan que la fobia social constituye un problema de salud pública grave que padece o ha padecido alguna vez en su vida el 9.5% de la población mundial (Olivares, Rosa y García-López, 2004; OMS, 2001). Su prevalencia oscila entre 1.1% y 22.6% (Lipsitz y Schneier, 2000; Sareen y Stein, 2000).

Debido a las graves consecuencias asociadas con el trastorno, ha habido un gran interés por investigar los tratamientos más eficaces para reducir las respuestas que lo caracterizan. La terapia cognitivo-conductual (TCC, en adelante) se reconoce ya como el tratamiento más eficaz de la fobia social (APA, 1995), tanto en la adultez (Méndez, Sánchez y Moreno, 2001) como en la infancia y la adolescencia (Olivares, Rosa, Caballo *et al.*, 2003). Incluye la TCC una combinación de estrategias cognitivas orientadas a la modificación de cogniciones distorsionadas, técnicas conductuales para transformar las conductas de

evitación y técnicas de relajación dedicadas a atenuar las respuestas fisiológicas (Grave y Blissett, 2004; Hazlett-Stevens y Craske, 2002; Kazantzis, Deane y Ronan, 2000).

La evidencia empírica y experimental pone de manifiesto que dentro de la TCC hay que destacar por su eficacia en el tratamiento de la fobia social a la exposición, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento de habilidades sociales (Botella *et al.*, 2003; Olivares, García-López, Beidel *et al.*, 2002). La aplicación combinada de estas técnicas se extiende a diversos grupos de edad (Gallagher, Rabian y McCloskey, 2004; García-López *et al.*, 2006; Hayward *et al.*, 2000; Olivares y García-López, 2002; Rodebaugh y Chambless, 2004). La literatura de investigación en este campo indica también que son más eficaces las intervenciones que entrañan mayor número de horas y sesiones de tratamiento y se aplican en grupo (Barrett, 1998; Botella *et al.*, 2003; Méndez *et al.*, 2001; Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés y López-Gollonet, 2003; Otto, Smits y Reese, 2004). Otro hallazgo importante lo muestran los estudios que señalan que sus efectos son duraderos (Baer y Garland, 2005; Barrett, 1998; Masia-Warner *et al.*, 2005; Olivares, García-López, Beidel *et al.*, 2002; Olivares y García-López, 2001; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2008; Olivares, Rosa, Vera-Villaruel, 2003; Spence *et al.*, 2000), disponiéndose de datos de seguimiento a los 5 años (García-López, Olivares *et al.*, 2006) e incluso a los 6 años de haber terminado el tratamiento (Barrett, Duffy, Dadds y Rapee, 2001).

Si además se considera que las prácticas parentales defectuosas podrían moldear y exacerbar el trastorno, un factor que en este contexto requiere más investigación es el papel que desempeñan los padres en el tratamiento. La infancia, como periodo crítico en el que se adquieren y desarrollan las habilidades sociales y de afrontamiento, representa la oportunidad de que el niño transite de un miedo normal a su afrontamiento exitoso, o bien a un miedo más exacerbado y patológico (Secretaría de Salud, 2003; Taylor, Deane y Podd, 2000). Algunos autores, como Kazdin (1997) y Patterson, Chamberlain y Reid (1982) han propuesto, en el caso de los trastornos internalizados como lo es la fobia social, que el efecto del tratamiento se optimizaría si se incluyera a los padres. La investigación sobre la participación de los padres revela resultados contradictorios. Por un lado, varios estudios sugieren más ganancias cuando se dota a los padres de habilidades sociales (Barrett, Dadds y Rapee, 1996; Bögels y Siqueland, 2006; Spence *et al.*, 2000; Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu y Sigman, 2006), o cuando reciben entrenamiento en el manejo de técnicas cognitivo-conductuales (Bernstein, Layne, Egan y Tennison, 2005; Manassis *et al.*, 2002; Spence *et al.*, 2000; Wood *et al.*, 2006); por otro, también hay estudios que no han encontrado diferencias entre los niños, cuyos padres recibieron algún entrenamiento y aquellos cuyos padres no participaron en el tratamiento (Heyne *et al.*, 2002; Nauta, Scholing, Emmelkamp y Minde-
raa, 2001; 2003; Siqueland, Rynn y Diamond, 2004).

Existen actualmente protocolos de intervención cognitivo-conductual, de probada eficacia, para el tratamiento de los niños y adolescentes con fobia social (Albano, Marten y Holt, 1991; Beidel y Turner, 1998; Masia-Warner, Klein,

Storch y Corda, 2001; Olivares, 2005; Spence, 1998). El único protocolo manualizado elaborado para su aplicación en población infanto-juvenil de habla española que goza de abundante refrendo empírico y experimental (García-López *et al.*, 2006; Olivares, Rosa, Villarroel *et al.*, 2003; Olivares y García-López, 2001; Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2008; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005; Rosa, Olivares y Olivares-Olivares, 2007) es la *Intervención para Adolescentes con Fobia Social* (IAFS; Olivares, 2005).

Dado que la investigación sobre la eficacia de la TCC aplicada a niños hispanohablantes con fobia social es muy escasa, en el presente estudio optamos por adaptar el IAFS para aplicarlo en el tratamiento de niños mexicanos. De acuerdo con Sidman (1960), nosotros pensamos que en caso de resultar eficaz la aplicación del Protocolo IAFS en esta población hispanohablante, su réplica contribuirá a aumentar el valor de la generalidad de los efectos de esta modalidad de tratamiento. Además, también ha sido de nuestro interés analizar en este trabajo el papel de la inclusión de los padres en los resultados del tratamiento.

Por todo ello el presente estudio pretende investigar la eficacia de la *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (Olivares, 2005), adaptada para niños mexicanos con fobia social. Asimismo, pretende indagar el papel que desempeña la información a los padres sobre el trastorno cuando sus hijos se someten al tratamiento que se replica. De acuerdo con la literatura de investigación existente se espera que (a) el tratamiento desarrollado por Olivares (2005) reduzca eficazmente las respuestas de fobia social de los niños, (b) la combinación del tratamiento a los niños con la información proporcionada a los padres reduzca las respuestas en mayor proporción que el tratamiento aplicado a los niños, (c) el efecto generado por el IAFS se mantenga con el paso del tiempo y (d) no se espera que mejoren los niños que no se someten al tratamiento.

Método

Participantes

Inicialmente, los padres de 360 niños de un colegio público de una zona marginada de la Ciudad de México respondieron a la Lista de Conductas de Achenbach (CBCL 6-18, por sus siglas en inglés) (Achenbach y Rescorla, 2001). Se seleccionó intencionadamente a los niños que puntuaron dentro del área clínica de la escala ansioso/depresivo del CBCL y se les aplicó la *Entrevista Diagnóstica de Fobia Social* basada en el DSM-IV-TR. De acuerdo con dicha entrevista, 20 niños cumplieron con el criterio diagnóstico de fobia social. Se ofreció a sus padres la oportunidad de participar en el estudio mediante la firma de una carta de consentimiento. Sólo 17 consintieron que sus hijos participaran en el estudio, 13 niñas con una media de edad de 9.7 años (DT = 1.87) y 4 varones con una media de edad de 10.7 años (DT = 1.5).

La entrevista reveló que la duración del trastorno de estos niños oscilaba entre 6 y 48 meses (M = 16.47; DT = 13.68).

Instrumentos y materiales

La Lista de Conductas de Achenbach (Children Behavior Checklist, CBCL/6-18; Achenbach y Rescorla, 2001) es un instrumento que mide una gama amplia de conductas internalizadas y externalizadas de los niños, compuesto por 118 ítems que contienen preguntas para los padres (coeficiente alfa de Cronbach = 0.96; Hernández-Guzmán, 2005). Sus ítems se agrupan en 9 factores (ansioso/deprimido, aislado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de violar reglas, conducta agresiva y otros problemas). Se califica 0 = nunca, 1 = a veces y 2 = siempre. Para los análisis del presente estudio se utilizó solamente la calificación obtenida en las subescalas ansioso/deprimido (coeficiente alfa de Cronbach = 0.78; Hernández-Guzmán, 2005) y problemas sociales (coeficiente alfa de Cronbach = 0.711; Hernández-Guzmán, 2005). La subescala ansioso/deprimido está compuesta por 13 ítems que arrojan una calificación total posible de 26 puntos. Este factor mide ansiedad, pero toma en cuenta los datos que muestran que la ansiedad infantil comparte síntomas con la depresión (Curry, March y Hervey, 2004). Una calificación de 8 puntos o menos significa que el niño se comporta normalmente. Por su parte, la subescala problemas sociales consta de 11 ítems que miden: dependencia, aislamiento, rechazo de los pares, miedo a la crítica y problemas para hablar en público. La puntuación máxima es de 22 puntos; el área de normalidad se sitúa en el rango 0-9 puntos.

La Entrevista Diagnóstica de Fobia Social es una entrevista semiestructurada que se realiza a los niños, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 20 preguntas que indagan sobre la preocupación por exponerse a situaciones sociales, y por la crítica de los padres y profesores. Explora también la duración del trastorno.

El Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (coeficiente alfa de Cronbach = .869; Gil-Bernal, 2003), que responden los niños, está compuesto por 27 ítems que representan las respuestas de fobia social, distribuidos en 6 factores: actividad grupal, exposición social, juego, actividad individual, aproximación e iniciativa. El niño valora su grado de ansiedad en una escala de 3 puntos: 0 = nada, 1 = regular y 2 = mucho. En consecuencia, a mayor puntuación mayor ansiedad social. El punto de corte establecido es de 37 puntos (Gil-Bernal, 2003).

La Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS; Spence, 1997) está compuesta por 38 ítems que contestan los niños, referidos a síntomas de ansiedad. Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los demás ítems, cuya calificación no se toma en cuenta en los análisis. La versión en español tiene un alfa de Cronbach de .883 y se contesta: nunca (0), a veces (1) y siempre (2). Está compuesta por 6 factores: Ataque de Pánico/Agorafobia, Ansiedad de Separación, Miedo al Daño Físico, Ansiedad Generalizada, Fobia Social, y Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos en cada ítem. Por lo tanto, a mayor puntuación más ansiedad. En el presente

estudio se utilizó únicamente la subescala de Fobia Social que consta de 4 ítems con un alfa de .864.

La evaluación fue realizada por tres parejas de colaboradores previamente entrenadas para tal fin, las cuales no tuvieron conocimiento ni de los resultados obtenidos, ni del tratamiento aplicado a ninguno de los dos grupos (evaluadores ciegos). La primera pareja se responsabilizó de las medidas relativas al pretest y seguimiento a los seis meses; la segunda realizó la evaluación postest y la tercera la evaluación de seguimiento a los tres meses.

Diseño experimental

Se empleó un diseño experimental con un factor *intra* (pretest, postest y seguimientos a los 3 y 6 meses) y otro *inter* (tratamiento sólo a niños, tratamiento a niños y padres, grupo control lista de espera). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a las tres condiciones experimentales: (a) el tratamiento de la fobia social sólo a los niños, (b) información a los padres sobre la fobia social al tiempo que sus hijos se sometían al tratamiento de la fobia social y (c) lista de espera, cuyos efectos se examinaron sobre los síntomas de fobia social de los niños, su ansiedad/depresión y problemas sociales. El grupo de control lista de espera estuvo integrado por 6 niños, el grupo de tratamiento a padres y niños por 5 participantes y la condición de tratamiento sólo a niños por 6 sujetos.

La integridad del tratamiento se controló mediante el manual de la IAFS (Olivares, 2005) adaptada para niños mexicanos.

Procedimiento

Evaluación pretest

Los 17 niños diagnosticados con fobia social contestaron el *Instrumento Diagnóstico de Fobia Social* y la *Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)*. Por otra parte, sus padres cumplimentaron la *Lista de Conductas de Achenbach (CBCL/6-18)*.

Tratamiento

Siguiendo la adaptación realizada de la *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (Olivares, 2005), en el curso de 5 semanas, 2 terapeutas aplicaron la intervención en forma grupal a los 11 niños asignados a las 2 condiciones de tratamiento, al mismo tiempo que los 6 niños asignados al grupo en lista de espera permanecían sin tratamiento. Los objetivos principales de la intervención, que consta de 9 sesiones con duración de 90 minutos cada una, son psicoeducación de la ansiedad y la fobia social, en la que los niños aprenden a identificar las características principales de la ansiedad y de la fobia social. También reciben entrenamiento en habilidades sociales; mediante ejercicios y

juegos se enseña a los niños la manera adecuada de expresarse y comunicarse frente a los demás, y cómo iniciar y mantener conversaciones. Se emplea también la representación de papeles, la asertividad, la solución de problemas, la identificación de señales paralingüísticas (exposición) y el modelamiento. El terapeuta favorece que los niños participen y comenten sus ideas entre ellos. Mediante conversaciones entre pares de niños, o grupales, aprenden a expresarse adecuadamente. Por medio de la utilización de las técnicas de reestructuración cognitiva, los niños identifican sus pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas. Finalmente, durante la exposición a situaciones sociales, los niños hacen presentaciones orales frente a sus compañeros del grupo y los terapeutas. Una parte de la última sesión se destina a la prevención de recaídas.

Por otra parte, los padres de los 5 niños asignados al grupo que incluyó información a los padres asistieron a 5 sesiones en las que recibieron información sobre la fobia social de sus hijos y cómo manejarla. La intervención incluía conferencias informativas en las que se cubrieron los siguientes temas: ansiedad, fobia social, consecuencias de la ansiedad social, la TCC su eficacia y técnicas, estrategias de afrontamiento, identificación de pensamientos, sentimientos y conductas, las señales paralingüísticas y la prevención de recaídas. Durante cada sesión, el terapeuta exponía el tema y se discutían ejemplos basados en sus experiencias personales y los casos de sus hijos.

Las autoras del presente trabajo aplicaron conjuntamente (terapeuta y co-terapeuta) el tratamiento a ambos grupos; ambas son terapeutas con elevada experiencia en el tratamiento de problemas de ansiedad social en niños.

Evaluación postest y seguimientos

Transcurrida una semana, así como a los 3 y 6 meses después del tratamiento, se aplicó nuevamente la *Entrevista Diagnóstica*, el *Instrumento Diagnóstico de Fobia Social* y la SCAS a los niños; sus padres cumplieron el CBCL/6-18. Los niños en lista de espera no se evaluaron en el postest debido a que rehusaron responder a los instrumentos de medida. Esta situación cambió tras hablar con los padres por lo que sí pudimos obtener medidas en los seguimientos a los 3 y 6 meses. Los niños del grupo control lista de espera también se sometieron al Protocolo de Olivares (2005) al término del estudio.

Resultados

La tabla 1 presenta las medias y desviaciones típicas de cada grupo en cada momento para cada una de las medidas.

Equivalencia inicial de los grupos

Debido al número de participantes en cada grupo, los datos se analizaron utilizando el enfoque no paramétrico.

TABLA 1. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE CADA GRUPO EN CADA MOMENTO Y POR MEDIDA

	IDFS		FS		AD		PS	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Sin información a los padres								
Pretest	40.33	8.36	6.67	1.21	13.00	1.63	12.33	0.89
Postest	40.00	7.46	3.00	1.90	9.00	1.21	8.67	1.10
3 meses	39.83	5.91	3.00	1.41	2.33	1.97	2.67	2.07
6 meses	29.67	4.13	2.00	1.67	1.17	1.26	1.00	1.17
Con información a los padres								
Pretest	40.80	3.96	6.80	0.84	11.80	1.64	10.80	1.30
Postest	44.60	9.45	4.80	1.10	8.40	1.30	7.20	2.19
3 meses	39.80	8.87	4.40	2.61	1.80	2.41	2.60	2.17
6 meses	27.20	0.45	3.80	1.30	0.80	1.10	1.20	1.30
Lista de espera								
Pretest	47.67	5.24	7.00	0.89	12.50	1.60	12.17	1.26
Postest	—	—	—	—	—	—	—	—
3 meses	48.83	8.59	7.17	0.75	11.50	1.17	12.17	1.05
6 meses	49.33	4.93	7.67	0.52	11.67	0.75	12.83	0.82

M = Media; DT = Desviación típica IDFS=Instrumento de Fobia Social; FS=Subescala de Fobia Social de la SCAS; AD = Subescala ansioso/deprimido del CBCL/6-18; PS = Subescala problemas sociales del CBCL/6-18.

Para asegurar la equivalencia de los grupos antes del tratamiento se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para las variables dependientes (informadas por los niños y los papás) así como para la edad y la duración del trastorno.

No se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad ($H = 0.957$, $p = 0.620$) y la duración del trastorno ($H = 5.806$, $p = 0.055$). Tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto a las variables de fobia social informadas por los niños a través del *Instrumento Diagnóstico de Fobia Social* ($H = 4.517$, $p = 0.105$) y la *Escala de Ansiedad Social para Niños de Spence* ($H = 0.524$, $p = 0.356$), así como las informadas por los padres por medio de la subescala ansioso/deprimido ($H = 0.304$, $p = 0.859$) y la subescala problemas sociales ($H = 2.626$, $p = 0.269$) del CBCL/6-18.

Comparaciones intragrupos

Respuestas de fobia social informadas por los niños

El análisis estadístico de las calificaciones del pretest, postest, y los seguimientos a los 3 y 6 meses después del tratamiento, mediante la Prueba no

paramétrica de Friedman, reveló diferencias significativas para la condición de tratamiento sin información a los padres ($X^2 = 11, p = 0.012$) y para la condición de tratamiento con información a los padres ($X^2 = 10.469, p = 0.015$), pero no para el grupo en lista de espera ($X^2 = 4.952, p = 0.080$).

Posteriormente, se usó la Prueba de Wilcoxon; también se calculó el tamaño del efecto para todas las comparaciones por pares mediante el coeficiente de correlación r de Pearson. En el grupo cuyos padres recibieron información, la única diferencia significativa encontrada fue entre el pretest y el seguimiento a los 6 meses ($T = 2.023, p = 0.004, r = 0.64$). El tamaño r resultó superior a 0.5, es decir el tamaño del efecto fue alto. El mismo análisis para los niños cuyos padres no recibieron información arrojó datos similares. El cambio significativo se observó también después de transcurridos 6 meses ($T = 2.207, p = 0.002, r = 0.64$).

La Prueba no paramétrica de Friedman, aplicada a las puntuaciones en la subescala de Fobia Social de la SCAS, arrojó diferencias significativas para la condición de tratamiento en la que los padres no recibieron información ($X^2 = 9.255, p = 0.026$) y para la condición de tratamiento con información a los padres ($X^2 = 12.368, p = 0.006$), mas no para el grupo en lista de espera ($X^2 = 2.471, p = 0.291$). En la Prueba de Wilcoxon para el grupo cuyos padres no recibieron información, fueron significativas las diferencias entre las evaluaciones del pretest y del postest ($T = 2.041, p = 0.041, r = 0.64$), y del segundo seguimiento ($T = 2.023, p = 0.043, r = 0.64$). Para los niños cuyos padres participaron en las sesiones informativas, las calificaciones antes del tratamiento comparadas con las del postest ($T = 2.214, p = 0.027, r = 0.65$), las obtenidas 3 meses después ($T = 2.226, p = 0.026$), cuyo tamaño de efecto no excedió el 0.5, y las del segundo seguimiento ($T = 2.207, p = 0.027, r = 0.64$) mostraron diferencias significativas.

De los 17 niños que en la *Entrevista Diagnóstica de la Fobia Social* cumplieron los criterios para el diagnóstico de la fobia social en el pretest, una semana después de terminado el tratamiento, 5 ya no cumplían dichos criterios (3 del grupo cuyos padres no recibieron información y 2 del grupo con información a los padres). Tres meses después ya eran 10 los niños que no cumplían los criterios para el diagnóstico de fobia social (6 cuyos padres no recibieron información y 4 cuyos padres asistieron a las sesiones informativas). A los seis meses de haber terminado el tratamiento todos los niños que recibieron la intervención diseñada por Olivares (2005) habían dejado de cumplir los criterios diagnósticos requeridos para la fobia social. En cambio, los niños del grupo de control en la lista de espera seguían cumpliendo en su totalidad los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social en las evaluaciones de seguimiento realizadas tanto a los 3 como a los 6 meses.

Ansiedad y Problemas Sociales informados por los padres

La Prueba no paramétrica de Friedman reveló diferencias significativas para la condición de tratamiento sin información a los padres ($X^2 = 17.586, p = 0.001$) y para la condición de tratamiento con información a los padres ($X^2 = 14.625,$

$p = 0.002$), pero no para el grupo en lista de espera ($X^2 = 2.667, p = 0.264$). Aplicando la Prueba de Wilcoxon, se obtuvieron diferencias significativas entre la evaluación pretest y postest ($T = 2.226, p = 0.027$) con un tamaño del efecto de 0.64, primer seguimiento ($T = 2.207, p = 0.026, r = 0.64$) y segundo seguimiento ($T = 2.207, p = 0.024, r = 0.64$) para el grupo cuyos padres no recibieron información. Para los niños cuyos padres recibieron información, las calificaciones antes del tratamiento comparadas con las del postest ($T = 2.041, p = 0.039, r = 0.65$), las obtenidas 3 meses después ($T = 2.023, p = 0.043, r = 0.64$) y las del segundo seguimiento mostraron diferencias significativas ($T = 2.023, p = 0.043, r = 0.64$).

El análisis de las calificaciones obtenidas a partir de las respuestas de los padres de los niños pertenecientes a cada uno de los 3 grupos de comparación en la subescala de Problemas Sociales del CBCL/6-18, en las evaluaciones pretest, postest y de seguimientos, arrojó diferencias significativas para la condición de tratamiento sin información a los padres ($X^2 = 14.625, p = 0.002$) y para la condición de tratamiento con información a los padres ($X^2 = 17.746, p = 0.000$), pero no para el grupo en lista de espera ($X^2 = 4.625, p = 0.099$), de acuerdo con la Prueba de Friedman. Al calcular las diferencias, las evaluaciones del pretest y del postest ($T = 2.207, p = 0.027$), del primer seguimiento ($T = 2.207, p = 0.027$) y del segundo seguimiento ($T = 2.232, p = 0.027$) para el grupo cuyos padres no recibieron información, éstas resultaron significativas y el tamaño del efecto para cada par de comparaciones fue de 0.64. Para los niños cuyos padres participaron en las sesiones informativas, las calificaciones antes del tratamiento comparadas con las del postest ($T = 2.069, p = 0.039$), las obtenidas 3 meses después ($T = 2.023, p = 0.043$) y las del segundo seguimiento ($T = 2.023, p = 0.043$) reflejaron diferencias significativas y el tamaño del efecto para cada par de comparaciones resultó alto (0.64).

Comparaciones entre grupos

Respuestas de fobia social informadas por los niños

El análisis de las comparaciones entre las distintas condiciones experimentales en el pre-, post-test, y seguimientos se llevó a cabo mediante la prueba de Kruskal Wallis. Hubo diferencias significativas entre los grupos solamente a los 6 meses después del tratamiento ($H = 12.441, p = 0.002$), en el caso del *Instrumento Diagnóstico de Fobia Social*. Posteriormente, la aplicación de la prueba U de Mann Whitney reveló diferencias estadísticamente significativas entre el grupo en el que los padres no recibieron información y el grupo en lista de espera ($z = 2.945, p = 0.003$), el tamaño del efecto fue de 0.85. Lo mismo ocurrió en la comparación entre el grupo en el que los padres participaron en las sesiones informativas y el grupo en lista de espera ($z = 2.810, p = 0.004$); el tamaño de este efecto fue de 0.85.

Para la subescala de Fobia Social de la SCAS, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a los 3 meses ($H = 8.606, p = 0.014$) y a los 6 meses ($H = 12.686, p = 0.002$). El análisis con la U de Mann

Whitney mostró diferencias significativas a los 3 meses únicamente entre la condición de tratamiento con información a los padres y la condición en lista de espera ($z = 2.913, p = 0.004$), congruente con el tamaño del efecto que fue de 0.84. En el caso de la comparación a los 6 meses, las diferencias ocurrieron entre la condición de tratamiento sin información a los padres y la condición en lista de espera ($z = 2.961, p = 0.003$) y entre la condición de tratamiento con información a los padres y la condición en lista de espera ($z = 2.817, p = 0.005$). Ambas comparaciones revelaron un tamaño del efecto de 0.85.

Ansiedad y Problemas Sociales informados por los padres

Para el factor ansioso/deprimido del CBCL/6-18, se encontraron diferencias significativas entre los grupos a los 3 meses ($H = 11.238, p = 0.004$) y 6 meses después ($H = 11.527, p = 0.003$). Al llevar a cabo los análisis por pares de grupos en los diferentes momentos, se encontraron diferencias entre el grupo de los niños cuyos padres recibieron información y el grupo de lista de espera, a los 3 meses ($z = 2.898, p = 0.003$) con un tamaño del efecto de 0.84 y a los 6 meses ($z = 2.764, p = 0.004$) con un tamaño del efecto de 0.83, al igual que entre el grupo de los niños cuyos padres no recibieron información y el grupo en lista de espera, a los 3 meses ($z = 2.929, p = 0.004, r = 0.85$) y a los 6 meses ($z = 2.803, p = 0.005; r = 0.85$) después de concluido el tratamiento.

Finalmente, para la subescala de Problemas Sociales del CBCL/6-18, el análisis de Kruskal Wallis arrojó diferencias significativas entre los grupos en las evaluaciones de seguimiento a los 3 meses ($H = 11.251, p = 0.004$) y 6 meses ($H = 11.603, p = 0.003$). Las diferencias significativas ocurrieron entre el grupo en el que los padres recibieron información y el grupo en lista de espera, a los 3 meses ($z = 0.898, p = 0.004$) y a los 6 meses ($z = 2.757, p = 0.006$) y entre la condición en la que los padres no recibieron información y la de lista de espera, también a los 3 meses ($z = 2.918, p = 0.004$) y a los 6 meses ($z = 2.796, p = 0.005$). El tamaño del efecto reforzó también este hallazgo, pues para cada par de comparaciones fue grande ($r = 0.84$).

Discusión

El propósito del presente estudio fue investigar la eficacia de una intervención cognitivo conductual (IAFS; Olivares, 2005) dirigida a niños con fobia social, a la semana, a los 3 y a los 6 meses después de haber terminado el tratamiento. Asimismo, buscaba indagar si la información sobre fobia social proporcionada a los padres mejoraba el efecto de la intervención.

El efecto del tratamiento no se apreció al mismo tiempo en las dos medidas de autoinforme que fueron cumplimentadas por los niños para la evaluación de la fobia social, pues mientras que en la subescala de Fobia Social de la SCAS se observó mejoría significativa en los dos grupos de tratamiento desde el postest, en el *Instrumento Diagnóstico de Fobia Social* (IDFS) la constatación del efecto beneficioso del tratamiento psicológico fue progresivo y no

alcanzó la significación estadística hasta la medida de seguimiento realizada a los 6 meses. Aunque el tamaño del efecto resultó grande sólo para el grupo en el que participaron los padres. Una posible explicación de esta diferencia en el curso de las mejoras alcanzadas en cada uno de los instrumentos de medida puede hallarse en el hecho de que las habilidades sociales adquiridas durante el entrenamiento requieren del uso para ser aplicadas con destreza en distintas situaciones sociales, lo que sólo ocurre con la práctica. Por ello, dado que la IDFS recoge un abanico más amplio y extenso de respuestas de ansiedad social y de las situaciones en las que los sujetos muestran la ansiedad social, alcanzar puntuaciones elevadas en el decremento de la fobia social resultaría costoso y sería más lento que obtener buenas puntuaciones en la subescala de fobia social de la SCAS que sólo explora 4 síntomas. Este efecto se ha observado ya en otros estudios en los que también se utilizaron instrumentos que miden una gama extensa de respuestas y situaciones relativas a la fobia social que han de ser informadas por los niños (Baer y Garland, 2005; Gallagher *et al.*, 2004; Hernández-Guzmán *et al.*, 2002; Masia-Warner *et al.*, 2005). En todos los casos, las ganancias significativas se manifestaron después de transcurrido cierto tiempo y no inmediatamente después de terminado el tratamiento.

En la subescala de Fobia Social de la SCAS se observó mejoría significativa en los dos grupos de tratamiento desde la evaluación postest, manteniéndose las ganancias en las medidas de seguimiento a los 3 y a los 6 meses. En general, éste es el resultado más común de las intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a niños y adolescentes con fobia social (Baer y Garland, 2005; Barrett, 1998; García-López *et al.*, 2006; Masia-Warner *et al.*, 2005; Olivares, García-López, Beidel *et al.*, 2002; Olivares *et al.*, 2003; Olivares-Olivares, Rosa y Olivares, 2008).

La mejoría observada desde el postest en el autoinforme de los niños en la subescala de Fobia Social se presentó también en las dos medidas que se obtuvieron a partir de la información facilitada por sus padres. Tanto en el factor ansioso/deprimido como en el factor problemas sociales del CBCL, los niños de los dos grupos que se expusieron al Protocolo de Olivares mostraron, según sus padres, mejoría desde la evaluación de postest y ésta se mantuvo en los seguimientos. Es decir, no sólo los niños informaron sobre la mejoría, también sus padres observaron una reducción en el nivel de ansiedad y en los problemas sociales en las evaluaciones efectuadas 1 semana, 3 y 6 meses después del tratamiento. En suma, se encontró coincidencia en ambas fuentes de información: las conductas manifestadas por los niños y la respuesta de los padres al CBCL. El efecto se repitió, no sólo en tres de las medidas, sino de una fuente de información a otra. Esta misma coincidencia, pero respecto de la ausencia de progresos, también se presentó en los resultados del grupo en lista de espera. Autores como Barret *et al.* (1996), Gallagher *et al.* (2004) y Spence *et al.* (2000) han encontrado resultados similares al medir las respuestas de fobia social, no sólo desde el autoinforme de los niños, sino a partir de la percepción de los padres.

Por otra parte, respecto a la segunda hipótesis de la investigación, los resultados mostraron que la participación de los padres en las sesiones infor-

mativas no generó diferencias respecto de la otra condición experimental en la que los padres no recibían información. Este resultado podría deberse a que la intervención dirigida a los padres fue muy breve y se limitó a proporcionarles información e intercambiar puntos de vista sobre la fobia social de sus hijos. En el presente estudio, tal disposición de la condición se debió a que los padres manifestaron dificultades para participar en un mayor número de sesiones por compromisos laborales. Ello deja abierta la posibilidad de que un entrenamiento formal de los padres orientado a cambiar sus prácticas parentales pudiera interactuar más eficazmente con el tratamiento cognitivo-conductual aplicado a sus hijos. Una explicación alternativa es que no difirieron entre sí las dos condiciones de tratamiento debido a una potencia estadística inadecuada. Cabe señalar que los dos grupos que siguieron el programa IAFS fueron superiores al grupo de lista de espera a los 3 y 6 meses.

De acuerdo con los análisis estadísticos, se apreció mejoría en todas las variables dependientes, para los dos grupos que recibieron el tratamiento. No obstante, dado que las pruebas estadísticas no permiten el análisis de los beneficios o retrocesos presentados por cada uno de los participantes, el presente estudio analizó también la relevancia clínica de la intervención diseñada por Olivares. Varios autores han coincidido en que la relevancia clínica se documenta cuando la persona, una vez sometida al tratamiento, funciona dentro de los niveles de normalidad (Nietzel y Trull, 1988). Una de las aportaciones del presente estudio fue mostrar cambios clínicamente relevantes para todos los niños expuestos al tratamiento. En este estudio, 6 meses después del tratamiento, de acuerdo con la entrevista clínica, todos los niños que se sometieron al Protocolo de Olivares se ubicaron dentro de la normalidad. Por su parte, en el segundo seguimiento los niños en lista de espera seguían cumpliendo con el criterio diagnóstico de la fobia.

Este trabajo presenta limitaciones que resulta importante discutir. El empleo del autoinforme de los niños y del informe de los padres no permite verificar directamente la reducción de las respuestas de fobia social. Las medidas de autoinforme difícilmente pueden descartar la deseabilidad social como explicación de los resultados. Además, los instrumentos del autoinforme no proporcionan información acerca de las habilidades y la calidad del desempeño de la persona al relacionarse con los demás. La observación directa del niño en su ambiente social podría ayudar a resolver el problema, por lo que debería de ser incluida en futuros estudios.

Se ha objetado, por otro lado, que la aplicación reiterada de los instrumentos de medida a las mismas personas, como ocurrió en el presente estudio, puede influir sobre los resultados. Este problema también debe abordarse en estudios futuros. La observación directa de los niños en su ambiente social también podría ayudar a resolver este problema.

A manera de crítica también hubiese sido deseable contar con las medidas de postest del grupo en la lista de espera. Afortunadamente, fue posible medirlo en los seguimientos, lo que permitió descartar explicaciones de los resultados que atribuyen la responsabilidad del cambio observado a otros factores relacionados con el mero paso del tiempo. Aunque se aplicó posteriormente

la intervención a los niños del grupo en lista de espera, existen consideraciones éticas que debemos tomar en cuenta, al incluir a un grupo de niños que no recibiera el tratamiento de inmediato.

Finalmente, en el presente estudio no fue posible trabajar con grupos más numerosos de niños con fobia social. Tampoco fue posible estudiar muestras clínicas. La investigación sobre la eficacia de los tratamientos aporta información importante que permite ofrecer al niño con fobia social la mejor atención posible.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington, VT: ASEBA.
- Albano, A. M., Marten, P. A. & Holt, C. S. (1991). *Therapists manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Manuscrito no publicado.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.) México, DF: Masson, S. A.
- Baer, S. & Garland, J. (2005). Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), 258-264.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety. *Journal of Clinical and Children Psychology*, 27(4), 459-468.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (2001). Cognitive behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-Year) follow-up. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(1), 135-141.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. & Tension, D. M. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1118-1127.
- Bögels, S. & Tarrier, N. (2004). Unexplored issues and future directions in social phobia research. *Clinical Psychology Review*, 24, 731-736.
- Bögels, S. M. & Siqueland, L. (2006). Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 134-141.
- Botella, C., Baños, R. M. & Perpiñá, C. (2003). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. México: Paidós.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N. & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: Social skills deficit, or cognitive distortion. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 131.
- Curry, J. F., March, J. S. & Hervey, A. S. (2004). Comorbidity of childhood and adolescent anxiety disorders: Prevalence and implication. En T.H. Ollendick & J.S. March (Eds.), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, (pp. 116-140). Oxford University Press.
- Dabkowska, M. (2004). Social phobia in children and adolescents. *Psychiatry Polish*, 38(4), 589-602.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. & Wittchen, H. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C. & Klein, R. G. (2004). Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child Family Psychology Review*, 7(4), 241-249.
- Fremont, W. P. (2003). School refusal in children and adolescents. *American Family Physician*, 68, 1555-1563.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A. & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459-479.
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. & 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. & 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(1), 165-179.

- Gerlach, A. L., Wilhelm, F. H. & Roth, W. T. (2003). Embarrassment and social phobia: The role of parasympathetic activation. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 197-210.
- Gil-Bernal, F. (2003). *Un instrumento para medir fobia social*. Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Grave, J. & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 399-421.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L. & Schatzberg, A. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721-726.
- Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. G. (2002). *Brief cognitive-behavioral therapy: Definition and scientific foundations*. En F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 1-19). Chichester, U.K: John Wiley & Sons.
- Hernández-Guzmán, L. (2005). *Lista de Conductas de Achenbach: Validez y confiabilidad*. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002, Prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L., González, S. & López, F. (2002). Effect of guided imagery on children's social performance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(4), 471-484.
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M. & Ollendick, T. H. (2002). Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 687-695.
- Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kazdin, A. E. (1997). A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 26, 114-129.
- Kim, E.J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 69-86.
- Lipsitz, J. D. & Schneier, F. R. (2000). Social phobia: Epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics*, 18, 23-32.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S. & Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1423-1430.
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M. & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 707-722.
- Masia-Warner, C., Klein, R., Storch, E. & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 780-786.
- Méndez, F. X., Sánchez, J. & Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Nauta, H., Scholing, A., Emmelkamp, P. & Minderaa, R. (2001). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 330-340.
- Nauta, H., Scholing, A., Emmelkamp, P. & Minderaa, R. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1270-1278.
- Nietzel, M. T. & Trull, T. J. (1988). Meta-analytic approaches to social comparisons: A method for measuring clinical significance. *Behavioral Assessment*, 10, 146-159.
- Olivares, J. (Dir. y Coord.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia (14-18 años)*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (2002). Aplicación de la versión española de la Terapia para la Eficacia Social en Adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*, 10(2), 409-419.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M. & Hidalgo, M. D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. & Rosa, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18 (2), 207-212

- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M. & 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. & García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & 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. & Piqueras, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. & García-López, L. J. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: Un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10(3), 523-542.
- Olivares, J., Rosa, A. I. & Vera-Villarroel, P. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M. & López-Gollonet, C. (2003). Tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11 (3), 599-622
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa, A. I. & 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.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado el 5 de enero de 2008, de <http://www.who.int/whr/>
- Otto, M. W., Smits, J. A. J. & Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(suppl, 5), 34-41.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.
- Rapee, R. M. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Journal of Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Rodebaugh, T. L. & Chambless, D. L. (2004). Cognitive therapy for performance anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 60(8), 809-820.
- Rosa-Alcázar, A. I., Olivares, J. & 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.
- Sareen, L. & Stein, M. (2000). A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs*, 59(3), 497-509.
- Secretaría de Salud (2003). Boletín especial de salud mental. *La epidemiología de la salud mental en México*. Recuperado el 5 de Enero de 2008, de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/epidism.htm>
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. New York: Basic Books.
- Siqueland, L., Rynn, M., & Diamond, G. S. (2004). Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(4), 361-382.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor analytic-study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy* 36, 545-566.
- Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child and Psychology Psychiatry*, 41(6), 713-726.
- Taylor, J. E., Deane, F. P. & Podd, J. V. (2000). Determining the focus of driving fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(5) 453-470.
- Van Ameringen, M., Oakman, J., Mancini, C., Pipe, B. & Chung, H. (2004). Predictors of response in generalized social phobia: Effect of age of onset. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 42-48.
- Wilson, J. K. & Rapee, R. M. (2005). Interpretative biases in social phobia: Content specificity and the effects of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29(3), 315-331.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314-321.