



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**Evaluación de un Modelo Terapéutico para  
el Manejo de la Fobia Social  
en Niños en Edad Escolar**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**FLOR DE MARIA ERARI GIL BERNAL**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. LAURA HERNÁNDEZ-GUZMÁN

COMITÉ: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DR. JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO

DR. JOSÉ IGNACIO MARTÍNEZ GUERRERO

MÉXICO, D.F.  
2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Estar preparado es importante,  
saber esperar lo es aún más,  
pero aprovechar el momento adecuado es la clave de la vida.

Arthur Schnitzler (1862-1931)

## ☞ AGRADECIMIENTOS ☞

Quiero agradecer a todos los que directa o indirectamente participaron en este proyecto. A quienes sin su colaboración no hubiera sido posible llevarlo a cabo. Particularmente quiero agradecer a la Doctora Laura Hernández Guzmán, directora de esta tesis, por compartir sus conocimientos y experiencia profesional. En especial por contribuir a mi formación como investigadora, por la confianza que me ha brindado y por motivarme a seguir en el camino de la investigación.

A los miembros de mi comité, por sus observaciones y acertadas recomendaciones para el enriquecimiento de este trabajo. En especial al Dr. José Olivares, por tener la confianza de facilitarme el manual de intervención (IAFS) para adaptarlo a niños mexicanos. A él, a quien incluso desde antes de conocer personalmente me inspiró para dedicarme a estudiar la fobia social.

A CONACyT por la beca que me permitió realizar mis estudios de doctorado. Al Proyecto PAPIIT IN307405 por el apoyo para llevar a cabo el proyecto de investigación.

A los directores y profesores de las escuelas. A los niños y padres de familia que participaron en el estudio y quienes sin su colaboración no hubiera sido posible esta investigación. A los integrantes del Laboratorio de la Disfunción Psicológica Infantil, Erika, Janet, Angie, Jorge, Alicia y Elena quienes sin su apoyo profesional y personal no hubiera sido posible realizar el tratamiento. En especial a Erika, no sólo por haber sido mi mano derecha en esta investigación, sino también por ser mi amiga incondicional.

A Angélica y Cinty, por motivarme para alcanzar una meta más. Por sus consejos y por tantos años de amistad.

A mi familia, que compartió conmigo “todos” los procesos que viví durante el doctorado. Que siempre ha estado incondicionalmente en las buenas y en las no tan buenas. En especial a mi hermana, una de las personas más importantes en mi vida. Gracias.

A Michael, por enseñarme a ver la vida desde un ángulo totalmente distinto al que conocía. Por haber llegado a mi vida a romper esquemas. Por compartirme su experiencia profesional y de vida. Por la ayuda que me brindó en la organización, análisis y finalización de este proyecto. Gracias por hacer esta meta tan tuya como mía, por ser mi sostén, mi amigo, mi cómplice y mi compañero de vida.

A todos, gracias.

Flor Gil Bernal

México, D.F. Noviembre de 2009

A mi familia

José Luis, Lolita  
Nashielly, Edgar y Regina  
Michael

# ÍNDICE

Índice de Tablas .....	VIII
Índice de Figuras .....	IX
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
<b>CAPÍTULO 1 Ansiedad.....</b>	<b>5</b>
1.1 Cuadro clínico.....	6
1.2 Clasificación diagnóstica.....	8
<b>CAPÍTULO 2 Fobia social.....</b>	<b>10</b>
2.1 Definición y características clínicas .....	10
2.2 Evolución del diagnóstico clínico .....	11
2.3 Un modelo de la génesis de la fobia social.....	11
2.4 Subtipos de la fobia social .....	15
2.5 Síntomas asociados con el trastorno.....	16
2.6 Clasificación de las situaciones temidas en la fobia social.....	16
2.7 Las Situaciones Fóbicas más Comunes en los niños .....	17
2.8 Prevalencia.....	18
2.9 Variables Demográficas .....	20
2.9.1 <i>Edad de Inicio</i> .....	20
2.9.2 <i>Género</i> .....	21
2.10 Comorbilidad .....	21
2.11 Fobia social y otros trastornos de ansiedad .....	22
2.12 Fobia social y los trastornos del estado de ánimo .....	23
2.13 Fobia social y abuso de sustancias .....	23
2.14 Fobia social y conducta alimentaria .....	24
<b>CAPÍTULO 3 Evaluación .....</b>	<b>25</b>
3.1 Criterios de diagnóstico de la fobia social según el DSM-IV .....	25
3.2 Criterios de diagnóstico de la fobia social según el CIE-10 .....	26
3.3 Comparación de los criterios diagnósticos entre el DSM-IV y el CIE-10	27
3.4 Aspectos a evaluar en la fobia social.....	28
3.5 Principales pensamientos en la fobia social.....	29
3.6 Características de interés para la evaluación y el diagnóstico de la fobia	30
3.7 Instrumentos de evaluación infanto-juvenil para la Fobia Social .....	31

3.7.1	<i>La Entrevista</i> .....	31
3.7.2	<i>Instrumentos de Autoinforme</i> .....	33
3.7.3	<i>Instrumentos de informe que responden padres y maestros</i> .....	34
3.7.4	<i>Evaluación Psicofisiológica</i> .....	34
3.7.5	<i>Evaluación conductual</i> .....	35
3.7.6	<i>Instrumentos de Evaluación basados en la observación</i> .....	36
3.7.7	<i>Instrumentos de Autorregistro</i> .....	37
3.8	Índices compuestos de cambio terapéutico.....	38
3.9	Instrumentos de evaluación familiar.....	38
CAPÍTULO 4 Tratamiento de la fobia social.....		40
4.1	Tratamientos psicológicos eficaces.....	40
4.2	Tratamiento Farmacológico.....	41
4.3	Tratamiento Cognitivo Conductual.....	42
4.3.1	<i>Exposición situacional mediante realidad virtual</i> .....	49
4.3.2	<i>Tratamiento Cognitivo-conductual con participación familiar</i> .....	51
4.4	Significancia Clínica.....	53
4.5	Cambio estadísticamente vs cambio clínicamente significativo.....	54
4.6	Comparaciones normativas.....	55
4.7	Índice de Cambio Confiable (ICC).....	57
CAPÍTULO 5 Factores de riesgo que afectan el éxito del tratamiento.....		58
CAPÍTULO 6 Método.....		63
6.1	Propósito.....	63
6.2	Preguntas de investigación.....	63
6.3	Hipótesis.....	63
6.4	Participantes.....	63
6.5	Instrumentos que contestan los niños.....	64
6.6	Instrumentos que contestan los padres.....	64
6.7	Criterios de Inclusión.....	65
6.8	Criterios de Exclusión.....	65
6.9	Criterios de Eliminación.....	66
6.10	Diseño.....	66
6.11	Procedimiento.....	66
6.11.1	<i>Evaluación pretest</i> .....	66
6.11.2	<i>Tratamiento</i> .....	67
6.11.3	<i>Evaluación postest y seguimientos</i> .....	67

CAPÍTULO 7 Resultados .....	68
7.1 Análisis descriptivo .....	68
7.1.1 Variables sociodemográficas .....	68
7.2 Equivalencia inicial de los grupos .....	68
7.3 Fobia Social Informada por los Niños .....	69
7.3.1 Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (IDFS) .....	69
7.3.1.1 Comparaciones Intra-grupo .....	70
7.3.1.2 Comparaciones Entre-grupo .....	71
7.3.2 Escala de Ansiedad Social para niños de Spence (SCAS) .....	71
7.3.2.1 Comparaciones Intra-grupo .....	73
7.3.2.2 Comparaciones Entre-grupos .....	73
7.4 Ansiedad y Problemas Sociales informados por los padres .....	74
7.4.1 Escala Ansioso/deprimido del CBCL/6-18 (EA/D) .....	74
7.4.1.1 Comparaciones Intra-grupo .....	75
7.4.1.2 Comparaciones Entre-grupo .....	76
7.4.2 Escala de Problemas Sociales del CBCL/6-18 (EPS) .....	77
7.4.2.1 Comparaciones Intra-grupo .....	78
7.4.2.2 Comparaciones Entre-grupos .....	79
7.5 Variables familiares informadas por los padres .....	79
7.5.1 Índice de Estrés Parental (IEP) .....	79
7.5.1.1 Comparaciones Intra-grupo .....	81
7.5.1.2 Comparaciones Entre-grupo .....	81
7.5.2 Escala de Crianza Negativa (ECN) .....	82
7.5.2.1 Comparaciones Intra-grupo .....	83
7.5.2.2 Comparaciones Entre-grupos .....	84
7.5.3 Escala de Crianza Positiva (ECP) .....	85
7.5.3.1 Comparaciones Intra-grupo .....	86
7.5.3.2 Comparaciones Entre-grupos .....	86
7.5.4 Escala de Ambiente Familiar (FES) .....	87
7.5.4.1 Comparaciones Intra-grupo .....	88
7.5.4.2 Comparaciones Entre-grupos .....	89
7.6 Significancia Clínica .....	89
7.6.1 Instrumento Diagnóstico de Fobia Social .....	90
7.6.2 Escala de Ansiedad Social de Spence .....	91
CAPÍTULO 8 Discusión .....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	99
ANEXO A. Cuadernillo de Aplicación Niños .....	129
ANEXO B. Cuadernillo de aplicación Padres .....	135

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 2.1. Tasas de prevalencia de la fobia social en población adolescente (Olivares, Caballo, García-López, Rosa & López-Gollonet, 2003) .....	28
TABLA 2.2. Tasas de prevalencia de la fobia social en estudios en America Latina.	29
TABLA 4.1. Estudios de tratamientos realizados en los últimos 5 años para fóbicos sociales.....	56
TABLA 7.1. Medias y desviaciones típicas del IDFS .....	80
TABLA 7.2. Comparaciones intra-grupo para cada condición .....	80
TABLA 7.3 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones .....	80
TABLA 7.4 Comparaciones en cada momento de evaluación .....	81
TABLA 7.5 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para el IDFS.....	81
TABLA 7.6 Medias y desviaciones típicas de la subescala de Ansiedad Social.....	82
TABLA 7.7 Comparaciones intra-grupo para cada condición .....	83
TABLA 7.8 Probabilidad asociada a las comparaciones intra-grupo para las 3 condicion.....	83
TABLA 7.9 Comparaciones en cada momento de evaluación .....	83
TABLA 7.10. Probabilidad asociada a las comparaciones entre los grupos a lo largo del tiempo para la subescala de Fobia Social de Spence.....	84
TABLA 7.11 Medias y desviaciones típicas de la escala Ansioso/deprimido.....	85
TABLA 7.12 Comparaciones intra-grupo para cada condición .....	86
TABLA 7.13 Probabilidad asociada a las comparaciones intra-grupo para las 3 condiciones .....	86
TABLA 7.14 Comparaciones en cada momento de evaluación .....	86
TABLA 7.15 Comparaciones entre los grupos a lo largo del tiempo para la subescala Ansioso/Deprimido del CBCL .....	87
TABLA 7.16 Medias y desviaciones típicas de la escala de Problemas Sociales .....	88
TABLA 7.17 Comparaciones intra-grupo para cada condición .....	88
TABLA 7.18 Comparaciones intra-grupo para las 3 condiciones .....	88
TABLA 7.19 Comparaciones en cada momento de evaluación .....	89
TABLA 7.20 Comparaciones entre grupos a lo largo del tiempo para los problemas sociales del CBCL .....	89
TABLA 7.21 Medias y desviaciones típicas del IEP .....	90
TABLA 7.22 Comparaciones intra-grupo para cada condición .....	91
TABLA 7.23 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones .....	91
TABLA 7.24 Comparaciones en cada momento de evaluación .....	91
TABLA 7.25 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para el IEP .....	92
TABLA 7.26 Medias y desviaciones típicas de la ECN .....	93
TABLA 7.27 Comparaciones intra-grupo para cada condición .....	93
TABLA 7.28 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones .....	93

TABLA 7.29 Comparaciones en cada momento de evaluación .....	94
TABLA 7.30 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para la ECN .....	94
TABLA 7.31 Medias y desviaciones típicas de la ECP .....	95
TABLA 7.32 Comparaciones intra-grupo para cada condición .....	96
TABLA 7.33 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones .....	96
TABLA 7.34 Comparaciones en cada momento de evaluación .....	96
TABLA 7.35 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para la ECP .....	97
TABLA 7.36 Medias y desviaciones típicas de la FES.....	98
TABLA 7.37 Comparaciones intra-grupo para cada condición.....	98
TABLA 7.38 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones .....	98
TABLA 7.39 Comparaciones en cada momento de evaluación .....	99
TABLA 7.40 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para el FES .....	99
TABLA 7.41 Distribución ICC para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social 1 semana después del tratamiento para cada condición.....	100
TABLA 7.42 Distribución ICC para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social 3 meses después del tratamiento para cada condición.....	100
TABLA 7.43 Distribución ICC para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social 6 meses después del tratamiento para cada condición.....	100
TABLA 7.44 Distribución ICC para la Escala de Ansiedad Social de Spence 1 semana después del tratamiento para cada condición.....	100
TABLA 7.45 Distribución ICC para la Escala de Ansiedad Social de Spence 3 meses después del tratamiento para cada condición .....	101
TABLA 7.46 Distribución ICC para la Escala de Ansiedad Social de Spence 6 meses después del tratamiento para cada condición .....	101

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 7.1 Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (IDFS) (N = 55).....	79
FIGURA 7.2 Escala de Ansiedad Social para niños de Spence (EAS-n) (FS) (N = 55).....	82
FIGURA 7.3 Escala ansioso/deprimido del CBCL/6-18 (N = 55) .....	85
FIGURA 7.4 Escala problemas sociales del CBCL/6-18 (AD) (N = 55).....	88
FIGURA 7.5 Índice de Estrés Parental (IEP) (N = 55).....	90
FIGURA 7.6 Escala de Crianza Negativa (ECN) (N = 55).....	92
FIGURA 7.7 Escala de crianza positiva (ECP) (N = 55) .....	93
FIGURA 7.8 Escala de Ambiente Familiar (FES) (N = 55).....	97

## RESUMEN

La fobia social es un miedo intenso y duradero a comportarse de modo humillante en situaciones en las que la persona se expone a la observación y al escrutinio de los demás. Incapacita a quien la padece, interfiere con su funcionamiento social, escolar y familiar. Se sabe que la familia juega un papel importante en el inicio del trastorno. El estudio de ésta dentro del tratamiento de niños con fobia social ha revelado que: padres que sobreprotegen, critican negativamente, rechazan y/o cuentan con estrategias de afrontamiento deficientes favorecen la aparición de la fobia social. Por ende, resulta importante realizar investigaciones que sometan a prueba la eficacia de intervenciones dirigidas a niños con fobia social y que a su vez, incluyan la participación de los padres dentro del tratamiento como una variable de estudio. Por lo tanto, el propósito del estudio fue investigar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la fobia social en niños así como la participación de los padres dentro del tratamiento de la fobia social. Conocer si los efectos se mantenían a lo largo del tiempo, así como conocer si el tratamiento tenía un efecto sobre la crianza positiva y negativa de los padres con sus hijos, sobre el estrés parental y el ambiente familiar.

La selección de los participantes se llevó a cabo al evaluar a 1153 niños de tres colegios públicos de zonas marginadas de la Ciudad de México a través del informe de sus padres de la Lista de Conductas de Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2001). Se seleccionó intencionalmente a los niños que puntuaron dentro del área clínica de la escala ansioso/depresivo y problemas sociales del CBCL y se les aplicó la Entrevista Diagnóstica de Fobia Social basada en el DSM-IV-TR, el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social para niños (Gil-Bernal, 2004) y la Escala de Ansiedad para niños de Spence (Spence, 1997). De acuerdo con la entrevista, de los 1153 niños, 58 cumplieron con el criterio diagnóstico de fobia social. De los cuales sólo 55 aceptaron participar en el estudio, 32 niñas con una media de edad de 9.8 años ( $DT = 1.561$ ) y 23 varones con una media de edad de 10.7 años ( $DT = 1.769$ ). Por su parte, los padres contestaron el Índice de Estrés Parental (Benjet & Hernández-Guzmán, 2005), la Escala de Prácticas Parentales (EPP; Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas & Gil-Bernal, en preparación) y la Escala de Ambiente Familiar (FES; Moos & Moos, 1981) así como una entrevista semiestructurada basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Los participantes se asignaron aleatoriamente a una de 3 condiciones: (a) niños bajo el protocolo de intervención cognitivo conductual (b) el mismo protocolo a los niños e información a sus padres sobre el trastorno, y (c) lista de espera. Se midió, en evaluaciones de pretest, posttest, 3 y 6 meses después, los síntomas de fobia social informados por los niños, y su ansiedad/depresión y problemas sociales de acuerdo con el informe de sus padres así como la crianza, el estrés de los padres y el ambiente familia. Los resultados indicaron que los dos grupos expuestos al tratamiento mostraron mejoría después de éste, aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos intervenidos. Esta mejoría se mantuvo en ambos casos 3 y 6 meses después del tratamiento. En el caso de niños en lista de espera los síntomas aumentaron con el paso del tiempo. No se detectó ventaja de la participación de los padres. Los padres de los niños de los grupos tratados informaron que su estrés e interacción negativa con sus hijos disminuyó después del tratamiento y se mantuvo así durante los seguimientos y que la interacción positiva aumentó y mejoró el ambiente familiar. Para los padres de los niños que se mantuvieron en el grupo de lista de espera el efecto fue a la inversa en todos los casos, manteniéndose durante los dos

seguimientos. De acuerdo a los resultados, el protocolo utilizado para el tratamiento de los niños permitió reducir eficazmente los síntomas. Los hallazgos concuerdan con los resultados de estudios anteriores sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en niños, sin embargo la importancia de los padres dentro del tratamiento no es contundente. Es necesario realizar réplicas que permitan corroborar los hallazgos del estudio y ofrecer evidencia respecto al papel de los padres.

Palabras clave: Niños, fobia social, tratamiento, seguimiento, réplica, experimental

## INTRODUCCION

La salud mental va más allá de los trastornos mentales y puede considerarse como un recurso esencial de la vida diaria que se moldea con las experiencias personales, individuales y colectivas; en las familias, escuelas, en las calles, etc. Las experiencias en los primeros años de vida tienen un impacto crucial sobre la salud mental a lo largo de la vida adulta. Es normal que los niños desarrollen miedos y experimenten cierta anticipación temerosa de los problemas durante el curso de su desarrollo. Así, con el paso del tiempo, los niños aprenden más acerca de qué esperar del entorno y de las relaciones con los demás, sin embargo, si los miedos normales no se han disipado aún y comienzan a interferir con su vida y sus actividades diarias, esto puede ser signo de un trastorno por ansiedad. Se ha encontrado que la falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no se atendieron oportunamente, así como en la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al niño a manifestar deficiencias posteriores (Magee, 1999; Sun, 2001). Se observa que a mayor gravedad de los trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole un conflicto, no sólo personal, sino en sus relaciones de pareja, familiar, social y laboral. En el caso de la fobia social un gran número de investigaciones han informado que la adolescencia parece ser una etapa propicia para el inicio del trastorno, sin embargo, otros estudios han revelado que durante la niñez también se pueden desarrollar síntomas de fobia social. La importancia del estudio y diagnóstico oportunos de la fobia social, radica en el hecho de que su presencia suele preceder al desarrollo de otros trastornos por ansiedad, depresión, abuso de sustancias.

En México, un estudio realizado por Medina-Mora, et al. (2005) en población comunitaria reveló que la prevalencia del trastorno de fobia social en personas mayores de 18 años era del 4%, mientras que otro estudio llevado a cabo con niños de entre 7 y 13 años de población comunitaria de la Ciudad de México reveló que el 18.9% de los participantes cubrieron los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV-TR.

En población infantil, el estudio de la fobia social es relativamente escaso y aún más en niños mexicanos. Afortunadamente desde hace algunos años se ha comenzado una línea de investigación sobre la fobia social en la infancia en población comunitaria y el papel de los padres en este contexto. De aquí el interés del presente trabajo en evaluar la eficacia de la terapia cognitivo conductual dirigida específicamente a niños de población comunitaria en México así como la inserción de los padres como parte del tratamiento y su influencia en el éxito de éste, inmediatamente después de la intervención y en los seguimientos.

Con la finalidad de identificar y entender a la fobia social como un trastorno de ansiedad, así como las características que comparte con otros trastornos de ansiedad, en el Capítulo 1 se abordan las características principales del miedo y la ansiedad así como sus características diagnósticas.

El Capítulo 2 está dividido en tres partes, la primera brinda una explicación de lo que es el trastorno de fobia social, sus antecedentes y la evolución del diagnóstico. Se presenta un modelo de la génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno. En la segunda parte se presentan los síntomas asociados a la fobia social, su prevalencia y las situaciones fóbicas más comunes, añadiendo información respecto a las diferencias por edad y género. El capítulo concluye con datos sobre la comorbilidad con otros trastornos.

En el Capítulo 3 se describen los criterios diagnósticos de la fobia social basados en el DSM-IV-TR y en el CIE-10 y se enfatizan algunas diferencias y ventajas de cada uno. El capítulo tiene como objetivo mostrar al lector la manera en cómo se evalúa la fobia social, los instrumentos disponibles en la actualidad para evaluar específicamente a población infantil, así como aquellos instrumentos contruidos para evaluar a la familia. Finalmente define y describe lo relacionado al cambio terapéutico, su aplicación y utilidad.

El Capítulo 4 ofrece una descripción de los tratamientos psicológicos eficaces de la fobia social así como unos datos sobre el tratamiento farmacológico en comparación con el psicológico. El capítulo continúa describiendo las características del enfoque cognitivo-conductual así como las estrategias de intervención. Más adelante se explica lo referente a la significancia clínica, su utilidad e importancia en la medición de los cambios terapéuticos.

A lo largo del Capítulo 5 se reseñan algunos factores de riesgo que afectan el éxito de la terapia para la fobia social tales como la familia y los padres como un componente relevante dentro del tratamiento cognitivo-conductual.

Durante el Capítulo 6 se describe el procedimiento del estudio, las condiciones generales, el escenario, los participantes y los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables. Así mismo se pormenorizan los propósitos del estudio. Mientras que en el Capítulo 7 se presentan los hallazgos que corresponden a las preguntas de investigación planeadas. Se enfatizan las diferencias entre los grupos de tratamiento y el de la lista de espera así como las diferencias de la evaluación para cada grupo a lo largo del tiempo, todo esto como resultado de la intervención implementada en este estudio, el estrés de los padres, la crianza positiva y negativa y el ambiente familiar. En el Capítulo 8 se presentan y discuten los hallazgos a la luz de los antecedentes y datos en otros estudios. De esta manera se concluye al analizar las limitaciones y ventajas del presente trabajo así como sus alcances y sugerencias para estudios futuros en el terreno de la fobia social en niños.

## CAPÍTULO 1

# Ansiedad

Los trastornos de ansiedad en la población representan un problema que corresponde a los profesionales de la salud. En las últimas décadas, la investigación de los trastornos de ansiedad en la población adulta se ha enriquecido enormemente. No obstante, ahora, se sabe que la población infantil también los padece con más frecuencia de lo que se pensaba y que éstos han ido en aumento.

Se sabe que durante la niñez se experimentan miedos que se consideran normales. El miedo es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Es una emoción específica expresada por un estímulo potencialmente peligroso. Se considera que el miedo es un medio importante de protección contra el daño, por lo que resulta una emoción valiosa y funcional, pues provee al organismo con un sistema de alerta temprano interno que se enfoca a una llamada para la acción, el miedo advierte al organismo de un peligro percibido como inminente y lo prepara para una potencial huida. La mayoría de los niños experimentan miedos que son leves, transitorios y asociados a una determinada edad y suelen superarse espontáneamente en el curso del desarrollo (Echeburúa, 1993; Muris, Merckelbach, Jong & Ollendick, 2002; Nauta, 2005; Spence, 1998).

De acuerdo con esto, el miedo constituye un sistema de alarma primitivo que ayuda a la persona a evitar situaciones potencialmente peligrosas, pues entraña respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo que tienen como objetivo proteger a la persona del peligro. De acuerdo a Gray (1971) los miedos innatos se pueden agrupar en cinco categorías generales:

- Los estímulos intensos (ruidos o dolores)
- Los estímulos desconocidos (temor a las personas extrañas)
- La ausencia de estímulos (miedo a la oscuridad)
- Estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana a lo largo de su evaluación, como la separación, las alturas, las serpientes u otros animales.
- Las interacciones sociales con desconocidos

A diferencia del miedo, la ansiedad podría caracterizarse como un miedo desproporcionado en términos de duración, grado de evitación, malestar subjetivo, en relación con el nivel real de peligro provocado por un estímulo temido (Sweeney & Pine, 2004).

El miedo se convierte en ansiedad cuando: (a) es desproporcionado a la situación que lo desencadena y/o está relacionado con estímulos que no son objetivamente peligrosos, (b) no puede eliminarse racionalmente, (c) está más allá del control voluntario, (d) no es específico de una enfermedad determinada, (e) es de larga duración, (f) conduce a la evitación del objeto o de la situación temida, (g) es desadaptativo, (h) interfiere considerablemente en la vida cotidiana del niño en función

de las respuestas de evitación y (i) no es específico de la edad (Echeburúa, 1993; Miller, 2008; Ollendick & Francis, 1988).

En algunos casos la ansiedad se presenta esporádicamente y con baja intensidad. Por lo tanto el diagnóstico diferencial entre la ansiedad normal y la patológica es de suma importancia (Fong & Garralda, 2005). Como parte de su desarrollo, algunos niños y adolescentes presentan preocupaciones o síntomas ansiosos en forma aislada. Los síntomas más frecuentes son la preocupación sobre la capacidad personal, el miedo a la oscuridad, los problemas somáticos y el temor a que la figura de apego (cuidador principal) sufra algún daño (Cisler, Olatunji & Lohr, 2009; McClure, Brennan, Hammen & Le Brocque, 2001).

Si un niño reacciona con niveles altos de ansiedad ante una situación en la que otros no la experimentan con la misma intensidad, se trata simplemente de una reacción aguda y puntual de ansiedad (Chorney, 2006; Ferdinand, Lang, Ormel & Verhulst, 2006). Esto no suele suponer un trastorno (Safford, Kendall, Flannery-Schroeder, Webb & Sommer, 2005). Sin embargo, si esta forma de reacción aguda es excesiva. Si se vuelve crónica, o muy frecuente, se trata o se considera un trastorno de ansiedad. Así, una reacción aguda de ansiedad no siempre es patológica, puede ser adaptativa. Por ejemplo, si la situación que la provoca requiere una fuerte reacción de alarma que prepare para la acción, si se exige una gran concentración en una tarea para la que se necesitan muchos recursos de atención, o si requiere una gran activación fisiológica, porque sea necesario tensar más los músculos, bombear más sangre, más oxígeno, etc., dicha reacción de ansiedad favorecerá una respuesta más adaptativa.

El grado de malestar, imposibilidad de funcionamiento y/o interferencia con las actividades de la vida diaria marca el límite entre lo que es normal y adaptativo o lo que es un problema (Dadds, Seinen, Roth & Harnett, 2000). Por lo que es difícil distinguir entre la ansiedad normal y la patológica. Esto ocurre especialmente con los niños (Dadds, et al., 2000). La ansiedad se vuelve patológica cuando las sensaciones de pánico son tan extremas que interfieren significativamente con la vida cotidiana y detienen o posponen la actividad a causa de estas sensaciones.

La ansiedad afecta los pensamientos, las emociones y las conductas de las personas. Si no reciben tratamiento manifiestan sufrimiento y malestar considerables que causan problemas en la escuela, de interacción con pares, para contender con la ausencia de sus padres o para entablar conversaciones con adultos.

## 1.1 Cuadro clínico

En general, los niños con trastornos de ansiedad tienden a reducirla, al evitar la confrontación con el objeto o la situación temida, o bien la enfrentan con altos niveles de malestar. Los niños ansiosos experimentan una serie de reacciones (cognitivas, fisiológicas y motoras) muy intensas, muy frecuentes, o poco adaptativas a la situación. Estas manifestaciones llegan a ser patológicas en muchos casos, lo que dificulta su vida normal (Bubier & Drabick, 2009; Mardomingo, 2001).

De acuerdo con Weems, Silverman y La Greca (2000) el número de pensamientos preocupantes y el contenido de las preocupaciones de los niños que presentan niveles clínicos de ansiedad, son “notablemente muy parecidos” a los que muestran aquéllos de población general. La diferencia, sin embargo, es la intensidad y duración de sus preocupaciones, así como la incapacidad posterior para funcionar adecuadamente. Debido a que la ansiedad tiene efectos que deterioran las relaciones sociales y puede llevar incluso al rechazo escolar, las deficiencias académicas y sociales del niño podrían tener un efecto negativo a lo largo de su vida.

La ansiedad en la infancia se percibe en ocasiones como una queja que se ignora (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006; Schniering, Hudson & Rapee, 2000). Los trastornos fóbicos usualmente tienen su edad de inicio a edades tempranas. La fobia social ocurre comúnmente durante la adolescencia o en la adultez temprana, y a veces la precede la timidez en la infancia.

En un estudio realizado por Pfeffer, Lipkins, Plutchnik y Mizruchi (1988) encontraron que el 70% de los niños de entre 6 y 12 años con un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, mantenían este diagnóstico 5 años después.

Dadds, et al. (1999) encontraron que aproximadamente el 50% de niños en una muestra general que cumplirían con el criterio para algún trastorno de ansiedad, mantenían el diagnóstico dos años después. Mientras que Keller, et al. (1992) encontró que el 46% de los niños diagnosticados con algún trastorno de ansiedad lo mantenían después de 8 años. Hoy en día hay datos que indican que los síntomas de ansiedad en la infancia no únicamente favorecen al mantenimiento de ésta sino también a la aparición y al mantenimiento de la depresión en la adolescencia y juventud (Karevold, Røysamb, Ystrom & Mathiesen, 2009).

La cronicidad de los trastornos de ansiedad en la infancia pareciera deberse a su asociación con problemas sociales, tales como la dependencia a las situaciones sociales con los adultos, escasa habilidad para resolver problemas, falta de popularidad y la interacción deficiente con sus pares.

En muestras clínicas, los niños ansiosos son menos exitosos en sus relaciones de pares que sus pares no ansiosos. Lo que indica que la ansiedad en los niños y adolescentes está asociada con problemas psicosociales significativos.

Hay datos que indican que el inicio de muchos problemas psicológicos en la adultez tiene sus orígenes en la infancia y la adolescencia y esto es particularmente el caso para los trastornos de ansiedad (Albano & Kendall, 2002; Manassis, Hudson, Webb & Albano, 2004). Se sabe que los trastornos de ansiedad en la infancia representan un factor de riesgo para el desarrollo de otras formas de psicopatología, tales como los trastornos del estado de ánimo y problemas conductuales (Chorney, 2006; Curry, March & Hervey, 2004). Algunos estudios han encontrado en la adolescencia niveles altos (mayores al 45%) de trastornos de ansiedad comórbidos con depresión y problemas de conducta (Low, Cui & Merikangas, 2008).

En aproximadamente dos terceras partes de los casos con trastorno de depresión mayor, la ansiedad ha precedido a la depresión y suele persistir después de ésta (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker & Merikangas, 2001; Micco, et al., 2009). Asimismo, las fobias parecen ser un factor de riesgo para el desarrollo posterior de la depresión mayor (Schatzberg, et al., 1998; Stein & Chavira, 1998). Mientras que el trastorno de pánico se ha asociado con un riesgo alto de intentos suicidas.

El término fobia proviene de la palabra griega *phobos* (pavor), y se utiliza en psicología para categorizar aquellos trastornos que implican la reacción de miedo intenso, acompañado de evitación, que presentan algunos individuos frente a estímulos o situaciones que objetivamente no justifican tales respuestas ansiosas (Bernstein & Garfinkel, 1988; Bernstein, Svingen & Garfinkel, 1990).

Una fobia es un temor persistente e identificable que resulta excesivo o irracional y que se desencadena por la presencia o la anticipación de un objeto o una situación específica (Öst, 1987; Zuuren, 1987). Los niños y los adolescentes que sufren una o más fobias experimentan una ansiedad constante cuando se exponen al objeto o la situación específica. Entre las fobias comunes se incluyen el temor a los animales, la sangre, las alturas, los espacios cerrados o al volar. En los niños y adolescentes, el temor identificado debe durar al menos seis meses para que se considere una fobia y no un temor transitorio.

Las investigaciones han sugerido que existen factores genéticos y ambientales que contribuyen a la aparición de las fobias (Biederman, et al., 1990; Gregory, 2008; Muris, Du Plessis & Loxton, 2008). Las fobias específicas se asocian con un primer encuentro aterrador con el objeto o la situación que las provoca. No obstante, no se sabe si esta exposición inicial que condiciona el comportamiento posterior es un factor necesario o si las fobias tienden a desarrollarse en personas genéticamente predisuestas.

## 1.2 Clasificación diagnóstica

La clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad distingue entre tres tipos de fobia:

- Fobia específica (o simple): Provocada por un objeto o una situación específica como volar, las alturas, las agujas, las serpientes, etc.
- Agorafobia: Literalmente significa miedo a los espacios abiertos. Se caracteriza por la ansiedad que aparece en sitios de los que resulta difícil escapar u obtener ayuda. Incluyen no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar).
- Fobia social (trastorno de ansiedad social): Esta fobia en particular se limita específicamente a situaciones sociales. Se caracteriza por un miedo extremo a encontrarse con otras personas o conocer nuevas, o avergonzarse ante los demás, sentirse humillado o juzgado.

De entre las fobias, la que más interfiere con el funcionamiento social de quienes la padecen es la fobia social, ya que se caracteriza fundamentalmente por el miedo a la evaluación negativa del comportamiento propio por parte de los demás (Olivares, Alcázar & García-López, 2004). Esto favorece el aislamiento social y malestar significativo durante la interacción de los niños con sus pares. Se ha encontrado que los problemas en la escuela así como la depresión, otros trastornos de ansiedad y el uso de sustancias son trastornos comórbidos con la fobia social (Botella, Baños & Perpiñá, 2003; Dabkowska, 2004; Dinnel, Kleinknecht & Tanaka-Matsumi, 2002; Fremont, 2003; Li, Chokka & Tibbo, 2001).

Como la mayoría de los trastornos de ansiedad, la fobia social es incapacitante. El niño que sufre de ansiedad social con el paso del tiempo no desarrollará las habilidades adecuadas para establecer relaciones sociales satisfactorias, lo que tarde o temprano afectará su vida escolar, social, familiar y recreativa.

Dado que la investigación sobre este trastorno se ha centrado en los adolescentes y adultos, la presente investigación abordará la fobia social.

## CAPÍTULO 2

# Fobia social

Algunos estudios epidemiológicos señalan que la fobia social constituye un problema de salud pública grave que padece o ha padecido alguna vez en su vida aproximadamente el 10% de la población (OMS, 2001). La edad media de inicio se sitúa entre los 14 y los 16 años, y aunque existe controversia sobre ello, algunos estudios ubican su inicio en la niñez (Fehm, Pelissolo, Furmark & Wittchen, 2005; Magee, 1999; Rapee & Spence, 2004; Van Ameringen, Oakman, Mancini, Pipe & Chung, 2004).

La mayoría se sienten nerviosos cuando desean dar una buena impresión. En situaciones importantes, que impliquen expresarse oralmente frente a otras personas se experimentan síntomas fisiológicos de ansiedad (rubor, palpitaciones, temblores o sudoración), hay pensamientos y dudas acerca de la actuación y desempeño propios frente a los demás. Sin embargo, la experiencia de las personas con fobia social es mucho más grave e incapacitante. Así, el hecho de que estas sensaciones sean normales tiende a que los demás las minimicen.

En el caso de los niños la fobia social también incapacita al niño, pues interfiere con su funcionamiento social, escolar y familiar. La ansiedad que se genera en ciertas situaciones sociales promueve que el niño se aisle al intentar evitarlas. La fobia social es un problema que tiende a exacerbarse con el paso del tiempo (Fisher, Masia-Warner & Klein, 2004; Kim, 2005; Olivares, et al., 2002; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000; Wilson & Rapee, 2005).

### 2.1 Definición y características clínicas

Según el DSM-IV (APA, 1994), la fobia social se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se expone a otras personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de tal modo que resulte humillado. Este miedo se asocia con conductas de evitación de las situaciones sociales o actuaciones en público. Las situaciones se experimentan con ansiedad y malestar intensos. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en las situaciones sociales o de actuaciones en público interfieren acusadamente con la rutina normal del niño, con su funcionamiento académico y social, lo que produce un malestar clínicamente significativo.

Al igual que los adultos, los niños con fobia social sienten que los demás les evalúan u observan independientemente de que esto sea cierto o no. En estas situaciones, el niño piensa que es probable que la evaluación tenga un resultado negativo y que estas consecuencias puedan serle adversas

(Kendall & Warman, 1996). A pesar de que se expone continuamente a situaciones sociales en su vida diaria, la ansiedad no disminuye. Por el contrario, la mera anticipación de la situación ansiógena puede desencadenar los mismos síntomas fisiológicos que el experimentarla (Beidel, 1991; Lohr, Olatunji & Sawchuk, 2007).

## 2.2 Evolución del diagnóstico clínico

Las primeras descripciones de vergüenza y timidez en situaciones sociales se remontan a Hipócrates. Desde entonces, los problemas de interacción social han recibido diferentes nombres, cada uno con distinto matiz en cuanto a su significado: timidez, inhibición social, miedo a hablar en público, ansiedad social, ansiedad interpersonal, ansiedad de evaluación, miedo escénico, etc. (Botella, et al., 2003).

En 1903, Janet utilizaba el término *phobie des situations sociales* para describir a los pacientes con miedo a ser observados mientras hablaban, escribían o tocaban el piano. En 1901, Paul Hartenberg escribió el libro *Les timides et la timidité*, en donde describe lo que actualmente conocemos como fobia social. Sin embargo, no fue sino hasta 1966 Marcks y Gelder propusieron que la fobia social era una categoría diagnóstica. Clasificaron como fobias sociales los miedos a comer, beber, temblar, sonrojarse, hablar, escribir o vomitar en presencia de otras personas. Hasta antes de esto, estos tipos de trastornos se habían llamado “trastornos por ansiedad olvidados” (Bobes, et al., 1999).

La entidad diagnóstica de fobia social no se incorporó como tal hasta la publicación del DSM-III en 1980. Para reconocerla como categoría clínica, fue necesario apoyarse en importantes argumentos epidemiológicos que demostraban que es el trastorno de ansiedad más prevalente en las poblaciones occidentales y americanas.

## 2.3 Un modelo de la génesis de la fobia social

Olivares y Caballo (2003) incorporan algunas de las variables y procesos incluidos en las propuestas de otros autores acerca de la génesis de la fobia social. Presentan un modelo que incluye cuatro fases: una relativa a los factores de vulnerabilidad e inicio, otra concerniente al desarrollo, una tercera que se ocupa del tránsito de la timidez y otros problemas subclínicos de ansiedad social hasta la fobia social y, finalmente, una cuarta centrada en los mecanismos implicados en su mantenimiento.

El modelo presupone que la alteración de las respuestas del individuo, generada por la asociación producida de forma abrupta o insidiosa entre un contexto social negativo y un conjunto de variables orgánicas, da lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas. En tal patrón se incluyen las respuestas de escape, parciales y completas, y luego las de evitación. Estas últimas son responsables directas de la reducción o eliminación de la intensidad de la estimulación que resulta aversiva para el individuo. La respuesta de alerta estaría referida a la potencial evaluación negativa de la actuación/relación ante y con los otros, como consecuencia del descontrol

percibido que genera la reacción inadecuada que producen las variables que intervienen en los procesos de génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. Se presupone que, en la medida en que la respuesta de alerta de la persona sea más intensa, mayor será la incertidumbre de lo que las reacciones inadecuadas (excesivas) de su actuación causen en la audiencia. La intensidad y duración de la respuesta de alerta tendría un efecto directo sobre la intensidad progresiva de la activación del patrón de respuestas ansiógenas, éste a su vez, en la propia respuesta de alerta ante las amenazas internas y externas potenciales que puedan presentarse a partir de ese momento.

La progresión de esta retroalimentación defensiva puede llevar a la anulación de la atención que los fóbicos sociales presten a los eventos positivos generados y/o asociados a la actuación y/o relación con otros.

Olivares y Caballo (2003) distinguen varias fases en el desarrollo de la fobia social. En la primera fase llamada génesis se consideran los factores que se presuponen son los que precipitan el inicio de la fobia social. Se incluyen las principales variables y grupos de variables, cuya interacción resulta altamente propicia para el inicio del trastorno.

La fobia social parece ser el resultado de la intervención de una o más formas de aprendizaje que influyen de manera aislada o combinada con otras variables y que regulan la interacción entre un contexto social negativo y un grupo de variables orgánicas. A su vez, la interacción de dichas variables favorece a la aparición de un patrón de respuestas de ansiedad que aunque inicialmente funciona adaptativamente, posteriormente se afianza como consecuencia del número e intensidad de los ensayos. De esta forma, por asociación, se generalizaría a otras situaciones sociales, convirtiéndose de una reacción adaptativa a una desadaptativa.

Se han empleado modelos humanos en la explicación de la fobia social dada su relevancia en el contexto social negativo. Al ser significativos para el individuo establecen de forma directa o indirecta su relación y/o actuación de manera aversiva con personas ajenas al ámbito familiar, o bien, al identificarse con otras personas que las evitan (Bandura, Ross & Ross, 1963; Bruch, Gorsky, Collings & Berger, 1989; Olivares, Rosa & García-López, 2004; Ollendick & King, 2004).

Otras variables que pueden contribuir son la estimulación social deficiente, el aislamiento social de la familia, el uso de la vergüenza como método de control, los problemas familiares y/o la psicopatología de los padres (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Fyer, Manuzza, Chapman, Martin & Klein, 1995; Messer & Beidel, 1994; Victor, Bernat, Bernstein & Layne, 2007). Por lo que, en este caso, el ambiente familiar no es propicio para promover habilidades que le permitan a la persona desarrollarse competentemente.

Dentro de las variables que influyen en el inicio del trastorno, se encuentra la transmisión de información dentro de la familia o de la escuela. Estas últimas son fuente de creencias básicas, supuestos sin contrastar, atribuciones erróneas, etc. En el caso de la familia, la transmisión de información se puede dar desde los primeros años de vida, mientras que en el caso del contexto

educativo, las conductas inadecuadas de los profesores ante las situaciones de aceptación e integración al grupo de pares en las que se encuentra el niño funcionan como un factor de vulnerabilidad.

Otros sucesos que pueden predisponer o actuar como factores precipitantes del inicio de la fobia social pueden ser los cambios de casa, la hospitalización repentina a edades tempranas cuando se impide a los familiares acompañar a los niños, la hostilidad y el rechazo de los padres, así como en general exponerse abruptamente a situaciones altamente estresantes.

Los autores proponen cuatro grupos de variables orgánicas que conllevan vulnerabilidad elevada: los determinantes biológicos, los factores de personalidad, las respuestas de escape y “otros factores” (Gerlach, Wilhelm & Roth, 2003).

Los determinantes biológicos pueden tener un carácter evolutivo o no evolutivo. Los primeros hacen referencia a los que nos afectan a todos, los cuales aparecen y desaparecen sin general mayores efectos negativos. Los no evolutivos se refieren a variables como el sexo, la inhibición conductual, la preparación biológica o la imagen física.

Entre los determinantes biológicos evolutivos están las respuestas de miedo y/o escape en situaciones en las que la persona se encuentra con extraños.

Como parte de los determinantes biológicos no evolutivos se encuentran tanto los del pasado como los actuales. En el caso del sexo, los datos indican que al menos dos mujeres por cada hombre presentan fobia social. Por su parte la inhibición conductual también puede tener su propio peso en el incremento de la vulnerabilidad para padecer el trastorno y, otro tanto sucede con los efectos desadaptativos que produce el adelanto o el retraso en el desarrollo físico en relación con el grupo cultural de referencia o la propia imagen física.

Con respecto a los factores de personalidad se pueden señalar la introversión y el neuroticismo elevados. Se sabe que las puntuaciones altas de estas variables aumentan las probabilidades de que la persona escape de la situación ansiógena y, por ende, termine por evitar estas situaciones. A su vez, el escape aumenta la autocrítica excesiva que generalmente es irracional y desproporcionada, lo que intensifica la atención selectiva de las señales internas y externas que la persona percibe como peligros reales o amenazas potenciales. Las respuestas de escape o la relación con extraños, si no se afrontan y resuelven de modo adecuado pueden propiciar la aparición de la ansiedad social.

Una vez que se constituye el patrón de respuestas de ansiedad condicionadas a la actuación y/o relación en situaciones sociales, si la persona se expone a la situación social temida, ya sea porque le es imposible evitarla o porque en ese momento la motivación para exponerse es aún mayor que la percepción de amenaza, la situación tendrá una connotación más negativa que positiva. Con el paso del tiempo, la intensidad del malestar será cada vez mayor al autorreforzamiento positivo y entonces la situación comenzará a volverse cada vez más desagradable. Aunado a la aparición de las respuestas de ansiedad que desencadena (temblor, rubor, sudor, tasa cardíaca y respiratoria elevadas, etc.), especialmente aquéllas que puedan percibir los demás. Tal reacción excesiva puede llegar a dar lugar a

una señal de alarma más desagradable: el ataque de pánico. A partir de este momento se activará el estado de alerta máxima ante toda situación social potencialmente peligrosa y se disparará su correspondiente alarma al aparecer respuestas fisiológicas, cognitivas y/o motoras asociadas a la situación social temida.

En la medida que se incremente la generalización aumentará la incertidumbre de la persona y su percepción de falta de control sobre su actuación en la situación social y/o sobre las reacciones de la audiencia (miradas inapropiadas, sarcasmos, ironías, comparaciones aversivas, ausencia de la respuesta esperada, etc.).

Después de la exposición a una o varias situaciones sociales donde se ha experimentado un malestar significativo, la asociación se consolida y generaliza. El malestar dependerá de la intensidad de la asociación entre la situación social y el patrón de respuestas de ansiedad, del miedo con que la persona las percibe así como con la intensidad, frecuencia y duración de la respuesta de ansiedad desencadenada por el miedo mediante del recuerdo de lo vivido.

A partir del intenso malestar experimentado, el individuo empezará también a temer a las consecuencias en el juicio de los demás. Creerá que éstos las perciban como señales de que existe algún problema y por lo tanto generaría un juicio negativo en la audiencia además de la evaluación negativa de lo que hace o hizo. Este miedo a la evaluación negativa se fortalece por la falta de reforzamiento social y una crítica negativa excesiva que, por lo general, es principalmente negativa.

La necesidad de remediar las carencias de atención y consideración social, de hacerlo bien, de percibirse aceptado, querido y valorado socialmente, lleva a los fóbicos sociales a desarrollar un estilo de pensamiento que tiene como referencia patrones de excelencia extremos. Tales ideales conllevan umbrales de autoexigencia muy elevados e inflexibles en el momento de la evaluación de su conducta. Lo anterior los llevará indudablemente a obtener el efecto contrario al deseado: aislamiento social (Olivares & Caballo, 2003).

Los fóbicos sociales se encuentran en un estado permanente de alerta máxima dentro de situaciones sociales, esto debido a la incertidumbre que se genera por la ausencia de retroalimentación del medio social y por la duda sobre su propia capacidad para adaptarse a la situación. La intensidad de malestar que se genera se relaciona con el tipo de situación, con las personas con las que se encuentra así como por la percepción de la persona a estas últimas.

Así, dicha intensidad está determinada por características dentro de la situación, tales como el número de personas presentes, estructura y reglas sociales, duración de la situación, etc. De la misma forma, las características de los espectadores tales como sexo, edad, atractivo físico, posición social, grado de autoridad en el tema que se abordará, probabilidad de reencuentros futuros, etc. Finalmente, el modo en que se produzca la relación o actuación, por ejemplo, si estará de pie o sentado, si hablará en público, si contará con notas, resúmenes o algún medio de apoyo.

El fóbico social tiende a prestar cada vez menos atención a la tarea que lleva a cabo y se enfoca en la atención de señales internas y de la situación. Es en este punto en el que la atención se focaliza en las respuestas somáticas y neurovegetativas que puedan observar los demás, los sentimientos de inquietud y temor experimentados (producto de la intensidad de la tensión muscular y de la de las respuestas fisiológicas percibidas, generadas por el aumento de la respuesta de alerta generalizada, la autocharla (“me voy a quedar sin saber qué decir”, “voy a decir tonterías”, “me temblará la voz”, etc.) y la exageración progresiva de lo que la persona interpreta como errores cometidos durante la actuación, independientemente de que los demás los perciban o no.

En la fase de mantenimiento aumenta principalmente la incertidumbre y el efecto que genera en la audiencia. La persona presenta malestar, ya no sólo ante la exposición de la situación, sino ante el recuerdo de la misma.

Hay una activación neurovegetativa y muscular. Cognitivamente, la persona empieza recuperar la información proveniente de la experiencia o de la transmisión de información, de la retroalimentación por personas significativas, de las creencias o del significado que le ha otorgado a situaciones sociales. Por otra parte, se generan expectativas negativas sobre la actuación propia y las consecuencias. Aumenta la intensidad en la atención selectiva de las señales externas e internas que se perciben como amenazantes. Por lo que no sólo se refuerza la imagen negativa sobre sí mismo, sino que se incrementa la percepción de peligro que se le atribuye a la situación.

Todo ello llevará a la persona a interpretaciones erróneas y negativas. De esta forma, conducen al escape o a la evitación, lo que a su vez impide que ocurran las consecuencias temidas. Los componentes fisiológico y motor previamente activados, aumentarán la intensidad del patrón de respuestas delimitado en el inicio y consolidado durante el desarrollo y, por lo tanto, asociado a la ocurrencia, evocación o imaginación de tales situaciones.

Siempre que pueda, el fóbico social tiene la necesidad de escapar y evitar las situaciones sociales que le generan malestar, lo cual lo llevará al aislamiento social y, por ende, a sufrir las consecuencias negativas que lo acompañan.

## **2.4 Subtipos de la fobia social**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, distingue dos tipos de fobia social: la fobia social no generalizada (una o dos situaciones sociales temidas) cuando se centra en situaciones muy concretas como comer, escribir o tocar un instrumento musical en público, y fobia social generalizada (teme la mayoría de las situaciones sociales) cuando el temor aparece en la mayor parte de las situaciones sociales. Este último tipo de fobia social es el que se da con mayor frecuencia y en el que los sujetos son más propensos a presentar deficiencias en habilidades sociales y más deterioro de las relaciones sociales y laborales.

## 2.5 Síntomas asociados con el trastorno

Los síntomas más comunes de la fobia social se pueden clasificar en tres sistemas: fisiológico, cognitivo y conductual.

Entre los fisiológicos se presenta taquicardia, palpitaciones, temblor (voz y manos), sudoración, tensión muscular, malestar gastrointestinal, boca seca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náusea, dolor u opresión torácica, sonrojo, sequedad de boca, deseos urgentes de orinar, mareos, sensación de desmayo, falta de aire, fuertes temblores. Otras respuestas mucho menos frecuentes son dificultad para respirar y dolor en el pecho.

Cognitivamente, los fóbicos sociales tienen dificultad para pensar, para recordar, presentan confusión, dificultad para concentrarse, dificultad para encontrar las palabras, etc. Temor a no poder alcanzar las metas auto-impuestas. Generan pensamientos negativos, valoración no realista de lo que se espera sobre ellos, sobreestimación del grado en que los otros observan su conducta, de las propias capacidades y de cometer errores importantes y fracasar. Así mismo, sobreestimación de la probabilidad e intensidad del rechazo, atribución de los éxitos a factores externos, más recuerdos de la información negativa que positiva sobre sí mismo. En general, se observa autocrítica intensa, infravaloración de sí mismo, inseguridad personal, miedo al rechazo, etc.

Por otra parte, conductualmente el fóbico social evita estar en las situaciones sociales, y si no las evita, rehúye participar en las mismas, ser el centro de atención, ser el centro de la crítica o manifestar síntomas temidos. Se ponen en marcha conductas de defensa dirigidas a prevenir las consecuencias temidas. Si no puede evitar la situación, tiene reacciones como tartamudez, volumen de voz bajo, muecas faciales, sonrisa o risa inapropiada, gestos de inquietud, etc. La actuación de los fóbicos sociales refleja habilidades sociales más deficientes, principalmente en aquellas situaciones donde las reglas no están claramente definidas.

En general, los sujetos con fobia social sienten un profundo miedo cuando se exponen a reuniones sociales fuera del ámbito de su hogar. La ansiedad y los miedos irracionales hacen que el paciente intente evitar el contacto social, por temor a verse sometido a una situación de humillación y vergüenza ante los demás, temen o evitan todas las situaciones en las que se sentirían requeridos a actuar en presencia de otras personas.

## 2.6 Clasificación de las situaciones temidas en la fobia social

Se podrían simplificar las situaciones temidas como:

1) Situaciones que implican interacción con otras personas: Iniciar y mantener conversaciones, hablar de temas personales, establecer relaciones íntimas, asistir a fiestas, recibir críticas, hacer una reclamación, hacer o rechazar peticiones, mantener las propias opiniones, interactuar con personas de autoridad, etc.

2) Situaciones que implican un miedo a ser observado, sin que necesariamente haya interacción con otras personas: Hablar en público, participar en charlas, iniciar conversaciones, participar en situaciones que impliquen asertividad. Entre las menos temidas sería comer, beber y escribir en público, asistir a clases de gimnasia o danza, presentar un informe ante un grupo de gente, etc.

## **2.7 Las Situaciones Fóbicas más Comunes en los niños**

De acuerdo a un estudio realizado por Gil-Bernal (2004) en niños de la Ciudad de México, las fobias sociales que informaron con mayor frecuencia fueron:

- Hablar en público. El miedo a una supuesta descalificación pública por decir incoherencias, equivocarse frente a todos y sentirse devaluado o que se ridiculizan sus opiniones
- Asistir a fiestas
- Ser observado por todos cuando el(a) profesor(a) les dice o pregunta algo en clase.
- Abrazar a un compañero
- Quedarse en el salón a la hora del recreo

Estas circunstancias hacen que el paciente evite todo contacto social, decline paulatinamente su calidad de vida, no concurra a reuniones ni compromisos sociales, se aisle con profunda perturbación social, y ocurra un deterioro incapacitante vocacional e interpersonal, así como también depresión secundaria (Cairnay, et al., 2007; Dozois & Frewen, 2006; Merikangas & Kalaydjian, 2007).

Además, en general, en estas personas se observa una mayor dificultad, una reducción o la necesidad de realizar mayores esfuerzos para desempeñar las actividades diarias.

En cuanto al grado de satisfacción que experimentan estas personas, la fobia social se asocia con una mayor probabilidad de insatisfacción con las actividades principales, la vida familiar, el nivel de ingresos, las relaciones interpersonales y las actividades que se realizan en el tiempo libre. Por último, un diagnóstico de fobia social se asocia con una mayor probabilidad de deterioro de la calidad de vida, principalmente en el subtipo de fobia social generalizada (Cox, Walker, Enns & Karpinski, 2002; Kimbrel, 2008).

La mayoría de los estudios de fobia social se refieren a adultos pero dado que se entiende como un trastorno desarrollado a lo largo de la vida, se supone que los niños comparten esos mismos síntomas, posiblemente en menor medida; por lo que la descripción que a continuación sigue, incluye a todos los individuos, niños y adultos que experimentan este trastorno.

## 2.8 Prevalencia

Los primeros estudios epidemiológicos de orden internacional han indicado que la prevalencia de la fobia social es del 1 al 4% (Boer, 1997; 2000; Cartwright-Hatton, et al., 2006; Schneier et al, 1992; Wells, Bushnell, Hornblow, Joyce & Oakley-Browne 1989; Merikangas & Kalaydjian, 2007). Otros estudios basados en los criterios diagnósticos del DSM-III-R y el DSM-IV (APA, 1987, 1994) han utilizado un número mayor de situaciones sociales y han informado de una prevalencia del 7 al 16% (Lipsitz & Schneier, 2000; Sareen, & Stein, 2000; Stein & Stein, 2008). En Estados Unidos, The National Comorbidity Study refiere un periodo de vida de prevalencia del 13.3%, lo cual convierte a la fobia social como el trastorno de ansiedad más común en los Estados Unidos y el tercer más común después del abuso de alcohol y el trastorno depresivo mayor (Kessler, et al. 1994; Magee, et al. 1996; Stein & Stein, 2008). En otro estudio en población comunitaria en Suiza, incluso se han hallado duraciones más largas en prevalencia que los del NCS, 16% (Wacker, Müllejans, Klein & Battegay, 1992). Por su parte, Furmark y et al. (1999) han concluido que la fobia social es uno de los trastornos mentales más comunes con una prevalencia del 15.6% a partir de un estudio realizado en una muestra comunitaria. En México, Gil-Bernal (2004) encontró una prevalencia del 18.9% en una muestra comunitaria de niños de 7 a 13 años de edad. El porcentaje de fobia social parece variar con el número de situaciones sociales así como con el nivel establecido de malestar y estrés. Sin embargo, algunas explicaciones subyacen a la gran variabilidad observada entre estudios, entre los que se encuentran las diferencias en los enfoques para evaluar y las diferencias transculturales discutidas en la literatura (Chapman, Mannuzza, & Fyer, 1995; Furmark, et al 1999; Kohn, et al., 2005; Lang & Stein, 2001).

De acuerdo con una recensión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil y adolescente, desarrollada por Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet en el 2003, existen pocos trabajos para esta población (ver Tabla 2.1). Señalan que los primeros estudios epidemiológicos en población comunitaria adolescente se han llevado a cabo tras la publicación del DSM-III-R.

Tabla 2.1

Tasas de Prevalencia de la Fobia Social en población adolescente (Olivares, et al., 2003)

PAIS	AUTORES	AÑO	POBLACIÓN	N	EDAD	EVALUACIÓN	PREVALENCIA	DSM
Nueva Zelanda	Magee, et al.	1996	Comunitaria	943	15	—	1.1%	DSM-III-R
Estados Unidos	Kashani & Orvaschel	1990	Comunitaria	210	17	CAS	1.4%	DSM-III-R
Estados Unidos	Rinherz, et al.	1993	Comunitaria	386	M=17.9	DIS-III-R	11.6%	DSM-III-R
Estados Unidos	Shaffer, et al.	1996	Comunitaria	—	—	DIS-C	3.7%	DSM-III-R
España	Bragado, et al.	1996	Comunitaria	80	14-18	DICA-R	6.3%	DSM-III-R
				243	6-17		4.1%	
Alemania	Wittchen, et al.	1999	Comunitaria	3201	14-17	M-CIDI	4.0%	DSM-IV
					14-24		7.3%	
Alemania	Essau, et al.	1999	Comunitaria	1035	12-17	CAPI	1.6%	DSM-IV
				655	14-17		2.0%	
							4.4%	
Alemania	Lieb, et al.	2000	Comunitaria	1047	14-17	M-CIDI	1.1%	DSM-IV
							5.6%	
Estados Unidos	Strauss & Francis	1989	Clínica	—	—	—	9.0%	DSM-III-R
Estados Unidos	Albano, et al.	1995	Clínica	22	13-17	ADIS-C	14.1%	DSM-III-R
España	Olivares	1995	Comunitaria	15965	14-17	ADIS-IV	8.2%	DSM-IV

En un estudio que realizaron Kessler, et al., (1994) se encontró una prevalencia anual del 8% y una prevalencia de vida del 13% en personas de entre 14 y 58 años. Este dato es similar al hallado en el Ontario Health Survey-Mental Health Supplement, en el que la prevalencia anual resultó ser de 8.2% en hombres y 12.7% en mujeres de 15 a 24 años de edad (Offord, et al., 1996).

En el 2002 de acuerdo a los datos obtenidos en un estudio epidemiológico que se llevó a cabo en seis países europeos (European Study of Epidemiology of Mental Disorders), la prevalencia que alcanzó la fobia social fue del 2 al 4% (Alonso, Ferrer, Romera, Vilagut & Angermeyer, 2002). Un estudio realizado en Suecia (Furmark, Tillfors & Everz, 1999) muestra una prevalencia del 15.6%. Pollard y Henderson (1988) han notado que la prevalencia para la fobia social varía entre el 2 y el 22.6%. Stein et al. (1994) han informado que en una comunidad de Canadá, la sintomatología asociada al trastorno de fobia social suele variar entre 1.9 y 18.7%. En una comunidad de Italia (Sesto Fiorentino) Faravelly, et al. (2000) utilizaron una muestra de 2500 sujetos y hallaron una prevalencia de 3.1%.

Por otra parte, los estudios sobre prevalencia de la fobia social en América Latina son escasos. En 6 estudios encontrados, el porcentaje de prevalencia en población comunitaria en su mayoría, va desde el 1.1% hasta el 77% (Ver Tabla 2.2).

Tabla 2.2

Tasas de Prevalencia de la Fobia Social en América Latina

PAIS	AUTORES	AÑO	POBLACIÓN	N	EDAD	EVALUACIÓN	PREVALENCIA	DSM
México	Caraveo-Anduaga, et al.	1996	Comunitaria	1984	<16	SRQ	2.2%	DSM-III-R
Puerto Rico	Canino, et al.	1987	Comunitaria	—	17	DIS	1.6%	DSM-III-R
			Comunitaria	386	M=17.9	DIS-III-R	11.6%	DSM-III-R
			Comunitaria	—	—	DIS-C	3.7%	DSM-III-R
			Comunitaria	80	14-17	DICA-R	6.3%	DSM-III-R
				243	6-17		4.1%	
			Comunitaria	3201	14-17	M-CIDI	4.0%	DSM-IV
					14-24		7.3%	
			Comunitaria	1035	12-17	CAPI	1.6%	
				655	14-17		2.0%	
							4.4%	
	Comunitaria	1047	14-17	M-CIDI	1.1%	DSM-IV		
					5.6%			
	Clínica	—	—	—	9.0%	DSM-III-R		
	Clínica	22	13-17	ADIS-C	14.1%	DSM-III-R		
	Comunitaria	15965	14-17	ADIS-IV	8.2%	DSM-IV		
México	Medina-Mora, et al.	2005	Comunitaria	2500	<18	WMH-SI	4.0%	DSM-IV
Estados Unidos	Kessler, et al.	2005	Comunitaria	9282	<18	WMH-CIDI	6.8%	DSM-IV
México	Caraveo-Anduaga, et al.	2000	Comunitaria	—	<18	CIDI	2.2%	CIE-10
Perú	Lindo, et al.	2005	Comunitaria	648	11-18	SPIN y LSAS	77.4% leve	DSM-IV
							20.5% moderada	
							2.1% severa	

Aunque esta discrepancia podría deberse a la variabilidad en la metodología utilizada, podría existir una diferencia cultural relacionada con las diferencias al evaluar el trastorno y con la aceptación del comportamiento social de cada grupo social. Las diferencias entre los diversos estudios podrían explicarse en términos del empleo de distintos instrumentos psicométricos diseñados para la evaluación

de la fobia social, las características específicas de la población para la que fueron diseñados, diferencias culturales, factores ambientales y características socioeconómicas de las personas.

Con todo esto, se puede suponer que el estudio de los trastornos de ansiedad en niños representa un área de investigación explorada, pero inconsistentemente. La relevancia de conocer este trastorno en este periodo particular de desarrollo radica en que su desarrollo se da desde los primeros años de vida (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2005).

A pesar de estas cifras, en la práctica clínica este trastorno se diagnostica con una frecuencia mucho menor, lo que sugiere que sigue siendo un problema mal diagnosticado y, por lo tanto, tratado inadecuadamente. Las razones pueden ser diversas, por ejemplo que estas personas no busquen ayuda profesional o no tengan acceso a ella, que la alta comorbilidad con otros trastornos, como la depresión, otros problemas de ansiedad, consumo de alcohol, etc., oculte la sintomatología propia de la fobia social.

## **2.9 Variables Demográficas**

En cuanto a la distribución en la población, existen algunas variables sociodemográficas de interés asociadas a la prevalencia global del trastorno.

### **2.9.1 Edad de Inicio**

Aunque la mayoría de los estudios epidemiológicos sitúan la edad media de inicio más frecuente para la fobia social entre los 14 y 16 años (Davidson, Hughes, George & Blazer, 1993; Faravelli, et al., 2000; Öst, 1987; Turner, Beidel & Larkin; 1986), otros estudios han encontrado que es entre los 12 y los 16.6 años (Degonda & Angst, 1993; DeWit, et al., 1999; Faravelli, et al., 2000; Lépine & Lellouch, 1995; Stein & Stein, 2008; Wittchen, et al., 1999) y, sugieren que de los 5 a los 9 años es un periodo de alto riesgo en cuanto al inicio del trastorno (Boyd, et al., 1990; Bögels & Tarrier, 2004; Bragado, Carrasco, Sánchez & Bersabé, 1996; Schneier, Jonson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992). Pakriev, et al., (2000) y Dick, Sowa, Bland y Newman (1994) encontraron medias de edad de inicio de 7.1 y 9.5 años, respectivamente.

Algunos estudios epidemiológicos en México han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 2.2 y el 4.7% en población adulta (Medina-Mora, 2003; SSA, 2005).

De acuerdo con los datos, al parecer iniciar con síntomas asociados a la fobia social es poco frecuente a partir de los 25 años (Wittchen, et al., 1999). Sin embargo, los datos disponibles no son concluyentes. El DSM-IV no ofrece tampoco datos muy precisos, pues señala que la fobia social puede aparecer a la mitad de la edad adulta, a veces con el antecedente infantil de “timidez” o “inhibición social”, pero que algunos individuos sitúan el inicio del cuadro sintomatológico al inicio de la segunda infancia.

Al parecer, el comienzo de la fobia social es más tardío que el de otras fobias específicas, aunque anterior al del trastorno de personalidad. Una limitante en los estudios que consideran la edad de comienzo de la fobia social, es que la evaluación suele realizarse mediante autoinformes retrospectivos, por lo que depende de qué tanto se recuerden ciertas situaciones sociales específicas en las que se experimentó un grado significativo de ansiedad. Una alternativa para calcular la edad de inicio, es hacerlo desde una perspectiva del desarrollo. Desde ciertas posturas se esperaría que para que la fobia social aparezca es necesario que los niños tengan conciencia de los demás, de sí mismos como objetos de evaluación.

Sin embargo, la edad de inicio parece depender de la definición de la fobia social. Es probable que el miedo a las situaciones sociales se dé en la infancia temprana, pero que la característica central de la fobia social en la edad adulta, sea el miedo a la evaluación negativa de los otros (Botella, et al., 2003). De cualquier manera, a pesar de la temprana edad de aparición del trastorno, parece que las personas que lo padecen no suelen buscar tratamiento antes de la adultez, lo que significa que en la mayoría de los casos, la ayuda no se busca sino hasta después de haberla sufrido entre 15 y 25 años.

### **2.9.2 Género**

La mayoría de las investigaciones realizadas con población general indican una prevalencia más alta de la fobia social en mujeres que en hombres. Estos datos relativos a la población adulta son consistentes con los hallados en población infantil y adolescente (Beidel, Turner & Morris, 2000; Essau, Conradt & Petermann, 1999; Gil-Bernal, 2004; Ranta, et al., 2007; Wells, Tien, Garrison & Eaton, 1994; Wittchen, et al., 1999). Por otra parte, los estudios sobre población clínica, sugieren que el porcentaje de hombres llega a igualar o a superar al de las mujeres (Beidel & Turner, 1992, Roberson-Nay, Strong, Nay, Beidel & Turner, 2007; Stein, Chavira & Jang, 2001).

Gil-Bernal (2004) por su parte, en un estudio que realizó en escuelas públicas de la ciudad de México, de acuerdo a un punto de corte calculado a partir de los criterios diagnósticos para la fobia social según el DSM-IV (APA, 1994) encontró que el 18.65% de la muestra cumplía con el diagnóstico. De los cuales el 40.8% eran hombres y el 59.2% eran mujeres

## **2.10 Comorbilidad**

Los niños y adolescentes que tienen un diagnóstico primario de fobia social generalmente también manifiestan síntomas asociados con otros trastornos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias tóxicas como el alcohol u otras drogas legales e ilegales. De hecho, se calcula que entre el 70% y el 80% de los sujetos con fobia social cumplen los criterios diagnósticos para al menos otro trastorno psiquiátrico (Cairnay, et al., 2007; Kadri, Agoub, El Gnaoui, Berrada & Moussaoui, 2007; Lecrubier & Weiller, 1997; Merikangas & Angst, 1995; Merikangas & Kalaydjian, 2007; Schneier, et al., 1992).

Los trastornos comórbidos más frecuentes relacionados con la fobia social son la depresión mayor (Compton, et al., 2004; Clark, et al., 1997; Degonda & Angst, 1993; Faravelli, et al., 2000; Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson, 1986; Mason, et al., 2004; Nomura, Wickramaratne, Warner, Mufson & Weissman, 2002; Pini, Cassano, Simonini, Savino, Russo & Montgomery, 1997; Schneier, et al., 1992; Wittchen & Beloch., 1996), los trastornos de ansiedad (Bitran & Barlow, 2004; Faravelli, et al., 2000; Keller, 2003; Lépine & Lellouch, 1995; Magee, et al., 1996; Montgomery, Racagni, Stein & Wittchen, 2000; Morris, 2001; Silverman, 2003) y el abuso del consumo de sustancias tóxicas (Degonda & Angst, 1993; Dostanic, Djeric, Daragan-Saveljic & Raicevic, 2009; Lecrubier & Weiller, 1997; Lépine & Lellouch, 1995). Por ejemplo, Magee, et al. (1996) hallaron que las condiciones comórbidas más frecuentes eran otros trastornos de ansiedad (56.9%) seguidos de los trastornos afectivos (41.4%) y el abuso de sustancias tóxicas (39.6%). Otros trastornos comórbidos asociados con la fobia social son el trastorno de la personalidad por evitación (Herbert, Hope & Bellack, 1992; Holt, et al., 1992; Jansen, Arntz, Merckelbach & Mersch, 1994; Cansen, et al., 1994; Ramos, Olivares, Piqueras & Rosa, 2006; Schneier, et al., 1991; Tillfors, et al., 2001; Turner, et al., 1992) y el trastorno obsesivo compulsivo (Ramos, et al., 2002).

## **2.11 Fobia social y otros trastornos de ansiedad**

Según los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) el trastorno comórbido que se asocia más frecuentemente con la fobia social es la agorafobia, seguido por el trastorno de pánico y la fobia específica. El único estudio epidemiológico realizado hasta la fecha con criterios del DSM-IV (Wittchen, et al., 1999) concluye, sin embargo, una mayor comorbilidad entre fobia social y el trastorno por estrés postraumático, seguido por la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. Hay que indicar que estas tasas han fluctuado de forma significativa al hacer una distinción entre sujetos con fobia social generalizada y otros con fobia social no generalizada. Así mientras los sujetos con fobia social generalizada presentaban una mayor comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático y agorafobia sin historia de trastorno de pánico, los trastornos comórbidos más diagnosticados en sujetos con fobia social no generalizada tienden a ser el trastorno de pánico con o sin agorafobia y la fobia específica.

En población infanto-juvenil, Francis, Larst y Strauss (1992) observaron que todos los niños que acudían a consulta con un diagnóstico de fobia social presentaban al menos otro trastorno de ansiedad. El más frecuente fue el trastorno por ansiedad excesiva (83%), actualmente englobado dentro del trastorno de ansiedad generalizada.

Por su parte, en un estudio de Albano, Chorpita y Barlow (1996) llevado a cabo en una muestra de 138 participantes, cuyas edades iban de 8 a 17 años, el 30% recibió el diagnóstico de fobia social según los criterios del DSM-III-R. El trastorno comórbido más frecuente fue el de ansiedad excesiva (43%), seguido de fobia específica (26%).

Beidel, Turner y Morris (1999), al usar los criterios del DSM-IV, informaron de tasas de comorbilidad en una muestra de sujetos con fobia social y una edad media de 10.1 años. Las tasas de

comorbilidad más altas fueron para el trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica, ambos con un 10%.

En otro estudio realizado por Essau, et al. (1999), se encontró en un grupo de adolescentes de entre 12 y 17 años que los trastornos de ansiedad más frecuentemente asociados con la fobia social eran la agorafobia (23.5%) seguida por el trastorno obsesivo-compulsivo (11.8%) y la fobia específica (5.9%). En este caso no se encontró comorbilidad con otros trastornos con los que otros estudios sí la habían encontrado, como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de estrés postraumático.

## **2.12 Fobia social y los trastornos del estado de ánimo**

Se calcula que los sujetos con fobia social tienen una probabilidad entre dos y tres veces mayor que los sujetos sin problemas al momento de desarrollar depresión mayor o distimia (Kessler, Stang, Wittchen, Stein & Walters, 1999). Dos de los estudios epidemiológicos más importantes han evaluado la comorbilidad entre la fobia social y la depresión. El primero de ellos, el ECA (Epidemiologic Catchment Area; Schneier, et al., 1992) halló que el 16.6% de los sujetos diagnosticados con fobia social también cumplía los criterios de depresión mayor. En el segundo estudio, el NCS (Nacional Comorbidity Survey; Kessler, et al., 1994), la tasa de comorbilidad entre la fobia social y la depresión mayor fue mucho más alta: del 37.2%. La depresión mayor fue el segundo trastorno comórbido de más prevalencia entre las personas con fobia social (Magee, et al., 1996). Al parecer, la fobia social parece haber precedido a los trastornos del estado de ánimo en un porcentaje que oscila entre el 70% y el 80% de los casos (Kessler, et al., 1999; Schneier, et al., 1992; Stein, et al., 1990; Weiller, Bisslerbe, Boyer, Lepine & Lecrubier, 1996; Wittchen, et al., 1999).

Lecrubier (1998) ha referido que las tasas de comorbilidad entre la fobia social y la depresión son mucho más elevadas en los sujetos en los que el trastorno inició antes de los 15 años. En un estudio realizado en la Ciudad de México, Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz (2004) encontraron que los deprimidos con inicio temprano tienen casi 2.2 veces la probabilidad de desarrollar fobia social en comparación con los deprimidos que iniciaron cuando adultos.

Pese a que la mayoría de los estudios se han centrado en investigar la comorbilidad entre depresión y distimia, Perugi, Toni y Akiskal (1999) mostraron la relevancia de la asociación entre la fobia social y el trastorno bipolar II. En este estudio, este trastorno aparece asociado con la fobia social en el 21% de los casos.

## **2.13 Fobia social y abuso de sustancias**

La prevalencia del abuso o dependencia del consumo de alcohol entre personas con fobia social es de alrededor de un 22% (Dostanic, et al., 2009; Himle & Hill, 1991; Kessler, et al., 1994; Regier, et al., 1990) y entre los sujetos que solicitan tratamiento para la fobia social informan problemas con el abuso del alcohol en tasas que oscilan entre el 19% y el 28% (Regier, et al., 1990; Van Ameringen, et

al., 1991). En población adolescente, Essau, et al. (1999) han informado que el 23.5% de los sujetos con fobia social también presentaban abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias como la cannabis (Buckner, et al., 2008; Richa, Kazour & Baddoura, 2008)

La ocurrencia de comorbilidad relativa al abuso de alcohol en sujetos diagnosticados con fobia social también se ha estudiado en muestras clínicas. Esta tasa oscila entre el 2% (Herbert, et al., 1992; Turner, et al., 1991) y el 25% (Richa, et al., 2008; Van Ameringen, Manzini, Styyan & Donison, 1991).

Distintos estudios con muestras clínicas también han evaluado en qué medida la fobia social precedería o sería consecuencia del abuso o dependencia del consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas. Los resultados han revelado que la fobia social parece anteceder al abuso del consumo de alcohol entre el 25% y el 94% de los casos (Lydiard, et al., 1992; Richa, et al., 2008; Smail, Stockwell, Canter & Hodgson, 1984; Schneier, et al., 1992; Stravynski, et al., 1986; Weiller, et al., 1996; Wittchen, et al., 1999), al consumo de tabaco (Sonntag, et al., 2000) y al abuso en conjunto del tabaco, alcohol y cocaína (Robinson, Sareen, Cox & Bolton, 2009; Sareen, Chartier, Paulus & Stein, 2006; Van Ameringen, Mancini, Farvolden & Oakman, 2000).

## **2.14 Fobia social y conducta alimentaria**

Se sabe que aquellos sujetos que presentan trastornos de la conducta alimentaria tienen mayor probabilidad de sufrir fobia social (Lecrubier, et al., 2000) y que en la mayoría de los casos, la fobia social ocurre antes que estos trastornos (Bulik, Sullivan, Fear & Joyce 1997; Godart, Flament, Lecrubier & Jeammet, 2000; Piran, Kennedy, Garfinkel & Owens, 1985; Wittchen, et al., 1999; Schawalberg, Barlow, Alger & Howard, 1992).

De acuerdo con un estudio de Grilo, Levy, Becker, Edell y Mcglahan (1996) citado en Echeburúa y Marañón (2001) en población general el 97% de los pacientes con un trastorno de conducta alimentaria cumplen con un diagnóstico adicional entre los que destaca la fobia social.

Si bien en los últimos años los estudios epidemiológicos han arrojado datos que señalan a la fobia social como uno de los padecimientos más importantes y con un alto índice de comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, de la conducta alimentaria, del abuso de sustancias, los grupos de edad bajo estudio son en su mayoría mayores de 18 años. Existe, por ende, la necesidad de contar con datos de poblaciones infantiles que no sólo aporten información sobre la edad de inicio del trastorno, sino que permitan identificar si los resultados acerca de comorbilidad en población adulta se repiten a edades más tempranas, ya que es un problema grave, común también en los niños y vale la pena estudiarlo e identificarlo de forma válida y precisa.

## CAPITULO 3

# Evaluación

Debido a la necesidad de contar con un sistema de clasificación para los trastornos mentales y con el propósito de tener descripciones claras y categorías diagnósticas que facilitaran el estudio y tratamiento de los trastornos mentales, surgió el Sistema de Clasificación de los Trastornos Mentales (DSM) y el CIE, el cual, al igual que el DSM es un sistema internacional que recomienda la OMS para clasificar los trastornos.

Con el objetivo de sintetizar tanto el estudio e investigación como el diagnóstico y tratamiento de la psicopatología se han propuesto sistemas de clasificación diagnóstica. Éstos aunque controvertidos, se usan ampliamente. Los dos más importantes son el DSM-IV y el CIE-10.

En su primera versión, que surgió en 1952 (DSM-I), el DSM, al igual que el CIE, responde a la necesidad de contar con un consenso para clasificar los trastornos mentales. La necesidad de recoger datos de tipo estadístico para conocer los niveles de prevalencia de los distintos trastornos mentales favoreció su uso.

Con el paso del tiempo, tras la publicación del DSM-III (1980), los trastornos de ansiedad de la infancia y la adolescencia se subdividieron en: trastorno por ansiedad excesiva, trastorno por angustia de separación y trastorno por evitación.

Esta diferenciación entre el trastorno por ansiedad excesiva en niños y adolescentes y otros trastornos de ansiedad generados por situaciones, objetos o miedos más específicos resultó de gran importancia metodológica, pues proporcionó un modelo novedoso para el estudio empírico de los trastornos de ansiedad (APA, 1980). Es hasta esta versión en la que se incluye y reconoce a la fobia social como categoría diagnóstica.

### **3.1 Criterios de diagnóstico de la fobia social según el DSM-IV**

Los criterios para el diagnóstico de la Fobia Social según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994) son:

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. En los niños la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches o inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones académicas o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos.

---

### **3.2 Criterios de diagnóstico de la fobia social según el CIE-10**

Por otra parte, los criterios para el diagnóstico de la Fobia Social según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992) son los siguientes:

---

A) Algunos de los siguientes síntomas deben darse:

1. Miedo marcado a ser el foco de atención o miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante.

2. Evitación marcada a ser el foco de atención. O a las situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de forma embarazosa o humillante.

Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público, o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (por ejemplo fiestas, reuniones de trabajo-clases).

B) Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida. Como se definen en el criterio B de agorafobia, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos, desde el comienzo de los trastornos, uno de los siguientes: 1) ruborización, 2) miedo a vomitar, 3) necesidad imperiosa o temor a orinar o a defecar.

C) Malestar emocional significativo secundario a la conducta de evitación o a los síntomas excesivos o que carecen de sentido.

D) Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

E) Criterio de exclusión más frecuente usado: Los criterios A y B no son debidos a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como trastornos mentales orgánicos, la esquizofrenia o trastornos relacionados, trastornos del humor o trastornos obsesivo-compulsivos, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

---

### **3.3 Comparación de los criterios diagnósticos entre el DSM-IV y el CIE-10**

El CIE-10 no incorpora la fobia social como categoría diagnóstica independiente hasta su décima y, por ahora, última edición. En esta edición los trastornos de ansiedad se clasifican dentro de la sección “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” que incluyen los “Trastornos de ansiedad fóbica” “Otros trastornos de ansiedad”, “Trastorno obsesivo-compulsivo” y “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”. La fobia social se sitúa dentro de la categoría de “Trastornos de ansiedad fóbica”, junto con las fobias específicas, la agorafobia y otros trastornos de ansiedad fóbica.

Para el CIE-10 se requiere la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de, por lo menos, dos síntomas de ansiedad en, al menos, una ocasión a la vez que debe aparecer como mínimo uno de los siguientes síntomas de ansiedad: rubor o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar. Además, estos síntomas de ansiedad deben limitarse a, o predominar en las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones. Aunque el

CIE-10 no especifica la presencia de subtipos, indica que algunas de las fobias sociales son restringidas (comer en público, hablar en público, encuentros con el sexo opuesto, etc.) y otras son difusas, abarcando así casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar.

En cuanto a diferencias específicas entre el DSM y el CIE-10, se identifican las siguientes:

- El CIE-10 contempla la ocurrencia del ataque de pánico como un criterio de gravedad
- El DSM-IV introduce el temor a las situaciones de rendimiento además de las situaciones sociales.
- Según el DSM-IV, en niños menores de 18 años la duración de los síntomas debe ser de al menos 6 meses.
- En el DSM-IV, se debe especificar si la fobia social es generalizada, en cuyo caso hay que considerar el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad por evitación.
- El CIE-10 no hace indicaciones acerca de la posibilidad de establecer el doble diagnóstico de fobia social y trastorno de la personalidad por evitación.

Con lo anterior, a pesar de que ambos sistemas incluyen a la fobia social como categoría diagnóstica, el DSM-IV es más específico y puntual con respecto a los síntomas que toma en cuenta para llegar al diagnóstico. Y en el caso de los niños, el DSM-IV incluye criterios específicos a esta población que no tiene el CIE-10.

### **3.4 Aspectos a evaluar en la fobia social**

Es frecuente considerar que la expresión de la ansiedad se puede realizar por medio de tres diferentes canales de respuesta:

- verbal-cognitivo
- conductual-motor
- psicofisiológico

De acuerdo con Sevilla y Pastor (2003) en la práctica de la psicología clínica, la evaluación de los problemas que el fóbico social quiere solucionar, equivale a la construcción del análisis funcional de los mismos. Es decir, averiguar qué situaciones provocan la aparición de su malestar, cómo es dicho malestar en términos cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales. De la misma manera, qué consecuencias o efectos tienen sus comportamientos operantes en el momento de explicar el mantenimiento del trastorno.

Conseguir dicha información, en ocasiones, es un proceso complejo por lo sutil que pueden ser algunos datos (por ejemplo, la expresión facial del interlocutor, los ademanes, las gesticulaciones, etc.).

En términos de respuesta cognitiva el temor principal de los fóbicos sociales es a la descalificación de los demás. Sin embargo, se encuentra en esta línea, una amplia variedad de pensamientos. La respuesta fisiológica no es diferente a la de cualquier otro trastorno de ansiedad, aunque el rubor, el temblor y el sudor adquieren, particularmente, un papel importante en este trastorno. Los fóbicos sociales que padecen alguna de estas respuestas están especialmente preocupados por ellas, porque potencialmente pueden ser más visibles desde el exterior. Cuando aparecen toman la función de estímulo, aumentan así la intensidad del malestar y, por ende, aparecen las conductas de evitación.

Otro aspecto importante a evaluar son las conductas de seguridad encubiertas. Por ejemplo, pensar con anticipación de qué tema se va a hablar, elegir palabra por palabra y evaluar cada frase pronunciada. Además de evaluar estos datos funcionales, es extremadamente importante para el clínico averiguar también si el paciente está deprimido, si hay uso y abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.), y si su repertorio de habilidades sociales es adecuado.

### **3.5 Principales pensamientos en la fobia social**

<b>TIPO DE PENSAMIENTOS</b>	<b>EJEMPLOS</b>
Sobre la propia actuación	“no sé qué decir”, “siempre meto la pata”, “tartamudearé y no me entenderán”, “me quedaré en blanco”
Sobre la percepción de los demás de la propia actuación	“se van a dar cuenta”, “me están mirando”, “sabrán que estoy nervioso”, “llamaré la atención”
Sobre el juicio negativo de los demás	“pensarán que soy tonto, idiota, débil, que miento, que escondo algo, que me estoy insinuando, que estoy nervioso, que estoy haciendo el ridículo, que soy aburrido”
Sobre ser rechazado	“me despreciarán”, “no querrán hablar conmigo”, “dejarán de ser mis amigos”, “me van a abandonar”
Sobre autodesprecio	“¡qué horror, me estoy poniendo rojo!”, “estoy totalmente mojado por el sudor”
Sobre reacciones de ansiedad visibles	

Como señalan Caballo, et al. (2003) estos tres canales son parcialmente independientes y pueden cambiar independientemente de los otros en el transcurso de la terapia. La literatura de investigación ha demostrado que la intercorrelación entre las escalas de autoinforme, las medidas conductuales y las

señales psicofisiológicas generalmente es baja (Caballo, 1987; 2003; Emmelkamp, 1982). Los resultados de los estudios sobre concordancia de los tres sistemas se interpretan con dificultad, puesto que por lo general los estudios se realizan con personas con un temor social moderado (Scholing & Emmelkamp, 1990). Como lo mencionan Craske y Craig (1984), parece que cuando se emplean participantes con un temor más pronunciado, como pacientes de una muestra clínica, existe una mayor concordancia entre los sistemas de respuesta.

Por ejemplo, un paciente puede expresar verbalmente “temo hablar en público” (contenido cognitivo), “evito las situaciones que impliquen hablar en público” (contenido conductual) o “siento como si mi corazón se acelerara cuando hablo en público” (contenido fisiológico). Por ello, Scholing y Emmelkamp (1990) indican que la falta de concordancia se debe, al menos parcialmente, a las deficiencias metodológicas asociadas a los distintos sistemas de respuesta.

De la misma forma, Perpiñá, et al. (2003) proponen que la información pertinente para delimitar el trastorno y obtener una descripción clínica del mismo tendría que abarcar algunos aspectos tales como los que se muestran a continuación.

### **3.6 Características de interés para la evaluación y el diagnóstico de la fobia social**

---

El foco de ansiedad: Situaciones sociales, no la mera presencia de gente, deben implicar el escrutinio de los demás, lo que los demás pensarán, etc. Bien porque se esté realizando alguna actividad (hablar, comer, etc.), o bien porque implique alguna interacción con “el otro”. La ansiedad en las situaciones puede aliviarse o agravarse en función de ciertos “moduladores” como lo son: el número de observadores, el sexo, las figuras de autoridad, etc.

Características de la ansiedad: Intensa, desproporcionada, persistente, se produce siempre que se da la situación o se experimenta anticipadamente. El paciente reconoce lo excesivo o desproporcionado del temor; sus manifestaciones fisiológicas, los pensamientos negativos sobre sí mismo surgen, lo que quiere hacer, etc.

Lo que hace la persona en esas situaciones: Desea escapar, las evita siempre que puede, las soporta con mucho malestar, permanece en la situación pero con conductas de seguridad, etc.

Habilidades y capacidad de afrontamiento: a) si la ansiedad interfiere en la ejecución de habilidades que la persona posee; b) si carece de las habilidades necesarias para la interacción social.

La interferencia que produce en su vida: Repercusión en las relaciones de la persona, en el ámbito laboral, en el tiempo libre, etc.

Síntomas asociados y comorbilidad: Pueden estar presentes síntomas afectivos, problemas de autoestima, rasgos desadaptativos de personalidad, abuso de sustancias, etc.

---

La gravedad de la fobia puede calcularse al determinar el grado con el que interfiere con la vida diaria, esto incluye la capacidad para trabajar y llevar a cabo relaciones normales. No es necesaria una historia detallada sobre el origen de la fobia. Es muy importante señalar los factores que la mantienen (que suelen ser la evitación y los factores cognitivos) (Cartwright-Hatton, Tschernitz & Gomersall, 2005)

Entre los principales instrumentos para evaluar la fobia social se encuentran: la entrevista, en donde se incluyen los instrumentos de ayuda diagnóstica e intensidad clínica, los instrumentos de auto-informe y observación conductual (Bushnell, 1998; Byrne, 2000; Cano & Tobal, 1999; Cox, Robb & Russell, 2001; Del Barrio, 1990).

### **3.7 Instrumentos de evaluación infanto-juvenil para la Fobia Social**

Los instrumentos desarrollados para la evaluación clínica infantil son numerosos. En el caso de la fobia social, los clínicos utilizan entrevistas, escalas, cuestionarios, etc. con los padres, con el propio niño, o bien, una combinación de ambos (García-Portilla, Bascarán & Saiz, 2001).

#### **3.7.1 *La Entrevista***

La entrevista clínica es el método más habitual para recoger información. Independientemente de que se utilicen otras técnicas, nada puede reemplazar la versatilidad de la entrevista. Es un instrumento insustituible para obtener datos, en la que el entrevistador estructura las preguntas y el orden en el que se enunciarán, escucha atentamente lo que se dice y lo que no se dice, anota las reacciones del paciente así como las que aquellas despiertan en él (Baños & Perpiñá, 2002).

La entrevista puede emplearse con tres propósitos diferentes: (1) como instrumento exploratorio para la identificación de variables y relaciones, sugerir hipótesis y fases para una investigación; (2) como instrumento principal de una investigación o (3) puede ser un instrumento complementario para una investigación (Kerlinger, 1988).

Por lo general se aplica de dos maneras:

- Estructurada. Permite obtener información para organizar un marco teórico y conceptual congruente con el problema que se estudia, la información se recolecta con lápiz y papel o grabadoras; la información recolectada de esta manera permite efectuar análisis cualitativos o cuantitativos.
- Semiestructurada. Comienza con una serie de preguntas clave que permitirán al entrevistador indagar y obtener mayor información, se emplea principalmente en estudios de carácter exploratorio, aunque esta flexibilidad es su principal desventaja y da lugar a la realización de preguntas poco relacionadas con el trastorno que se pretende evaluar.

En la entrevista influyen dos aspectos fundamentales en la evaluación de la fobia y la ansiedad social: por una parte, es una técnica mediante la cual se recaba información, por otra, es la oportunidad que tiene el clínico para observar a la persona en una interacción social real que, si bien siempre es importante, en este caso lo es mucho más.

La entrevista requiere que un clínico, previamente entrenado en su administración la aplique. Además, se necesita un tiempo considerable para su correcta administración. Como ventaja se encuentra el hecho de que su confiabilidad diagnóstica es elevada en la evaluación de trastornos de ansiedad, gracias al elevado grado de estructuración y al entrenamiento previo de los administradores.

La entrevista es uno de los procedimientos fundamentales a utilizar, sin embargo, hay que tener en cuenta que puede ser “per se” muy ansiógena para un fóbico social. Durante la entrevista puede darse evitación del contacto visual, rubor, dificultad al expresar ciertas opiniones, etc. y, de esta forma, alterar los resultados ya que pone en evidencia los síntomas.

No obstante, entrevistar al niño o adolescente permite el establecimiento del rapport que ayuda a mantener su interés y establecer una situación en la cual las preguntas y/o respuestas ambiguas pueden aclararse.

Por otra parte, las entrevistas semiestructuradas tratan de guiar el conocimiento del clínico a través de una cierta estructura, con el fin de obtener la información más completa y pertinente posible.

Algunas entrevistas derivadas del sistema de clasificación de la APA en su edición del DSM-IV (1994) y que se adaptó para niños con fobia social son:

Inventario de Miedos para Niños (FSSC-R) de Ollendick (1983). Esta escala consta de 80 reactivos que representan los miedos de los niños. Es una escala tipo Likert de 3 puntos. El instrumento se desarrolló originalmente para niños de entre 9 y 12 años, tiene un Alpha de .94 y una confiabilidad test retest después de una semana de .82. Se ha utilizado en distintos países incluyendo Estados Unidos, Australia, África y China. Se ha probado su eficacia para identificar miedos específicos tales como a la oscuridad y a la escuela.

La Entrevista Diagnóstica para Niños con Fobia Social (IDFS), Gil-Bernal (2004) es una entrevista semiestructurada, elaborada para niños mexicanos. Se realiza a los niños y está basada en los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR. Consta de 20 preguntas que indagan sobre la preocupación por exponerse a situaciones sociales, y por la crítica de los pares y profesores, y también la duración del trastorno.

Existen otras entrevistas que evalúan gran parte de los trastornos incluidos en el DSM-IV y por lo tanto incluyen reactivos relativos a la fobia social. Algunos de éstas son por ejemplo, la Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI) (OMS, 2001), que además incluye reactivos que miden síntomas asociados a la depresión. Aunque no se diseñó para medir síntomas de fobia social se utiliza, ya que la depresión es altamente comórbida con la ansiedad. La Entrevista de trastornos de ansiedad para niños

(ADIS-C; Silverman & Nelles, 1988) cuenta con una subescala de fobia social y se adaptó para niños. Su confiabilidad test retest es de .95 (Silverman & Rabian, 1995). Por otra parte, la Entrevista dirigida para Habilidades Sociales (HHSS; Caballo, 1997), aunque diseñada para población de habla hispana, originalmente no era aplicable a los niños.

### **3.7.2 Instrumentos de Autoinforme**

Estos tienden a ser muy sencillos, generalmente auto-administrados, que permiten, de una forma rápida, descartar o confirmar la posible presencia de un determinado trastorno mental, en este caso el trastorno de fobia social.

Existe una gran variedad de instrumentos de autoinforme y frecuentemente se aplican para complementar la información obtenida en la entrevista. Consisten en listas de reactivos que hacen referencia a estímulos o situaciones dentro de un grupo de respuestas entre las que se elige la que mejor describe el estado del paciente (Hidalgo, López-Pina, Inglés & Méndez, 2002; Ollendick, 1983; Spence, 1997; Wamboldt, Wamboldt, Gavin & McTaggart, 2001).

En las investigaciones sobre fobia social se ha empleado instrumentos de autoinforme que podrían clasificarse en cuatro categorías, dependiendo de lo que midan:

- a) Temor y ansiedad.
- b) Ansiedad y/o fobia social.
- c) Timidez.
- d) Habilidades sociales.

En la categoría Temor y ansiedad están:

Escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) de Watson y Friend (1969); Escala de Ansiedad Social y Estrés (SAD) de Watson y Friend (1969); Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) de Liebowitz (1987); Inventario General de Miedos (FSS) de Wolpe y Lang (1964); Cuestionario de Miedos (FQ) de Marks y Mathews (1979); Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Tobal y Cano (1988).

En la categoría Ansiedad y/o fobia social se ubican los siguientes instrumentos:

Instrumento Diagnóstico para la Fobia Social en Niños (IDFS-N), de Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (2007); Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI-C) (versión infantil), de Beidel, Turner, y Fink (1996); Escala de Fobia Social (LSAS) de Liebowitz (1987); La Escala de Fobia Social (SPS) y la Escala de Ansiedad en Interacciones Sociales (SIAS), de Mattick y Clarke (1998); Inventario de Fobia Social (SPIN) de Davidson (1995); Escala de Ansiedad Social para Niños (SASC-R), de La Greca y Stone (1993); Cuestionario-Cribado de Ansiedad Social (SAS-Q) por Wittchen y Lépine (1998); Batería de Socialización de Silva y Martorell (1987); Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS), de Spence (1997); Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC), de March, et

al. (1997); Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) de Birmaher, et al. (1997); Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales (SISST), de Glass, Merluzzi, Biever y Larsen (1982).

Como se mencionó, por lo general estos instrumentos son rápidos y de fácil administración, cuentan con datos normativos y ayudan a evaluar los resultados del tratamiento. Sin embargo, tienen algunas limitaciones. A excepción del IDFS (Gil-Bernal, 2004) que fue elaborado para niños mexicanos con fobia social, la mayoría se diseñaron originalmente para población adulta y, posteriormente, se adaptaron para niños. En otros casos, los reactivos se construyeron para grupos angloparlantes y, por lo tanto, podrían presentar sesgos al aplicarlos a poblaciones hispanohablantes.

Los instrumentos de auto-informe para niños y adolescentes son razonablemente confiables. Los datos de confiabilidad indican que éstos son estables en el tiempo y son generalmente eficaces para distinguir entre niños ansiosos y de población general. Son sensibles, además, a los efectos del tratamiento, pero su eficacia para discriminar entre niños ansiosos entre otros trastornos por ansiedad es limitada. Son de gran utilidad para identificar los síntomas más representativos de la ansiedad del paciente en el momento del diagnóstico.

### ***3.7.3 Instrumentos de informe que responden padres y maestros***

En ocasiones se entrevista a otras personas relacionadas con el paciente para obtener información adicional de su comportamiento. Los padres y maestros responden a listas de verificación y escalas como parte de la evaluación de la fobia social en niños y adolescentes. Entre los principales instrumentos dirigidos a padres y maestros, destacan los siguientes: Child Behavior Checklist (CBCL), elaborado por Achenbach y Edelbrock (1983). Entre las subescalas de las que se compone, cuenta con una para identificar problemas de ansiedad y depresión, compuesta por 13 reactivos y con un Alpha de .96. Y así como una subescala Louisville Fear Survey for Children (LFSC), desarrollado por Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972).

### ***3.7.4 Evaluación Psicofisiológica***

La evaluación de los procesos psicofisiológicos en la fobia social ha sido objeto de interés, ya que se plantea que puede haber diferencias entre las personas que la padecen y otras con otros trastornos, entre personas con fobia social y controles y entre los distintos subtipos del trastorno. Sin embargo, hay pocos datos que apoyen la existencia de indicadores fisiológicos exclusivos de la fobia social.

Las medidas psicofisiológicas más relevantes de ansiedad social son la tasa cardíaca, la presión arterial, la temperatura y la respuesta galvánica de la piel. Una de las dificultades de la evaluación psicofisiológica en la fobia social es que muchas de las situaciones sociales empleadas en la evaluación suponen tareas que incluyen la movilización de varios sistemas además del cardiovascular.

A pesar de que las medidas psicofisiológicas tienden a presentar como desventajas el ser medidas de carácter parcial, con un importante efecto de reactividad asociado a su uso y con una capacidad de predicción de la conducta social no muy elevada, su uso puede ser un componente adicional de la evaluación de la ansiedad y la fobia social (Botella, et al., 2003).

### ***3.7.5 Evaluación conductual***

Entre la evaluación tradicional expuesta anteriormente y la evaluación conductual existen múltiples diferencias. Una de éstas se refiere al modo de conceptualizar la conducta y el tipo de variables que explican el origen y el mantenimiento del comportamiento problema (Fernández-Ballesteros, 1994; Silverman & Nelles, 1998).

Las características fundamentales de la evaluación conductual quedan resumidas en las siguientes (Mash & Terdal, 1981): a) usa la observación sistemática, b) se orienta a detectar la naturaleza, desarrollo y valoración del cambio conductual, c) entiende la conducta como una muestra del repertorio del sujeto, d) concibe la evaluación como un proceso continuo en el que se recogen medidas antes, durante y después de la intervención, y e) interpreta los datos desde un nivel de interferencia mínimo.

No obstante dentro de la evaluación conductual se agrupan una serie de técnicas de evaluación que se valoran de forma distinta en función del marco conceptual o teórico de partida. A continuación se presentan algunos supuestos o principios que se enmarcan de manera diferencial en la evaluación cognitivo-conductual (Fernández-Ballesteros, 1994): a) la evaluación cognitivo-conductual hace uso de los sistemas de clasificación psiquiátricos (DSM y/o CIE) u otras estrategias como la de la “conducta clave” frente al uso de los análisis funcionales, b) usa procedimientos indirectos (cuestionarios, escalas) más que directos (observación), c) se inclina más hacia las características psicométricas del instrumento y la integración de los enfoques teóricos distintos, que por la evaluación funcional de la conducta.

De esta manera, el psicólogo debe elegir entre un conjunto posible de variables importantes y relevantes en cada caso de tal suerte que encuentre la mejor manera de evaluar el comportamiento de la población con la cual esté trabajando y la que se adapte favorablemente a sus necesidades.

Así, la evaluación del comportamiento infanto-juvenil se centra en la obtención de información detallada de distintas áreas o aspectos como los que se proponen Mash y Terdal (1981):

Descripción del problema consultado a dos niveles: global, mediante entrevistas abiertas, y específico, mediante observación; a fin de delimitar los sucesos antecedentes, los parámetros de la respuesta, las consecuencias reforzantes y las relaciones de contingencia.

Funcionamiento global del niño (rutina semanal), repertorio social y académico, tendencias personales (reacciones ante situaciones de frustración, espera, autocontrol, etc.) y motivacionales,

estado biológico general y funcionamiento intelectual. Esta información puede recabarse a través de entrevistas y si se considera oportuno mediante escalas y cuestionarios.

Historia de los comportamientos problemáticos, es decir de las deficiencias o excesos del comportamiento (momento y forma de su detección, por quien, etc.). Estos datos se obtienen mediante entrevistas más o menos estructuradas en función de los recursos y del tiempo disponible.

Información relativa a las creencias, actitudes y reacciones de los padres, profesores y otras personas implicadas directamente en el comportamiento problema. Esta información se recaba con entrevistas y se complementa con registros de observación.

Información acerca de las condiciones físico-contextuales (condiciones de hábitat, aspectos sociodemográficos, recursos disponibles en la familia, etc.) que se obtiene también de la entrevista.

Durante la infancia y adolescencia, resulta más difícil diagnosticar los trastornos de ansiedad que en la vida adulta. En el caso de la fobia social, esto no es una excepción, de ahí que existan numerosos instrumentos disponibles para la evaluación de la fobia social en niños y adolescentes que puedan servir de ayuda para diagnosticarla (Antony, Coons, McCabe, Ashbaug & Swinson, 2006; Beidel, Turner & Fink, 1996; Bobes, et al., 1999; García-Portilla, et al., 2001; Gil-Bernal, 2004; Heinrichs, et al., 2002; King, et al., 1997; Marten, et al., 1998; Morris & Masia, 1998; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner & Beidel, 1999; Peters, 2000; Ranta, et al., 2007; Roberson-Nay, et al., 2007; Storch, et al., 2006; Weeks, Coplan & Kingsbury, 2009).

En los últimos diez años se han realizado esfuerzos muy importantes de cara al desarrollo de instrumentos de evaluación del trastorno de ansiedad social. Actualmente se cuenta con un número más amplio de instrumentos de evaluación, cada vez más sofisticados y precisos que permiten acercarse mejor a la realidad del paciente con ansiedad social. Una evaluación adecuada es crucial no sólo para el desarrollo de la investigación en el área de la salud mental infantil, sino también para establecer un diagnóstico adecuado y, de esta forma, crear y evaluar planes de tratamiento.

### ***3.7.6 Instrumentos de Evaluación basados en la observación***

La observación ha sido el método tradicional por excelencia de la evaluación conductual, al menos en sus primeras etapas. El registro preciso de conductas específicas y la toma de decisiones basada en los datos registrados más que en impresiones subjetivas, ha sido una de las mayores contribuciones del análisis de la conducta (Molina, 2001). Dado que los problemas infantiles ocurren en distintas situaciones, la observación sería la técnica por excelencia para recoger de modo directo no sólo los comportamientos de interés, sino las condiciones en las que ocurren. En este sentido, el registro permite distinguir elementos fundamentales para realizar el análisis funcional de la conducta problema y generar, a partir de esta información, las hipótesis oportunas de frente a la planificación del tratamiento. Así mediante el registro se recopilan datos sobre las condiciones o eventos disposicionales (Comeche, Díaz & Vallejo, 1995; Molina, 2001) (antecedentes y contexto), los distintos parámetros de la respuesta, las relaciones de contingencia, etc. Asimismo, el registro de observación se puede llevar a

cabo en un contexto estructurado (clínico o de laboratorio), o bien en un contexto más abierto, como las distintas situaciones que suelen presentarse en el hogar y en el aula.

No obstante, la observación como instrumento de evaluación no está exenta de múltiples limitaciones entre las que destacan las siguientes: la reacción que puede producir tanto en el comportamiento del sujeto observado como en el del observador, la baja confiabilidad entre observadores y el propio sesgo del observador que repercute en la distorsión de los datos. Para corregir esta limitación se han recomendado distintas estrategias: a) elaborar sistemas de observación que incluyen conductas específicas, donde se defina claramente la conducta a registrar, los parámetros, situaciones y momentos; b) seleccionar un número limitado de conductas para facilitar la observación; c) usar un número de categorías conductuales reducido, descriptivas y excluyentes; d) invertir cierto tiempo para permitir la adaptación del niño a las condiciones de observación y e) evitar los sesgos del observador, procurando que no tenga información sobre los objetivos del estudio y recibiendo entrenamiento previo en la aplicación del registro (Fernández-Ballesteros, 1994). También existen ya programas computarizados que permiten reducir los intervalos de registro y aumentar la confiabilidad entre observadores.

Con todo esto, los datos sugieren que la integración de los diferentes métodos de evaluación enriquece el proceso de diagnóstico. El hecho de realizar una evaluación diagnóstica integrada a partir de diversos métodos brinda mayor información, lo que permite tener más recursos para el tratamiento y tomar en cuenta, en la medida de lo posible, al paciente y a las personas que le rodean (Gold, Benbenishty & Osmo, 2001; Kendall, Brady & Verduin, 2001).

A excepción del IDFS (Instrumento Diagnóstico de Fobia Social en niños, Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2007), y de las Entrevistas Diagnósticas para Niños con fobia social (Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2007) que se describieron anteriormente, la mayoría de los instrumentos mencionados en este capítulo, a pesar de que cuentan con datos razonablemente buenos de confiabilidad y validez, un gran número de los mismos se construyeron con base en poblaciones adultas o dirigidas a poblaciones angloparlantes y sin tomar en cuenta las características propias del niño.

Un problema complejo como el de la fobia social requiere diversas dimensiones y factores a evaluar. No todas las personas necesitarán una evaluación igual de extensa. La mejor evaluación será aquella que lleve al clínico a un diagnóstico certero con una apreciación concreta del problema que considere todas las variables involucradas, su gravedad e interferencia. Esta información servirá para llevar a cabo una buena planeación del tratamiento y, finalmente permita juzgar si al final de éste, el paciente ha mejorado de una manera clínicamente significativa.

### ***3.7.7 Instrumentos de Autorregistro***

Este procedimiento requiere el registro de conductas “blanco”, en donde el niño con fobia es quien realiza dicho procedimiento, primero realizando una auto-observación y posteriormente

autorregistrando la ocurrencia de su conducta fóbica. Este método de evaluación se emplea principalmente para registrar línea base, antecedentes y consecuentes de la conducta fóbica.

El autorregistro puede permitir una evaluación única de las interacciones de la vida real. Se puede evaluar la frecuencia de los contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, el rango o número de diferentes personas con las que interactúa, duración, autoevaluaciones de la ansiedad, síntomas fisiológicos, pensamientos negativos, conductas de evitación, etc.

Los formatos de autorregistro más empleados son los diarios, las listas y las hojas de registro, pero varían libremente en función de los objetivos que persigue cada evaluador. Unos ejemplos de autorregistros utilizados en la evaluación de trastornos por ansiedad, son los siguientes: Registro Semanal de Ansiedad y Depresión (Beidel, Ferrell, Alfano & Yeganeh, 2001); Termómetro de Ansiedad o Miedo (Lang, 1968); Registro de Ataques de Pánico (Beidel, et al., Barlow, 1988).

Un problema con el autorregistro es que muchos usuarios olvidan completarlos. Para minimizar este problema se puede justificar la necesidad del autorregistro, adaptarlo a la comprensión y motivación del paciente, utilizarlos y demostrar su utilidad. Además, otra limitante es que, en el caso del autorregistro, cuando se emplea con niños, es totalmente necesario que las conductas a registrar se encuentren bien definidas y que el procedimiento de registro sea muy sencillo, de aquí que la edad del niño es un factor importante para decidir si se emplea esta técnica.

### **3.8 Índices compuestos de cambio terapéutico**

La evaluación de un trastorno complejo como lo es la fobia social requiere la utilización de múltiples instrumentos para ser lo más exhaustivos y precisos posible y así abarcar toda la gama de sintomatología y deficiencias funcionales asociadas. Lo cual lleva algunos inconvenientes, como obtener patrones de respuesta heterogéneos o encontrar mejoría en unas áreas y no en otras. Esto dificultaría llegar a una conclusión acerca de la eficacia del tratamiento. Para solucionar este problema, desde hace algunos años, se han proporcionado distintos índices compuestos (Botella, et al., 2003). Estos índices son generalmente de dos tipos (Turner, Beidel & Wolf, 1994): una medida del grado de mejoría global alcanzada como consecuencia del tratamiento y una medida que determina el nivel de funcionamiento del paciente tras el tratamiento, tomando como punto de referencia una población normal.

Para la fobia social se cuenta actualmente con el SIPI (Índice de Mejoría de la Fobia Social), de Turner et al. (1994) y el Índice de Estatus de Funcionamiento para la Fobia Social (SPEFI), de Turner, et al. (1993) y el Índice Compuesto de Mejoría (ICM), de Mattick y Peters (1988). Estas propuestas se han superado a partir del trabajo de Jacobson y Truax.

### **3.9 Instrumentos de evaluación familiar**

Frecuentemente se ha encontrado que los niños con algún trastorno de ansiedad presentan problemas en las relaciones familiares. Generalmente los adultos diagnosticados con algún trastorno de ansiedad han definido retrospectivamente a sus padres como sobreprotectores, ambivalentes, rechazantes y hostiles (Hernández-Guzmán, 1999; Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992), también han referido ansiedad en la relación con sus padres (Bowlby, 1989), padres divorciados (Sandier, Kim-Bae & MacKinnon, 2000) y problemas de interacción (Wasserstein & La-Greca, 1996). Estos factores pueden dificultar la elaboración e implementación de un plan de tratamiento. Para evaluar estos factores se emplean entrevistas estructuradas y semiestructuradas.

De entre los que se utilizan más son: Family Environment Scale (FES), desarrollado por Moos y Moos (1981).

Un problema tan complejo como el de la fobia social requiere diversas dimensiones y factores a evaluar. No todas las personas necesitarán una evaluación igual de extensa. La mejor evaluación será aquella que lleve al clínico a un diagnóstico certero con una apreciación concreta del problema, considerando todas las variables involucradas, su gravedad e interferencia. Esta información, servirá para llevar a cabo una buena planeación del tratamiento y finalmente, juzgar si al final de éste, el paciente ha mejorado de una manera clínicamente significativa.

## CAPITULO 4

# Tratamiento de la fobia social

De acuerdo con la literatura de investigación, existen diversos tratamientos para la fobia social en la infancia. Sin embargo, aunque algunos ofrecen ventajas sobre otros, es importante conocer cuál de ellos es el más eficaz a largo plazo. La comprobación de los resultados de los tratamientos con respecto a los cambios terapéuticos significativos de los participantes en cada caso debe considerarse como un punto a evaluar al finalizar el tratamiento a corto, mediano y largo plazo (Jacobson & Truax, 1998; Kazdin, 1999; Kendall, 1999).

La eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales y tratamientos farmacológicos ha sido probada a lo largo de los años. En contraste, las terapias psicodinámicas e interpersonales para la fobia social no tienen el sustento teórico y la investigación que ofrecen los estudios controlados.

A pesar de los avances en el campo del tratamiento para la fobia social, es necesario continuar con las tareas de investigación que permitan explorar los procesos responsables del mantenimiento del trastorno, así como encontrar las técnicas que puedan mejorar el éxito de las intervenciones.

### 4.1 Tratamientos psicológicos eficaces

Desde el surgimiento de la terapia de modificación de conducta a finales de los años 50, ésta ha mostrado un especial interés en utilizar procedimientos y técnicas basadas en la psicología experimental. Es por ello, que desde sus orígenes ha estado interesada en la evaluación de la eficacia terapéutica.

Sin embargo, en esta última década se ha acrecentado el interés en demostrar la eficacia de los tratamientos psicológicos, por varios motivos: el primero por el incesante desarrollo de los tratamientos psicofarmacológicos en dura competencia con los tratamientos psicoterapéuticos. En este punto, los resultados de las investigaciones sobre eficacia, efectividad y eficiencia de los diferentes tratamientos, va a ser de suma importancia.

La eficacia hace referencia a la capacidad que tiene el tratamiento para producir cambios psicológicos (conductuales u otros) en la dirección esperada y que éstos sean superiores a los producidos por otros tratamientos disponibles o a la no intervención.

No se trata de determinar la validez de las psicoterapias en su conjunto, como se hacía anteriormente, sino de evaluar tratamientos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas claramente especificadas (Chambless & Hollon, 1998). Sin embargo, muchos terapeutas no actualizan su información y no aplican tratamientos cuya evidencia se apoya en datos de investigación.

## 4.2 Tratamiento Farmacológico

El estudio de la eficacia de los tratamientos farmacológicos para la fobia social no había recibido atención, sino hasta hace una década. En los últimos años han aparecido diversos trabajos controlados en los que se ha investigado la eficacia de algunos fármacos en el tratamiento de este trastorno.

La meta principal de la farmacoterapia para la fobia social se basa en la búsqueda de la mejora de los síntomas meta, tales como la ansiedad anticipatoria, las pautas sociales de pánico, conductas de evitación y la rumia, para incidir en las condiciones comórbidas al trastorno, así como llevar a cabo la remisión.

El objetivo de dichos tratamientos es controlar las reacciones fisiológicas relacionadas con la fobia por medio del bloqueo de ciertas actividades en el sistema nervioso central. El número de estudios controlados son escasos, y la mayor parte de ellos se han realizado con población adulta. El procedimiento general incluye tres etapas: (1) evaluación inicial, (2) administración del medicamento por un periodo de tres a cinco semanas, y (3) seguimiento.

Con respecto al tratamiento farmacológico, existen diversos fármacos que se han utilizado para tratar la fobia social, sin embargo, algunos se usan con más frecuencia.

Los beta-bloqueadores adrenérgicos (atenolol y propanolol) se han utilizado principalmente para el tratamiento de la ansiedad de ejecución. Estos fármacos sirven principalmente como antihipertensivos, reducen la intensidad de los síntomas autonómicos de ansiedad como sudoración, temblores y palpitaciones. Los estudios muestran resultados alentadores en la reducción de síntomas autonómicos de ansiedad durante la ejecución, lo que ha hecho pensar en su utilidad dentro del tratamiento de la fobia social. Uno de los temores es que los demás se den cuenta de sus síntomas. Sin embargo, también existen datos de que los beta-bloqueadores no son superiores a las condiciones placebo y aunque puedan ser eficaces en la ansiedad de ejecución, no lo son para el tratamiento de un trastorno más complejo como es la fobia social (Den Boer, Van Vliet & Westenberg, 1994; Falloon, Lloyd & Harpin, 1981; Liebowitz, et al., 1992; Turner, Beidel & Jacob, 1994).

Un estudio realizado por Liebowitz et al. (2002) comparó tres grupos de fóbicos sociales adultos, un primer grupo medicado con fenelzina, otro con atenolol y un grupo placebo. Encontraron que el 64% de los pacientes que tomaron fenelzina respondieron a las 8 semanas del tratamiento, y que los niveles de respuesta para el atenolol y el placebo fue 30 y 23% respectivamente. Después de 16 semanas de tratamiento, se observó una respuesta al atenolol inmediata.

Por otra parte, los datos hasta el momento sobre el uso de las benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam, bromazepam), tampoco aconsejan su elección. El alprazolam parece reducir los síntomas, pero la tasa de recaídas es muy alta cuando se deja de tomar el fármaco (Aouizerate, Martin-Guehl & Tignol, 2004; Gelernter et al., 1991; Reich & Yates, 1988). Lo mismo ocurre con el clonazepam, que además provoca un efecto sedante excesivo, dificultades de concentración, problemas sexuales y problemas de coordinación, como efectos secundarios (Connor, et al., 2000; Davidson, Ford, Smith & Potts, 1991; Ontiveros & Fontaine, 1990; Reiter, Pollack, Rosenbaum & Cohen, 1990). Finalmente, aunque el bromazepam ha mostrado eficacia para reducir los síntomas (Blanco, Antia & Liebowitz, 2002) también conlleva efectos secundarios, tales como somnolencia y problemas de memoria, además de haber mostrado su eficacia sólo ante situaciones placebo (Versiani, Nardi & Mundim, 1989; Versiani, et al., 1997).

Con respecto a los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) (fenelzina, tranilcipromina), los problemas son similares a las benzodiazepinas: gran número de recaídas y efectos secundarios numerosos, tales como insomnio, aumento de peso, disfunciones sexuales, etc. Además, su administración supone restricciones en la dieta de los pacientes, lo cual reduce los alimentos ricos en tirosina y un alto riesgo de sufrir crisis hipertensivas. Las MAOIs han mostrado una respuesta positiva en estudios en los que han utilizado fenelzina (Gelernter et al., 1991; Liebowitz et al., 1992), pero menor al atenolol (Turner, Beidel & Jacob, 1994). Sin embargo, a pesar de que hay datos que apoyan su eficacia, los clínicos raramente escogen las MAOIs como su primera opción al tratar la fobia social, debido a sus efectos secundarios (Brunello, et al., 2000)

No hay datos confiables o estudios que tengan rigor experimental respecto a los antidepresivos tricíclicos (clomipramina, imipramina), a pesar de que se han utilizado en algunos casos para el tratamiento de la fobia social y la ansiedad generalizada (Botella, et al., 2003; Boulenger & Capdevielle, 2007).

Actualmente, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) (fluoxetina, flovoxamina, sertralina, paroxetina) han mostrado buenos resultados para el manejo de la fobia social. Sin embargo, se están realizando los estudios que buscan corroborar la eficacia de este grupo de fármacos (Bhogal & Baldwin, 2007). Por otra parte la paroxetina está recibiendo gran atención y los resultados parecen ser prometedores (Allgulander, 1999; Allgulander, et al., 2004; Baldwin, Bobes, Setin, Scharwachter & Faure, 1999; Liebowitz et al., 2002; Manzini & Van Ameringen, 1996; Stein, et al., 1996; Wagner, et al., 2004). Los escasos efectos secundarios que produce y la evidencia de estudios controlados apoya su eficacia, específicamente del uso de la sertralina (Blomhoff et al., 2001; Connor, Davidson, Chung, Clary & Yang, 2002), fluvoxamina (Stein, Fyer, Davidson, Pollack, & Wiita, 1999; Davidson, et al., 2004), y paroxetina (Allgulander, et al., 2004; Baldwin, et al., 1999), lo que los convierte en la intervención farmacológica más atractiva actualmente para el tratamiento de la fobia social.

### **4.3 Tratamiento Cognitivo Conductual**

En la terapia cognitivo-conductual, los objetivos son reducir la influencia del pensamiento disfuncional, incrementar la solución activa del problema y construir una perspectiva de afrontamiento funcional, apoyándose en experiencias conductuales de implicación emocional (Kendall, 1997).

Específicamente el tratamiento se dirige a:

Los aspectos cognitivos, es decir, a los modelos de pensamiento problemáticos que contribuyen al malestar ansioso. Se modifican los pensamientos distorsionados asociados a las situaciones que provocan la evitación y se facilita en último término la exposición; y los aspectos conductuales relacionados con la evitación que mantiene el malestar del niño. Se incluye principalmente la técnica de exposición en vivo y de imaginación para reducir la ansiedad que genera la interacción social. Aunque esta técnica es necesaria, puede resultar insuficiente por sí sola debido a diversas dificultades técnicas como la naturaleza imprevista y la naturaleza breve de muchas interacciones sociales, lo cual puede impedir que se mantenga la situación hasta que se produzca el descondicionamiento tal y como se exige en la exposición.

Numerosas investigaciones han demostrado que el tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social produce una importante mejora de este trastorno. La terapia cognitivo-conductual utiliza la reestructuración cognitiva, la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y algunas técnicas para el control de la ansiedad tales como la respiración y la relajación (Albano & Kendall, 2002; Baer & Garland, 2005; Olivares & García-López, 2001). Enfatiza el proceso de aprendizaje y la influencia de las contingencias y los modelos del entorno a la vez que subraya la importancia central del procesamiento individual de la información relevante (Kendall, 1997).

Gran parte del interés creciente en el estudio de la fobia social se ha centrado en el diseño y puesta a prueba de programas de tratamiento cognitivo-conductuales. Aunque los primeros diseños se centraban en la aplicación aislada de diversos componentes, esto ha cambiado con el paso del tiempo.

La reestructuración cognitiva se aplica siguiendo la línea de Beck (1997) con la finalidad de corregir los errores cognitivos típicos de los fóbicos sociales, dotarles de mayores recursos para afrontar las situaciones temidas y prevenir las recaídas.

También se emplean técnicas de entrenamiento en habilidades sociales que incluyen modelado por parte del terapeuta, ensayos de conducta, información para corregir deficiencias, reforzamiento social y práctica entre una sesión y otra (Heimberg, 2002). Los estudios que ponen a prueba los programas de entrenamiento en habilidades sociales como tratamiento de la fobia social no presentan datos concluyentes respecto a su eficacia (Falloon, et al., 1981; Marzillier, Lambert & Sëller, 1976; Mersch, Emmelkamp, Bögels & Van der Sleen, 1989; Öst, Jerremalm & Johansson, 1981; Trower, Yardley, Bryant & Shaw, 1978). En general los estudios revisados muestran que el entrenamiento en habilidades sociales muestra una cierta eficacia en el tratamiento de la fobia social, pero no se ha podido demostrar empíricamente que este entrenamiento por sí solo sea superior a una condición control, ya que en el único estudio en el que se incluye un grupo control adecuado, el entrenamiento en habilidades sociales no resultó superior (Marzillier, Lambert, & Kellett, 1976), pero sí cuando se

comparó con un grupo control que recibió tratamiento cognitivo-conductual pero sin entrenamiento en habilidades sociales (Herbert, et al., 2005).

Con respecto a la exposición, algunos trabajos que ponen a prueba su eficacia como tratamiento único para la fobia social son los de Alstrom, Nordlum, Persson, Harding & Ljungqvist, 1984; Fava, et al., 2001; Butler, Cullington, Munby, Amies & Gelder, 1984; Emmelkamp, Mersch, Vicia & Van der Helm, 1985; Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters & Clarke, 1989; Mulkens, Bögels, Jong & Louwers, 2001; Olivares & García-López, 2002; Olivares, Rosa & Olivares-Olivares, 2006; Pina, Silverman, Fuentes, Kurtines & Weems, 2003; Turner, Beidel & Jacob, 1994. Todos estos estudios apuntan a que la exposición es eficaz para el tratamiento de la fobia social. Sin embargo, parece que el mantenimiento de los logros terapéuticos puede beneficiarse de las técnicas cognitivas (Fresco & Heimberg, 2001; Heimberg, 2001; Smits, Powers, Buxkamper & Telch, 2006), ya que la exposición como tratamiento único de la fobia social se ha asociado en algunas ocasiones con un descenso de los logros terapéuticos en los seguimientos (Alstrom, et al., 1984; Newman, Hofmann, Trabert, Roth & Taylor, 1994; Rubin, Spates, Johnson & Jouppe, 2009). Algunos autores afirman que las posibles limitaciones de la exposición pueden deberse a que el exponerse a situaciones sociales no siempre conlleva la exposición al miedo primario, es decir, a la evaluación negativa por parte de los demás (Butler, 1985; Wells & Clark, 1997) y que este miedo puede abordarse mejor con la combinación de la exposición y la terapia cognitiva.

Wells y Papageorgiou (1998) presentan datos que demuestran que la eficacia de la exposición aumenta si se utilizan instrucciones que ayuden al paciente a focalizar lo que está ocurriendo en la situación. Sin embargo, otra estrategia es la utilización de “conductas de seguridad” aunque puede deteriorar la eficacia de la exposición. Evaluar las conductas de seguridad que están presentes y dar instrucciones de no realizarlas durante la exposición mejora la eficacia de esta técnica terapéutica.

Una estrategia que también se ha utilizado de manera aislada en el tratamiento de la fobia social es la terapia cognitiva. Existe una amplia literatura de investigación que ha analizado la eficacia de las técnicas cognitivas en el tratamiento de la fobia social (Emmelkamp, et al., 1985; Jerremal, Johansson, & Öst, 1986; Kanter & Golfried, 1979; Mersch, et al., 1989). Aunque algunos estudios sugerían que la terapia cognitiva no aumenta la mejoría conseguida con la exposición (Fava, et al., 2001), éstos no contaban con un grupo control, lo que los limitaba metodológicamente.

Heimberg, Becker, Goldfinger y Vermilyea (1985) combinaron exposición en imaginación guiada, desempeño o representación de papeles o roles, reestructuración cognitiva y tareas para casa. Encontraron que esta combinación mostraba una mejoría significativa en el post tratamiento y en el seguimiento a los seis meses, con respecto a la ansiedad social, al miedo a la evaluación negativa y en la ejecución de un test de ejecución conductual. Posteriormente, Heimberg, et al. (1997) compararon un programa cognitivo-conductual compuesto por psicoeducación, reestructuración cognitiva, modelamiento y exposición en vivo, con una condición control (placebo). Encontraron una mejoría significativa del tratamiento combinado. Además los pacientes siguieron mejorando en el seguimiento a los seis meses y cinco años (Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993). Por último Hope, Heimberg y Bruch (1995) también compararon la eficacia de su programa cognitivo-conductual con

una condición de exposición sola y un grupo de control en lista de espera. Las dos condiciones de tratamiento resultaron más eficaces que la condición control en el postratamiento y el seguimiento a los seis meses.

Otro estudio que también estudió la eficacia de la combinación de tratamientos cognitivos con conductuales fue el de Schooling y Emmelkamp (1993) quienes compararon la eficacia de tres condiciones de tratamiento, exposición en vivo, terapia cognitiva seguida de exposición y terapia cognitivo-conductual que combinaba e integraba la exposición y la reestructuración cognitiva. Los resultados indicaron que los tres grupos fueron eficaces en aspectos clave como el miedo, la evitación y las creencias disfuncionales. En el seguimiento a los tres meses se encontró que el programa de exposición más terapia cognitiva resultaba superior.

Finalmente, Salaberría y Echeburúa (1995) pusieron a prueba la eficacia de la combinación de técnicas cognitivas y conductuales; compararon la eficacia de la auto exposición en vivo y la auto exposición en vivo más la terapia cognitiva con un grupo control en lista de espera. Sin embargo, la conclusión a la que llegaron estos autores es que sus datos no justificaban la utilización de la terapia cognitiva en la fobia social, aunque señalaban que para algunos pacientes podría ser benéfica.

En los últimos años, los estudios realizados con fóbicos sociales son escasos, en la tabla 4.1 se presentan los estudios de los últimos 5 años que arrojan información acerca de tratamientos de niños y adolescentes con fobia social.

TABLA 4.1. Estudios de tratamientos realizados en los últimos 5 años para fóbicos sociales

Autor	Año	Tratamiento	Población			Formato		Variables depend e independ				Grupos			Evaluación		Signific				
			Grav	Clin	Niños	Adol	Ind	Grup	Participantes	Papás	Crianza	Otras	Tx	Ctrol	LE	Pre		Post	Seg	Estad	Clin
Baer & Garland	2005	EHS + Exp vs LE	X	X			X						X							X	
Bernstein, et al.	2005	TCC vs TCC+P	X	X			X						X							X	
Flannery-Schroeder, et al.	2005	TCCG vs TCCInd	X	X			X						X							X	
Masia, et al.	2005	TCC vs LE	X	X			X						X							X	
Olivares, et al.	2005	TCC vs LE	X	X			X						X							X	
Siqueland, et al.	2005	TCC vs TCC+Fam	X	X			X						X							X	
Bögels & Siqueland	2006	TCC+Fam	X	X			X						X							X	
Olivares, et al.	2006	TCC vs TCC+6Ind	X	X			X						X							X	
Pastor & Sevilla	2006	TCCG + Exp + EHS + Exp Cond	X	X			X						X							X	
Wood, et al.	2006	TCC+P	X	X			X						X							X	
Beidel, et al.	2007	TCC vs Fluoxetina vs Placebo	X	X			X						X							X	
March, et al.	2007	Venlafaxina vs Placebo	X	X			X						X							X	
Masia, et al.	2007	TCC vs Placebo(atención)	X	X			X						X							X	
Olivares-Olivares, et al.	2007	TCC vs Trans info vs LE	X	X			X						X							X	
Rosa, et al.	2007	TCC vs Techn Estud con Interac	X	X			X						X							X	
Valles, et al.	2007	TCC vs Estrat Aprendiz vs LE	X	X			X						X							X	
Victor, et al.	2007	TCC+P	X	X			X						X							X	
Kraske, et al.	2008	Condición vs Extinción	X	X			X						X							X	
Olivares-Olivares, et al.	2008	TCC vs TCC+6Ind vs TCC+12Ind	X	X			X						X							X	
Gil-Bernal & Hernández-Guzmán	2009	TCC vs TCC+P vs LE	X	X			X						X							X	
Herbert, et al.	2009	TCC vs TCCInd vs Psico	X	X			X						X							X	
Olivares, et al.	2009	TCC vs Trans info vs LE	X	X			X						X							X	
Sánchez-García & Olivares	2009	TCC vs LE	X	X			X						X							X	
Waters, et al.	2009	TCCG + Papás vs Papás	X	X			X						X							X	

TCC=Terapia Cognitivo-conductual; TCCG=TCC en formato grupal; TCCInd=TCC en formato individual; TCC+Fam=TCC con implicación familiar; TCC+P=TCC con participación de padres; Cond=Condicionamiento; EXP=Exposición; EHS=Entrenamiento en Habilidades Sociales; LE=Lista de espera; 6Ind=6 sesiones individuales; 12Ind=12 sesiones individuales; Trans Info= Transmisión de información; Techn Estu con Interac= Técnicas de estudio con interacción; Estrat Aprendiz=Estrategias de Aprendizaje

En la Tabla 4.1 se aprecian los estudios identificados y recuperados del año 2005 a la fecha, cuyo objetivo ha sido examinar algún tipo de tratamiento para la fobia social. Se citan 24 estudios que sometieron de alguna forma la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y terapia farmacológica.

Se encontró que la mayoría de éstos se basan en la terapia cognitivo-conductual, ya sea para probar un componente de forma independiente, la combinación de componentes o bien para someter a prueba algunas variables consideradas como relevantes en el estudio de la fobia social, tales como la participación de la familia (padres) en el tratamiento. Han ido surgiendo datos que entrañan el uso de otras herramientas dentro de la terapia que podrían beneficiar o disminuir costos y tiempo a los usuarios y que en la mayoría de los estudios se ha utilizado la exposición como parte del tratamiento.

Cabe subrayar que en los últimos 5 años no hay datos empíricos suficientes como para poder realizar comparaciones entre estudios y analizar los factores metodológicos que se pusieron a prueba en cada caso. De los estudios encontrados en esta revisión, ocho incluyeron la participación de la familia, y sólo uno de ellos no involucró a los padres como clientes directos dentro de la terapia del niño. Como puede observarse en la tabla 4.1, de los 24 estudios en 11 estudios se dirigió el tratamiento a niños. De aquí la importancia de realizar investigación que permita obtener datos clínicamente significativos con respecto al papel que desempeñan los padres dentro de la terapia. La literatura de investigación en población infantil con fobia social es escasa aún, de ahí la necesidad de trabajos guiados bajo dichas premisas.

Como se aprecia, hay diferentes estudios que se han enfocado a probar la eficacia de componentes específicos de la terapia cognitiva o a bien conocer combinaciones de la terapia cognitiva con aspectos conductuales. También se cuenta con estudios que utilizan como estrategia metodológica el metaanálisis. A continuación se presentan los más representativos:

Uno de los más citados es el de Feske y Chambless (1995) en el que compararon la eficacia de los tratamientos combinados cognitivo-conductuales y la terapia de exposición. Del análisis de 21 estudios (12 con tratamientos combinados y 9 con exposición), los autores concluyeron que ambos tipos de programas eran igualmente eficaces tanto en el post tratamiento como en el seguimiento en medidas relevantes de la fobia social.

Por su parte, Taylor (1996) realizó un metaanálisis en donde comparó seis condiciones distintas: control en lista de espera, condición placebo, exposición, terapia cognitiva, exposición más terapia cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Su objetivo era saber si las condiciones de tratamiento eran más eficaces que las condiciones de control, si la terapia cognitiva potenciaba los resultados de la exposición cuando estas dos técnicas se combinaban y, por último, si los logros terapéuticos se mantenían en los seguimientos. Se incluyeron 42 ensayos clínicos pertenecientes a 24 estudios.

La mayoría de los programas de tratamiento utilizaron el formato grupal, la media de sesiones fue de 9 y el periodo de seguimiento más habitual fue de tres meses. Los resultados indicaron que todas las condiciones de tratamiento eran más eficaces que la condición en lista de espera y presentaban

tasas de abandono similares (15%). Por otra parte, sólo la condición de terapia combinada fue superior a la condición placebo. La exposición y la terapia combinada presentaban un tamaño del efecto mayor en el post tratamiento. Respecto al mantenimiento de los logros terapéuticos, se observó un aumento en el tamaño del efecto en el seguimiento en todos los casos.

En un metanálisis, como el de Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap (1997) no sólo se analizaron los tratamientos cognitivo-conductuales, sino los tratamientos farmacológicos. Se analizaron 24 estudios que ofrecían datos de 40 programas de intervención, y en todos hubo una condición de grupo control. Los tratamientos cognitivo-conductuales que se incluyeron fueron: la exposición, la terapia cognitiva, combinación de exposición y terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, desensibilización sistemática y técnicas de relajación. Respecto a los tratamientos farmacológicos se incluyeron benzodiazepinas, betabloqueadores, IMAOs e ISRSs. En lo que se refiere a los tratamientos cognitivo-conductuales tuvieron una duración media de 15 sesiones, el formato grupal fue el más utilizado. Las tasas de abandono fueron similares (10%), aunque el entrenamiento en habilidades sociales fue el que presentó una tasa menor. Los resultados indicaron que la exposición sola o en combinación con la terapia cognitiva consiguió el tamaño de efecto mayor. La terapia cognitiva sola y el entrenamiento en habilidades sociales obtuvieron un tamaño de efecto moderado. Los logros se mantuvieron en los seguimientos, los que en su mayoría tuvieron una duración de tres meses. El formato utilizado (individual o grupal) no influyó en la eficacia del tratamiento. Con lo que respecta a los tratamientos farmacológicos, la tasa de abandono fue de alrededor del 14% y el tamaño del efecto fue mayor para los ISRSs, seguidos de la flovoxamina y sertralina. Con un tamaño menor las benzodiazepinas, el alprazolam y el clonazepam y finalmente los IMAOs, la fenelzina y la moclobemida. El tamaño del efecto del betabloqueador atenolol fue negativo. Sólo dos estudios presentaron datos de tratamientos combinados (farmacológicos y psicológicos).

Van der Linden, Stein y Van Balkom (2000) realizaron un metanálisis que incuyó 25 ensayos clínicos, en los que se sometía a prueba la eficacia de la fluoxetina, fluvoxamina, citalopran, sertralina y paroxetina. Los resultados mostraron que éstos eran eficaces en el tratamiento de la fobia social después de 12 semanas de tratamiento y que no aparecían diferencias entre ellos. Recomiendan los ISRSs como el tratamiento farmacológico de elección para la fobia social, aunque al no estar demostrado el mantenimiento de los logros terapéuticos, es conveniente combinarlas con estrategias cognitivo-conductuales.

Otro estudio metaanalítico fue el realizado por Moreno, Méndez y Sánchez-Meca (2000) en el que incluyeron 39 estudios. Los resultados indicaron que el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, la exposición y la combinación de estas técnicas son eficaces para el tratamiento de la fobia social. No obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tratamientos, de tal forma que los programas combinados no resultaron superiores a la exposición sola y tampoco a la reestructuración cognitiva sola, ni en función del formato utilizado.

Por su parte, Fedoroff y Taylor (2001) incluyeron 108 estudios en su metanálisis. Compararon tratamientos psicológicos y farmacológicos; control de lista de espera, placebo farmacológico, benzodiazepinas, ISRSs, IMAOs, placebo psicológico, exposición, reestructuración cognitiva,

exposición más reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación aplicada. Los resultados mostraron un tamaño del efecto mayor para las benzodiazepinas y los ISRSs, entre los cuales no se encontraron diferencias. Los tratamientos psicológicos también resultaron eficaces y tampoco se encontraron diferencias entre estos. Además, aunque a corto plazo, los tratamientos farmacológicos superaron a los psicológicos, a largo plazo no pudieron ofrecer conclusiones. Los autores recomiendan los ISRSs como tratamiento de elección para el tratamiento de la fobia social, pero también aconsejan la aplicación de programas cognitivo-conductuales para el mantenimiento del cambio terapéutico.

A pesar de las revisiones y de los estudios señalados anteriormente, los estudios con niños con fobia social son prácticamente escasos por lo que no hay muchos datos informen de la eficacia del tratamiento dirigido a los niños. Un estudio metaanalítico realizado por Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgiles y López-Gollonet (2003) aporta información acerca de la eficacia de los tratamientos en niños y adolescentes para el manejo de la fobia social. Su trabajo incluyó 13 estudios que dieron lugar a 26 estudios independientes, 20 grupos de tratamiento y 6 de control. Los resultados indican que tanto los tratamientos psicológicos como los farmacológicos fueron eficaces para la fobia social en niños. Con respecto a los paquetes de tratamiento utilizados en esta población, el IAFS (Olivares & García-López, 1998), aplicado en 9 ensayos clínicos controlados dentro de este estudio, mostró los mejores resultados en la reducción y/o eliminación de la sintomatología de la fobia social generalizada. Mostró diferencias importantes tanto al finalizar el tratamiento como durante el seguimiento. No fue posible analizar la eficacia diferencial de los distintos componentes, ya que la mayor parte de los estudios no proporcionan esa información. Sin embargo, sí se observó que la exposición en vivo y audiovisual fueron los más utilizados y los que alcanzaron mayores resultados respecto a su eficacia. Por otra parte, encontraron que la combinación de sesiones grupales e individuales alcanzó los mejores resultados. Con lo que respecta a la comparación entre tratamientos psicológicos y farmacológicos, ésta no pudo llevarse a cabo ya que sólo se encontró un estudio dirigido a población infantil que combinaba estos dos. Respecto al lugar donde se llevó a cabo el tratamiento, se encontró que el mayor tamaño del efecto fue para la aplicación del tratamiento en un ambiente educativo.

#### ***4.3.1 Exposición situacional mediante realidad virtual***

La exposición permite al paciente aprender a romper la asociación entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones, que las consecuencias negativas anticipadas no ocurren y que, por tanto, no hay base para el miedo y que puede controlar la ansiedad sin emplear las técnicas de afrontamiento.

La exposición en vivo es una técnica necesaria, pero, por sí sola insuficiente. La duración de un tratamiento de exposición variará en función del número de situaciones temidas.

La realidad virtual es una tecnología que crea una nueva definición de Interacción Humano Computadora (IHC). Esto incluye la relación entre el hombre y la tecnología, específicamente de una computadora. Utilizar una interfaz con la computadora, le permite al usuario interactuar con un sistema

computacional por medio de la utilización de este programa simular diferentes condiciones. En el caso de la simulación virtual para el tratamiento de la fobia social, el sistema crea situaciones sociales fóbicas específicas. Por ejemplo, la simulación de escenarios que recreen un público o interacciones sociales, etc.

La realidad virtual para el tratamiento de la fobia social consiste en llevar a cabo las técnicas de la terapia cognitivo-conductual pero mediante programas computacionales diseñados para tal fin. La reestructuración cognitiva, el entrenamiento o tareas de respiración y relajación, el entrenamiento en habilidades sociales y la exposición son componentes utilizables dentro de la simulación social mediante realidad virtual.

Se tenía ya conocimiento, de acuerdo a la literatura de investigación, que la terapia de exposición en vivo ha mostrado ser eficaz para el manejo de este trastorno. Mediante la realidad virtual, los pacientes se exponen a una situación temida que poco a poco deja de causar malestar.

El método convencional de exposición había sido en vivo. Con la exposición mediante Realidad Virtual (VR), el paciente tiene acceso a un número determinado de situaciones sociales diseñadas para el sistema de cómputo. Cuando el individuo se encuentra frente a la computadora, y logra identificar (después de entrenamiento) sus miedos en las situaciones, el sistema le pide una respuesta. El paciente finalmente recibe al final la retroalimentación a sus respuestas.

La realidad virtual parece tener algunas ventajas. Le permite al fóbico social exponerse a numerosas situaciones y así, lograr un mayor avance en menos tiempo. Es necesario realizar más estudios que permitan realizar comparaciones con modelos tradicionales, usando las mismas técnicas o la combinación de éstas.

En lo que respecta a la realidad virtual, actualmente no hay muchos datos que apoyen si es o no un tratamiento que favorece la disminución de sintomatología asociada al trastorno de fobia social, ya sea utilizado de forma independiente, o bien combinado con algún otro tratamiento que ya haya probado su eficacia.

Gruber, Moran, Roth y Taylor (2001) compararon la eficacia de 8 sesiones asistidas por computadora con un grupo de 12 sesiones sin computadora, así como con un grupo en lista de espera. La computadora se programó para ayudar a los participantes en tareas de reestructuración cognitiva. Una alarma de la computadora sonaba cada mañana para recordar al paciente que tenía que enfrentarse a una situación que le provocara ansiedad ese día. Los resultados mostraron que las 8 sesiones asistidas por computadora en la terapia de grupo redujeron con igual eficacia los síntomas de ansiedad de la fobia social, que las 12 sesiones en el grupo sin computadora.

Przeworski y Newman (2004), en un estudio de caso en el que se aplicó un programa de computadora, que incluía una función diaria para automonitorear la ansiedad, así como una guía para practicar la relajación, la reestructuración cognitiva y el auto control. Los resultados muestran una disminución significativa en la sintomatología asociada a la fobia social al utilizar dicho programa. Sin

embargo, ya que se trata de un estudio de caso las conclusiones derivadas de este resultado no son contundentes.

#### ***4.3.2 Tratamiento Cognitivo-conductual con participación familiar***

La participación de la familia incluye la interacción entre los terapeutas y los padres para evaluar y establecer las metas del tratamiento, compartir impresiones y estimular la colaboración familiar.

Aunque la mayoría de los terapeutas cognitivo-conductuales aprueban la importancia de la participación de los padres en el tratamiento, una revisión de Albano (1995) ha encontrado que la inclusión de los padres en el proceso de tratamiento ha sido la excepción más que la regla. El entrenamiento de los padres en el uso de estrategias específicas para manejar los problemas del niño, mejorar la resolución de los problemas matrimoniales y familiares y la comunicación, y el ajuste psicosocial propio de los padres, son algunas de las estrategias que parecen estar asociadas con mejores resultados de las intervenciones clínicas en la infancia (Barrett, 1998). La inclusión de los padres ha implicado también la consideración de los mismos de su propia experiencia ansiosa y de sus intentos de afrontamiento de las situaciones que les provocan ansiedad, como la ansiedad que les genera conceder autonomía al niño. Algunos estudios han sugerido que los niños que tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad provienen de entornos familiares caracterizados por una organización rígida y de control, que proporcionan menos independencia a los niños, y toleran menos la expresión de ira y otras emociones negativas (Drake & Kearney, 2008; Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996).

Por ejemplo, Barrett (1996, 1998) evaluó la eficacia de un programa cognitivo-conductual con la intervención de los padres llevado a cabo junto con el entrenamiento de los padres para manejo de la ansiedad en un formato grupal. El programa consistía en el entrenar a los padres, mediante un formato grupal, a usar estrategias para manejar la ansiedad y las conductas de evitación del niño. Se les ayudaba a tratar sus propios problemas de ansiedad, a resolver los problemas familiares, además de trabajar junto con el niño en el programa cognitivo conductual.

Barret (1998) propuso tres contenidos específicos::

1º: Entrenar a los padres a usar estrategias de manejo de contingencias: entrenar a los padres a premiar las conductas de valentía y a extinguir la ansiedad excesiva del niño, a reforzar mediante halagos verbales, privilegios y premios tangibles contingentes al afrontamiento de las situaciones temidas, extinción de quejas excesivas, ignorándolas y únicamente guiando las estrategias de afrontamiento. El entrenamiento se llevó a cabo mediante representación de roles con ejemplos de las conductas temerosas de sus niños en el grupo.

2º: Entrenar a los padres a manejar sus propios problemas emocionales. Lo cual permite concientizarse de sus propias respuestas de ansiedad en situaciones estresoras, en el modelo de resolución de problemas y de respuestas activas a las situaciones temidas.

3º: Entrenar a los padres a usar estrategias de comunicación y resolución de problemas. Esto es en pareja para aumentar la capacidad de trabajo en equipo para solucionar problemas futuros y mantener las ganancias terapéuticas una vez terminada la terapia. Este entrenamiento incluye: a) entrenar a usar estrategias para reducir conflictos sobre aspectos de la crianza del niño y mantener un acuerdo y consistencia en el manejo de las conductas temerosas del niño; b) entrenar a usar estrategias de escucha para las discusiones diarias; y c) entrenar a resolver problemas familiares y de trato hacia el niño.

En conclusión, de acuerdo con la literatura de investigación, la mayoría de los estudios han empleado técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales (HHSS), entrenamiento en relajación, técnicas cognitivas y la combinación de éstas. Recientemente, se han realizado varias revisiones sobre la eficacia de los procedimientos cognitivo-conductuales para el tratamiento de la fobia social. De aquí, se sabe que la técnica más utilizada es la exposición, seguida del entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva (RC), todas con resultados positivos. Otras revisiones y estudios recientes (Feske & Chambless, 1995; Gould, Buckminster, & Pollack, 1997; Hernández-Guzmán, González & López, 2002; Marks, 1995; Otto, Smits & Reese, 2004; Rapee, Gaston & Abbott, 2009; Rodebaugh & Chambless, 2004; Rubin, et al., 2009) coinciden en que los procedimientos más eficaces son la exposición y su combinación con la reestructuración cognitiva. No todos los estudios llegan a la misma conclusión, así, otros autores señalan que la terapia cognitiva no añade nada a la exposición (Mersch, 1995), o que las técnicas de exposición, HHSS y la RC no difieren respecto a su eficacia (Méndez, Sánchez & Moreno, 2001). Por otro lado, también se ha podido destacar el formato (grupal o individual) como un factor que afecta el tratamiento (Aderka, 2009; Barret, 1998; McEvoy, 2007; Stangier, Heidenreich, Lauterbach & Clark, 2003) y el aumento de la mejora de los resultados del postest al seguimiento (Moreno, Méndez & Sánchez, 2000).

Respecto a los tratamientos farmacológicos, distintos estudios sugieren que la fobia social puede remitir ante modalidades de esta intervención. Se ha utilizado fármacos inhibidores de la mono aminoxidasa (IMAO), tanto reversibles como irreversibles, betabloqueadores, benzodiazepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), etc. Destaca la eficacia de los ISRS frente al resto.

Los estudios que se han centrado en la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos son muy escasos. En el meta-análisis de Gould, et al. (1997) no se encontraron diferencias entre la terapia cognitivo-conductual y los tratamientos farmacológicos, destacando de entre los últimos los ISRS y las benzodiazepinas. Un estudio posterior (Heimberg, Liebowitz & Hope, 1998) concluyó que la fenelzina (IMAO) es tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual e incluso podía llegar a ser superior a ésta. Mientras que Beidel, et al., (2007) compararon la eficacia de la terapia cognitivo conductual y la fluoxetina en un grupo de niños y adolescentes con fobia social y encontraron que aunque en ambos grupos se observó remisión del trastorno, con el tiempo la terapia psicológica brindaba un beneficio extra a los pacientes.

A pesar de que los resultados de los tratamientos mencionados anteriormente muestran diferencias claras unos de otros, en la última década los servicios de salud mental han comenzado a

seleccionar criterios para optar por tratamientos eficaces. Esta búsqueda coincide con la idea general de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia. Las nuevas preguntas que los investigadores se hacen sobre la psicoterapia son: ¿qué tratamientos, llevados a cabo por quién, son más efectivos para un individuo en particular, con un problema específico y que está en una circunstancia determinada?

#### 4.4 Significancia Clínica

La significancia clínica es el indicador más empleado en la investigación de resultados sobre la eficacia de los tratamientos en psicología. Se define como el regreso del paciente a un funcionamiento normal. Para algunos trastornos este criterio puede ser muy riguroso, esta definición supone que los pacientes comienzan una terapia con la expectativa de que sus problemas desaparezcan.

Otra consideración para la significancia clínica es que la magnitud del cambio para un individuo debe ser estadísticamente significativa (Nietzel & Trull, 1988). El producto final debería ser considerado como un cambio clínicamente significativo y por ende:

La magnitud tiene que ser estadísticamente significativa y al final de la terapia, el paciente tiene que estar dentro de la normalidad y funcionar personal y socialmente bien.

Si el paciente muestra un cambio estadísticamente significativo pero termina la terapia aún con alguna sintomatología disfuncional, entonces el paciente se le clasifica como “mejorado, pero no recuperado”. Si el paciente termina en un rango funcional y termina la terapia, pero la magnitud del cambio no es estadísticamente significativa, entonces no podemos decir que es nuestra terapia la que determinó que el cambio fuera clínicamente significativo. Finalmente, si la magnitud del cambio es estadísticamente significativa y el paciente termina la terapia dentro de los parámetros normales de la variable de estudio, el paciente se clasifica como “recuperado” (Jacobson, Roberts, Berns & McGlinchy, 1999).

Por su parte, Kazdin (1999) define significancia clínica como el valor práctico y/o aplicado de los efectos de un tratamiento sobre la conducta del paciente, es decir, evaluar si el tratamiento es responsable de un cambio real en la vida del paciente y de sus familiares o personas cercanas.

De esta forma, un cambio es clínicamente significativo en terapia, cuando el paciente pasa de un área disfuncional a una funcional durante o después del curso de ésta.

Entre los principales objetivos de la significancia clínica se encuentran los siguientes (Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984):

- Elegir entre los tratamientos existentes el que mejor cubra las necesidades del paciente.
- Indagar cuántos y quiénes se benefician con el tratamiento.
- Evaluar qué tan importante es el cambio que presenta el paciente durante y al final del tratamiento.

Un objetivo adicional es que los resultados de la investigación sean más accesibles para los terapeutas en la práctica clínica, dejando de lado resultados plagados de pruebas estadísticas complicadas y de difícil interpretación en el terreno clínico (Jacobson & Truax, 1998).

#### **4.5 Cambio estadísticamente significativo vs cambio clínicamente significativo**

Jacobson, et al. (1984) habían argumentado que no podía afirmarse que un efecto de un tratamiento era clínicamente significativo si el cambio no ocurría durante el tratamiento (a pesar del grado de funcionamiento después del tratamiento).

Existen criterios claramente definidos para establecer la eficacia de un tratamiento. Para realizar investigación sobre su eficacia se requiere tomar en cuenta algunos criterios mínimos para garantizar su calidad metodológica. Para comparar la eficacia de un tratamiento con respecto a otro se requiere llevar a cabo un análisis comparativo que permita:

- Observar si el tratamiento promovió alguna mejoría en el paciente o determinar si ocurrió lo contrario.
- Comparar experimentalmente cuando menos dos condiciones de tratamiento.
- Identificar si alguno de los tratamientos fue el más adecuado para el paciente.
- Seleccionar el tipo de intervención más eficaz para cada población.

Como en toda investigación experimental de comparación entre grupos, se espera que los resultados sean estadísticamente significativos, que las diferencias observadas no se deban al azar, sino al efecto del tratamiento. Sin embargo, la significancia estadística se ve afectada por diversos factores: (1) La magnitud del efecto, (2) el tamaño de la muestra, (3) la confiabilidad del efecto, y (4) la sensibilidad de los instrumentos de medición utilizados. El problema fundamental con el análisis estadístico es que no siempre es posible mostrar cambios suficientemente grandes después del tratamiento (variable independiente) por lo que no siempre se le puede responsabilizar del resultado encontrado, aun cuando su efecto sea relativamente pequeño (Jacobson & Truax, 1998).

Con base en lo anterior, Jacobson, et al. (1984), Kazdin (1997, 1999) y Kendall (1998, 1999) han identificado cuatro limitaciones importantes por el uso de la estadística para determinar si un tratamiento es o no significativo: a) Su poder se basa en la comparación del promedio de respuesta o calificaciones de los pacientes sin tomar en cuenta la información de los efectos del tratamiento para cada uno en particular, b) Imponen un criterio para determinar el efecto de un tratamiento, el cual probablemente puede tener poca relevancia terapéutica para alcanzar el funcionamiento adecuado del paciente. Se puede caer en el error al concluir que el tratamiento produjo efectos significativos para el paciente con sólo un pequeño cambio en la variable de interés, c) La evaluación de la eficacia de un tratamiento a partir de los diseños de grupo refleja tenuemente la importancia social del cambio alcanzado por el paciente y, d) Los diseños de grupo no permiten monitorear las características del

proceso del cambio producido por la variable independiente, a lo largo de los diferentes momentos del tratamiento, ya que su lógica es de tipo transversal y no longitudinal. A menos que se hagan comparaciones intrasujetos con el ANOVA.

Al utilizar como criterio de evaluación la significancia clínica, el investigador puede esperar uno de los siguientes resultados:

Que al término de la intervención el paciente muestre un cambio estadísticamente significativo, pero siga siendo parcialmente disfuncional, entonces se le consideraría como mejorado, pero no recuperado, es decir, los resultados serían significativos estadísticamente, pero no clínicamente.

Si el paciente cae dentro del área de funcionalidad al final de la intervención, pero la magnitud del cambio no fue estadísticamente significativa, se concluye que se presentó un cambio clínicamente significativo con una mejora parcial, es decir, el paciente se encontraba en los límites exteriores de la población con funcionamiento normal y el tratamiento provocó un pequeño cambio que lo colocó en los límites internos de dicha población.

Si el cambio es estadísticamente significativo y el paciente termina en los límites funcionales de la variable de interés, se puede afirmar que el paciente se ha recuperado y el cambio es tanto estadística como clínicamente significativo.

## **4.6 Comparaciones normativas**

Para determinar si el cambio, producto del tratamiento, es clínicamente significativo, Jacobson, et al. (1984) propusieron como primer paso establecer distribuciones normativas de la variable de interés, tanto para la población funcional como para la población disfuncional. Posteriormente, una vez que los pacientes recibían tratamiento, comparar los puntajes de la variable de interés con las distribuciones que se obtuvieron antes de su aplicación. Comparar entre población funcional y disfuncional y situar al paciente en referencia a ambas poblaciones (Jacobson & Truax, 1998). De esta manera, las mediciones pre y postest de los pacientes indican la dirección del cambio (Kazdin, 1999; Kendall, 1998).

Generalmente, al inicio de la intervención los pacientes se sitúan dentro de la población disfuncional, cuando menos en cuanto a la variable de interés y se espera que conforme avanza el tratamiento las puntuaciones cambien en dirección al nivel de ejecución de la población funcional. Jacobson, et al. (1999) proponen tres formas de evaluación del cambio para determinar si los pacientes se han movido del área disfuncional hacia la funcional, las cuales son:

Cuando el investigador conoce la norma de ejecución de la población disfuncional. Se esperaría que al final del tratamiento los pacientes estuvieran dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población disfuncional (cuando el problema es un exceso conductual), o por dos desviaciones estándar arriba de la media (cuando el problema se trata de un déficit conductual). Este procedimiento

recibe el nombre de punto límite “a”, y se calcula con la media de la población más/menos el producto de la desviación estándar por dos (Jacobson, et al., 1984).

El investigador conoce únicamente la norma de ejecución para la población funcional. En este procedimiento el puntaje del paciente al final de la intervención tiene que caer al menos dos desviaciones estándar alrededor de la media de la población normal. Este procedimiento recibe el nombre de punto límite “b”. Se calcula, sumando a la media el producto de multiplicar la desviación estándar por dos y, por el otro, restando a la media el producto de multiplicar la desviación estándar por dos (Jacobson, et al., 1984).

El investigador conoce las normas tanto de la población funcional y disfuncional, por lo que se espera que el nivel de funcionamiento del paciente cambie de una población a otra en la dirección deseada. Este procedimiento recibe el nombre de punto límite “c” (Jacobson & Truax, 1998)

Jacobson y Truax (1998) recomiendan que cuando se dispone de las normas para la población funcional y disfuncional es preferible utilizar los puntos límites “b” o “c”. Si las distribuciones se traslapan en algún punto de las curvas, es preferible elegir el punto límite “c” como la mejor alternativa. En el caso de que las distribuciones no tengan contacto en algún punto de la curva, se tiene que elegir el punto límite “b”. Así, cuando no se conoce la distribución para la población funcional, la única opción posible es utilizar el punto límite “a”.

De acuerdo a Kendall (1998) y Kazdin (1999), algunas de las principales ventajas al utilizar comparaciones normativas son que indican al investigador si los datos permiten concluir que los sujetos del grupo disfuncional, al final del tratamiento, y los sujetos del grupo funcional son clínicamente equivalentes, que evalúan la efectividad del tratamiento contra un estándar de individuos que inicialmente eran disfuncionales, y que permiten comparar dos tratamientos y determinar cuál es el más efectivo para la población estudiada.

Por otra parte, un problema de las comparaciones normativas es que son procedimientos que establecen puntos límite con poblaciones extremas, lo que en ocasiones no permite distinguir a los pacientes que han cambiado significativamente, pero no lo suficiente para quedar dentro del rango de funcionamiento de la población funcional.

Por lo anterior, Jacobson y Truax (1998) proponen el empleo del índice de cambio confiable (ICC) que permite identificar y cuantificar el cambio que se genera en el paciente y proporciona información sobre los pacientes que cambian en mayor medida, en comparación con pacientes en los que el cambio sea mínimo o nulo.

## 4.7 Índice de Cambio Confiable (ICC)

Permite considerar la variabilidad de la respuesta al tratamiento de cada paciente en comparación con otros pacientes. Indica la proporción de paciente que mejoraron o recuperaron como resultado del tratamiento. Asimismo, determina si el grado de cambio es de suficiente magnitud para establecer que es significativo. Y finalmente permite valorar el cambio en el comportamiento de un paciente como resultado de un tratamiento específico, relacionar los resultados de pacientes distintos y observar si el cambio presenta significancia estadística.

En conclusión, los tratamientos para el manejo de trastornos específicos son diversos, y los resultados pueden variar significativamente. Desde hace algún tiempo se consideraba que las herramientas estadísticas eran necesarias para determinar si el tratamiento bajo evaluación resultaba mejor que otro. Actualmente los cambios significativos deben considerarse individualmente y en función del desempeño funcional cotidiano del paciente. Los beneficios de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos han ido en aumento. Jacobson y Truax (1998) señalan beneficios no sólo para investigadores, sino para clínicos y usuarios de las diferentes terapias.

Jacobson y Truax indican que mediante la investigación de resultados se identifica la proporción de pacientes que se benefician con el tratamiento empleado, aquéllos que no muestran cambio alguno, e incluso aquéllos que muestran algún efecto intermediario y que por lo tanto requieren un cambio de tratamiento. Esto ayuda a identificar los tratamientos que obtienen mejores resultados con problemas clínicos particulares o con grupos de pacientes específicos.

Por otra parte, permite valorar la magnitud del cambio observado y si dicho cambio es resultado del tratamiento. Finalmente en el caso de que se pueda comparar con una población normal, identifica y determina la distancia de la norma a la que se encuentra el paciente, es decir, (a) si se ha recuperado de manera tal que ha regresado a la norma, (b) si se encuentra en los límites, o (c) si aún permanece con los problemas de conducta iniciales.

## CAPITULO 5

# Factores de riesgo que afectan el éxito del tratamiento

A pesar de que la terapia cognitivo-conductual le permite al niño con fobia social reconocer sus sensaciones y reacciones somáticas a las situaciones sociales, aclarar sus pensamientos y desarrollar un plan para afrontarlas y posteriormente evaluar su desempeño y retroalimentarse, es necesario considerar otras variables que pueden influir en el tratamiento de la fobia social de los niños.

De acuerdo con la literatura de investigación, algunas variables moderadoras o mediadoras podrían afectar la respuesta al tratamiento. Los estudios de este tipo son escasos para la población infantil con fobia social. Sin embargo hay algunos autores que brindan información al respecto.

Southam-Gerow, et al. (2001) encontraron que entre otras variables, los altos niveles de síntomas depresivos en las madres se asocian con una respuesta menos favorable al tratamiento de los niños. De la misma forma, Crawford y Manassis (2001) mencionan que los niños que perciben más problemas en su familia no mejoraron tanto en su tratamiento

Estos hallazgos sugieren que hay factores que aporta la familia y los padres que afectan la probabilidad de éxito del tratamiento infantil (Aisenberg & Ell, 2005; Drake & Kearney, 2008; Hogue, et al., 2008; Victor, et al., 2007). Podríamos plantear como hipótesis que si se considera la psicopatología de los padres, así como el funcionamiento familiar dentro del tratamiento, se beneficiaría el desempeño y los resultados del tratamiento de los niños (Alfano, et al., 2009; Chu & Harrison, 2007)

De acuerdo con la literatura de investigación, sobre la eficacia de los tratamientos de trastornos, tales como el antisocial, agresivo y opositor desafiante, el incluir a los padres ha mejorado el éxito del tratamiento (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007; DeRosier & Gilliom, 2007; Kazdin, 1997; Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Nock, Ferriter & Holmberg, 2007; Woolfenden, Williams & Peat, 2002; Waters, et al., 2009).

Una ventaja de incluir a los padres en el tratamiento es que éstos pueden mantener las ganancias y el éxito en el cambio del niño al finalizar la terapia. Esto es, se facilita la transferencia del control al padre y del padre al niño. El entrenamiento a padres incluye el dotarles de las habilidades para mantener motivados a los niños durante el tratamiento y al final de éste.

De acuerdo con estudios del tratamiento de la ansiedad en general, la participación de los padres en el tratamiento de ansiedad de sus hijos aumenta en un 30% en el número de niños beneficiados con

el tratamiento. Además los cambios son más resistentes a lo largo del tiempo que cuando se aplica el tratamiento únicamente al niño. Asimismo, se reduce el número de conductas de evitación. Aunque en ambos casos los niños muestran una disminución de los síntomas de evitación, en la condición en la que los padres participan, los cambios parecen ser más resistentes y consistentes con el paso del tiempo (Barrett, et al., 1996).

Se ha propuesto que si la relación del niño con sus padres es ansiosa o bien que sus padres son parte de la causa del problema de la fobia de sus hijos, éstos deben participar en el tratamiento en forma activa para que sean parte de la solución. Los padres pueden tener dificultades para motivar a sus hijos, si ellos mismos no encarar la situación ansiógena (Beidel & Turner, 1998; Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner & Hedtke, 2004).

Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis y Shaw (1999) compararon diferentes condiciones de tratamiento, (1) niño solo, (2) padres solos y (3) niño-padres. La edad de los niños con síntomas clínicamente significativos de ansiedad en general que participaron varió entre 7 y 12 años de edad. Todos los grupos mostraron mejora en sus síntomas de ansiedad sin registrar diferencias significativas entre grupos. Sin embargo, el grupo de tratamiento niño-padres mostró estrategias de afrontamiento más activas, Spence et al. (2000) confirmaron este resultado. Asimismo han encontrado resultados similares respecto a otros trastornos de ansiedad, tales como fobia específica, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, rechazo escolar (Last, Hansen & Franco, 1998) y el trastorno obsesivo-compulsivo (Knox, Albano & Barlow, 1996).

Concretamente, en el caso de la fobia social no hay muchos estudios que evalúen la eficacia de un tratamiento respecto a la participación de los padres. La mayor parte de los datos disponibles se refieren a trastornos de ansiedad en general y no específicamente de la fobia social. Los resultados de los diversos estudios muestran que, tras el tratamiento, aumenta significativamente el número de sujetos que ya no cumplen con el diagnóstico de ansiedad cuando participan niños y padres o cuando éstos son los únicos que reciben entrenamiento (Waters, et al., 2009) en comparación con grupos sin tratamiento (Barrett, 1996; 1998).

Los resultados al año de seguimiento muestran diferencias significativas en el estudio de Barrett (1996) entre el grupo de tratamiento familiar cognitivo-conductual (95.6% de los sujetos libres de diagnóstico) y el grupo de sólo terapia cognitivo-conductual (70.3%). Sin embargo, el propio Barret no encontró diferencias en otra investigación (1998), en la que el porcentaje de sujetos sin diagnóstico en el grupo de terapia familiar cognitivo-conductual fue del 84.8%, mientras que en el grupo de sólo terapia cognitivo-conductual fue del 64.5%.

Por último, cabe destacar que se ha observado una interacción entre la edad y el sexo de los niños y la condición de tratamiento, ya que los niños más jóvenes (7 a 10 años) y las participantes femeninas suelen responder mejor a la condición de tratamiento familiar cognitivo-conductual.

A pesar de que la terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser eficaz para niños ansiosos, la variabilidad en el nivel del éxito de la terapia, informada por diferentes estudios, sugiere la necesidad

de considerar otras variables moderadoras que pueden influir en el éxito. Algunos estudios han tratado de identificar las variables asociadas con las variaciones en la respuesta a la terapia y, de esta manera, modificar las estrategias de intervención. Han buscado aumentar la eficacia del tratamiento de niños con fobia social (Alfano, et al, 2009; Berman, Weems, Silverman, & Kurtines, 2000; Cottraux, 2005; Crawford & Manassis, 2001; Southam-Gerow, Kendall, & Weersing, 2001).

Berman, et al. (2000) encontraron que los siguientes síntomas parentales diferenciaban de manera exitosa si el tratamiento fracasaba: niveles altos de ansiedad, síntomas asociados a los trastornos obsesivo-compulsivo y depresión. La hostilidad, la disfunción familiar y el estrés parental, entre otros, eran predictores significativos del resultado del tratamiento.

Estos hallazgos sugieren que los factores parentales y familiares afectan la probabilidad de que el tratamiento resulte exitoso. Por ende, el hecho de incluir a los padres en el tratamiento de trastornos de ansiedad en la infancia, parece ser benéfico (Kazdin, 1997; Patterson, Chamberlain, & Reid, 1982; Woolfenden, Williams, & Peat, 2002).

Una ventaja potencial en esta aproximación que incorpora a los padres es que el efecto del tratamiento afecta a otras conductas. Una segunda ventaja es que los padres pueden ayudar al mantenimiento del cambio al terminar la terapia (Ginsburg, et al., 2004; Shortt, Barret & Fox, 2001).

Al participar dentro de la terapia, los padres adquieren la noción de la transferencia del control, las habilidades y los procedimientos del terapeuta a él mismo y, por ende, al niño (Silverman & Kurtines, 1999).

De acuerdo con esta postura, los síntomas de ansiedad de los padres y los niveles altos de control y conflicto dentro de la familia, son las dos variables que pueden interferir con el beneficio potencial que aportaran los padres a la terapia y, de esta forma, limitar la efectividad y desarrollo de habilidades del niño con fobia social.

En algunos ensayos clínicos aleatorios controlados, la terapia cognitivo conductual ha mostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia (p.e. Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Kendall, et al., 1997). La intervención se basa en programas que enfatizan la identificación y la consideración de los pensamientos catastróficos, la relajación, las recompensas y la exposición gradual a situaciones temidas (Kendall, et al, 1990). Se ha encontrado que cuando estas intervenciones se administran individualmente a los niños, con un involucramiento mínimo de los padres en el tratamiento, más del 50% de los pacientes ya no cumplieron los criterios para el diagnóstico de la ansiedad. Sin embargo, una sexta parte de los niños continúan teniendo problemas de ansiedad clínicamente significativos si se les trata con intervenciones enfocadas exclusivamente en el niño, sin la participación de la familia.

Algunos programas incluyen ya las intervenciones cognitivo conductuales enfocadas en el niño con involucramiento de la familia (p.e. Barrett, et al, 1996; Barmish & Kendall, 2005; Coghnam, et al., 1998; Ginsburg & Schlossberg, 2002; Spence, et al., 2000; Victor, et al., 2007). En estos programas,

los padres colaboran para que el niño adquiera habilidades de afrontamiento y apoyan la exposición en vivo. A pesar de las variaciones en el tipo y cantidad de la implicación de los padres en estos programas (TCC-F), el beneficio sobre otros programas enfocados solamente en el niño no es claro aún. A la fecha, 12 estudios han comparado las intervenciones cognitivo-conductuales con participación de los padres contra las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a los niños (Barret, 1998; Barrett, et al., 1996; Bernstein, et al., 2005; Bögels & Siqueland, 2006; Cogham, et al., 1998; Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2009; Mendlowitz, et al, 1999; Nauta, et al., 2003; Spence, et al., 2000; Victor, et al., 2007; Wood, et al., 2006) no encontraron diferencia entre las intervenciones dirigidas a los niños y las que incluyen la participación de los padres. En los otros ensayos, una minoría favorecía a los programas que incluyen a los padres sobre los que sólo se dirigen a los niños (Waters, et al., 2009).

Este patrón de resultados sugiere que la integración de la familia en la TCC tal vez no sea suficiente para mejorar sustancialmente el efecto del tratamiento o tal vez las intervenciones probadas que incluyen la participación de los padres no se han apuntado a las variables críticas relativas a la forma en la que la familia afecta la ansiedad de los niños. Algunos programas que involucran a la familia se han enfocado a educar a los padres y utilizarlos como modelos y moderadores de las habilidades adquiridas durante el entrenamiento de sus hijos. También han brindado información a los padres respecto al trastorno. Así mismo, algunos otros también han incluido el manejo de la ansiedad de los padres, solución de problemas, psicoeducación y entrenamiento del manejo de la conducta del niño. Sin embargo, estos programas no han abordado las prácticas parentales específicas que se supone contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Es posible que las intervenciones dirigidas a las prácticas parentales asociadas con la ansiedad del niño contribuyan a una mejoría sustancial en comparación con las intervenciones tradicionales orientadas a los niños.

En los trabajos recientes de investigación observacional se ha identificado que la intrusividad o bien el coartar la autonomía, favorecen el mantenimiento de los trastornos de ansiedad en los niños (Chorpita & Barlow, 1998; Whaley, et al., 1999; Wood, et al., 2006; Wood, et al., 2003). La interferencia de los padres incluye el que éstos resuelvan tareas que los niños deberían hacer por sí solos, de tal forma que limita la exposición a experiencias nuevas y deteriora su autoeficacia. Cuando los niños con trastornos de ansiedad enfrentan situaciones nuevas, dada su auto-eficacia baja, experimentan fácilmente ansiedad y tienden a no creer en su capacidad de éxito. Por ello se mantienen al margen de las situaciones desconocidas (Wood, et al., 2003). Dado que los niños se enfrentan frecuentemente con situaciones desconocidas en su vida cotidiana (p.e. nuevas personas, nuevos lugares, etc.) una auto-eficacia deficiente reforzaría la evitación y aumentaría su ansiedad anticipatoria y sus respuestas de miedo, lo que a su vez mantiene o exacerba los trastornos de ansiedad. En comparación, los padres que promueven la autonomía, facilitan experiencias de aprendizaje en sus hijos, refuerzan su auto-eficacia y hacen a los niños con trastornos de ansiedad, niños más confiados en situaciones nuevas (Chorpita & Barlow, 1998).

Consistente con esta hipótesis, la investigación en escenarios naturales ha encontrado que los padres de niños con trastornos de ansiedad, tienden a imponerse en los esfuerzos de sus hijos por resolver los problemas por ellos mismos (Hudson & Rapee, 2001) y no reconocen la autonomía de sus

hijos durante sus conversaciones con ellos (Moore, et al., 2004; Whaley, et al., 1999). Por otra parte, los padres de niños con desarrollo normal facilitan la autonomía de sus hijos. Estos estudios han guardado rigor metodológico, confían en entrevistas diagnósticas y observaciones directas de la conducta de los padres y usan sistemas de codificación confiables.

Si la intrusividad y autonomía se han encontrado como factores que afectan el éxito del tratamiento de los niños con trastornos de ansiedad, entonces tal vez sea necesario añadir al entrenamiento de los padres precisamente tales prácticas parentales. Ésta podría representar un avance claro sobre las intervenciones tradicionales.

## CAPÍTULO 6

# Método

### 6.1 Propósito

Conocer si la participación de los padres beneficia el éxito de la terapia cognitivo conductual dirigida a sus hijos con fobia social.

### 6.2 Preguntas de investigación

- El tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social infantil reducirá los síntomas de fobia social informados por los niños, los síntomas de ansiedad de los niños percibidos por sus padres, los problemas sociales de los niños percibidos por sus padres, el estrés parental y mejorará la interacción padres-hijo y el ambiente familiar.

- Si educamos a los padres acerca de la fobia social, de sus características, sus consecuencias y manifestación, habrá una ganancia en la reducción de los síntomas de los hijos en comparación con el tratamiento exclusivamente proporcionado a los niños.

- En caso de observarse un efecto del tratamiento, éste se mantendrá 3 y 6 meses después

### 6.3 Hipótesis

Si se educa a los padres acerca de la fobia social, de sus características, sus consecuencias y manifestación habrá una ganancia en la reducción de los síntomas de los hijos en comparación con el tratamiento sólo proporcionado a los hijos.

### 6.4 Participantes

Inicialmente, 1153 niños de tres colegios públicos de zonas marginadas de la Ciudad de México respondieron a la Lista de Conductas de Achenbach (CBCL/6-18, por sus siglas en inglés) (Achenbach & Rescorla, 2001). Se seleccionó intencionalmente a los niños que puntuaron dentro del área clínica de la escala ansioso/depresivo y problemas sociales del CBCL y se les aplicó la Entrevista Diagnóstica de Fobia Social basada en el DSM-IV-TR. De acuerdo con la entrevista, de los 1153 niños, 58 cumplieron con el criterio diagnóstico de fobia social. Se ofreció la oportunidad a sus padres de participar en el estudio mediante la firma de una carta de consentimiento. Sólo 55 consintieron que sus hijos

participaran en el estudio, 32 niñas con una media de edad de 9.8 años (DT = 1.561) y 23 varones con una media de edad de 10.7 años (DT = 1.769).

## 6.5 Instrumentos que contestan los niños

- El Instrumento Diagnóstico de Fobia Social para niños (IDFS) (coeficiente alfa de Cronbach = .87; Gil-Bernal, 2004) está compuesto por 27 ítems que representan las respuestas de fobia social, distribuidos en 6 factores: actividad grupal (alpha = .727) exposición social (alpha = .646), juego (alpha = .693), actividad individual (alpha = .699), acercamiento (alpha = .608) e iniciativa (alpha = .488). 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, 2004).
- 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 .88 y se contesta: nunca (0), a veces (1) y siempre (2). Está compuesta por 6 factores: Ataque de Pánico/Agorafobia (alpha = .874), Ansiedad de Separación (alpha = .833), Miedo al Daño Físico (alpha = .895), Ansiedad Generalizada (alpha = .791), Fobia Social (alpha = .915), y Trastorno Obsesivo Compulsivo (alpha = .901). Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos en cada ítem. Por lo tanto a mayor puntuación más ansiedad. Para efectos del presente análisis se empleó únicamente la subescala de Fobia Social que consta de 4 ítems con un alfa de .86.
- La Entrevista Diagnóstica de Fobia Social (Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2007). Es una entrevista semiestructurada que se aplica a los niños, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. 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.

## 6.6 Instrumentos que contestan los padres

1. La Lista de Conductas de Achenbach (Children Behavior Checklist, CBCL/6-18; Achenbach & Rescorla, 2001) es un instrumento de banda ancha 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 fines del presente estudio únicamente se utilizó 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 compuesto 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, et al., 2004). Una calificación de 8 puntos o menos significa que el niño se comporta normalmente. Por su parte, la subescala de 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.

2. Índice de Estrés Parental (Benjet & Hernández-Guzmán, 2005). Contiene 32 reactivos, evalúa las fuentes de estrés de los padres incluyendo el estrés relacionado con el hijo, estrés debido a su funcionamiento como padre y estrés debido a eventos vitales. Se distribuye en 9 factores (falta de autoridad, desacuerdo con la pareja, participación positiva de la familia, participación negativa de la familia, interacción positiva, percepción de la crianza, evasión de la paternidad, rechazo de la paternidad y educación negativa), con un alfa de Cronbach de .826.
3. Escala de Prácticas Parentales (EPP; Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas & Gil-Bernal, en preparación). Contiene 13 reactivos, evalúa las conductas de los padres en la interacción con sus hijos. Es una escala tipo Likert de 3 puntos que se califica: Falso = 0, a veces cierto = 1, cierto = 2. Está formada por dos subescalas: crianza positiva, formada por 4 reactivos que exploran las respuestas positivas de los padres en la interacción con sus hijos. Con una alfa de Cronbach de .86. La subescala de crianza negativa, formada por 9 reactivos, que explora las respuestas negativas de los padres en la interacción con sus hijos, con un alfa de Cronbach de .81.
4. Escala de Ambiente Familiar (FES; Moos & Moos, 1981). Cuenta con 90 reactivos, evalúa la calidad de las relaciones interpersonales, apoyo, estructura y funcionamiento familiar. Está formada por 10 factores (cohesión, expresividad, conflicto, independencia, orientación a metas, orientación cultural, recreación, religión, organización y control) con un alfa de Cronbach de .90 (Ayala, 2000).

## **6.7 Criterios de Inclusión**

1. Diagnóstico primario de fobia social.
2. Por lo menos seis meses con el problema
3. Consentimiento escrito de uno o ambos padres para el tratamiento
4. Disposición de los padres a participar en el tratamiento (si fuera el caso)
5. No haber recibido nunca tratamiento para la fobia social

## **6.8 Criterios de Exclusión**

1. Tener diagnóstico primario de cualquier otro trastorno
2. Tener algún trastorno de desarrollo o aprendizaje

## 6.9 Criterios de Eliminación

3. Cuando uno o ambos padres decidieran dar por terminada su participación en el estudio

## 6.10 Diseño

Se empleó un diseño cuasi-experimental con un factor intra sujetos (pretest, postest y seguimientos a los 3 y 6 meses) y otro inter grupos (Tratamiento sólo a niños, Tratamiento a niños y padres, Grupo control lista de espera). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a las tres condiciones: (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, así como el estilo de crianza de los padres, el estrés parental y el ambiente familiar. El grupo de control de lista de espera estuvo integrado por 17 niños, el grupo de tratamiento a padres y niños por 18 participantes y la condición de Tratamiento sólo a niños por 20 sujetos.

La integridad del tratamiento se controla mediante el manual de la IAFS (Olivares, 2005) adaptado para niños mexicanos (Intervención para Niños con Fobia Social, INFS). Véase ANEXO CD

## 6.11 Procedimiento

### 6.11.1 Evaluación pretest

Tres parejas de colaboradores previamente entrenadas, realizaron la evaluación y para tal fin aplicaron los instrumentos. Estas personas no tuvieron conocimiento ni de los resultados obtenidos por ellos, 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.

Los 55 niños diagnosticados con fobia social contestaron el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (IDFS) y la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS), así como la Entrevista Diagnóstica de Fobia social.

Por otra parte, sus padres cumplimentaron la Lista de Conductas de Achenbach (CBCL/6-18), la Escala de Estrés Parental, la escala de Crianza y la Escala de Ambiente Familiar.

Posteriormente, se les asignó aleatoriamente a uno de 3 grupos: dos grupos que recibieron el TCC, uno formado por 18 niños cuyos padres participaron en el estudio, y otro por 20 niños que sólo recibieron el TCC. Los 17 niños restantes, pertenecientes al grupo en lista de espera, permanecieron sin tratamiento.

### **6.11.2 Tratamiento**

Siguiendo la adaptación de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (Olivares, 2005), en el curso de cinco semanas, dos terapeutas (la autora del presente trabajo y una co-terapeuta) aplicaron la intervención en forma grupal (cada grupo formado por un máximo de 10 niños) a los 38 niños asignados a las 2 condiciones de tratamiento, al mismo tiempo que los 17 niños asignados al grupo en lista de espera permanecían sin tratamiento. La intervención, que consta de 9 sesiones con duración de 90 minutos cada una, incluye el empleo de la 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, 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. 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. (Véase anexo CD)

Por otra parte, los padres de los 18 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.

### **6.11.3 Evaluación postest y seguimientos**

Una semana después de terminado el tratamiento, 3 y 6 meses después, se aplicó nuevamente la Entrevista Diagnóstica de Fobia Social, el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social y el SCAS a todos los niños, incluyendo a los que no recibieron tratamiento (estos niños se sometieron al TCC posteriormente); sus padres cumplimentaron el CBCL/6-18, la Escala de Crianza, el Índice de Estrés Parental, y el FES.

## CAPITULO 7

# Resultados

Los resultados se dividen en dos secciones, la primera presenta las comparaciones intra y entre-grupos y la segunda muestra la significancia clínica (Índice de Cambio Confiable), es decir los porcentajes de los niños recuperados, los que presentaron mejoría, los que no cambiaron y los que empeoraron después del tratamiento.

Se calculó un ANOVA dado que los datos cumplían con los requisitos que éste exige. El análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS 15.0.

### 7.1 Análisis descriptivo

#### 7.1.1 Variables sociodemográficas

Participó un 58% de mujeres (n=32) y 42% de hombres (n=23), dato que coincide con los hallazgos tanto en niños (Curry, et al., 2004; Dabkowska, 2004; Fremont, 2003; Gil-Bernal, 2004), como en adolescentes (Olivares, Piqueras & Rosa, 2006) y adultos (Medina-Mora, et al., 2003; Sareen & Stein, 2000) respecto a que la prevalencia de fobia social es mayor en mujeres que en hombres. En relación con la edad, la media se situó en los 10.22 años (DT = 1.68). Finalmente, la entrevista reveló que la duración del trastorno de estos niños oscilaba entre 6 y 48 meses (M = 16.47; DT =13.68), en todos los casos el problema se había mantenido o empeorado en los últimos 6 meses.

Para conocer las posibles diferencias intra y entre-grupos se calcularon ANOVA's de medidas repetidas, ANOVA's de un solo factor y posteriormente pruebas Post Hoc de Tukey.

### 7.2 Equivalencia inicial de los grupos

Para asegurar la equivalencia de los grupos antes del tratamiento se llevó a cabo un ANOVA de una vía para cada variable dependiente.

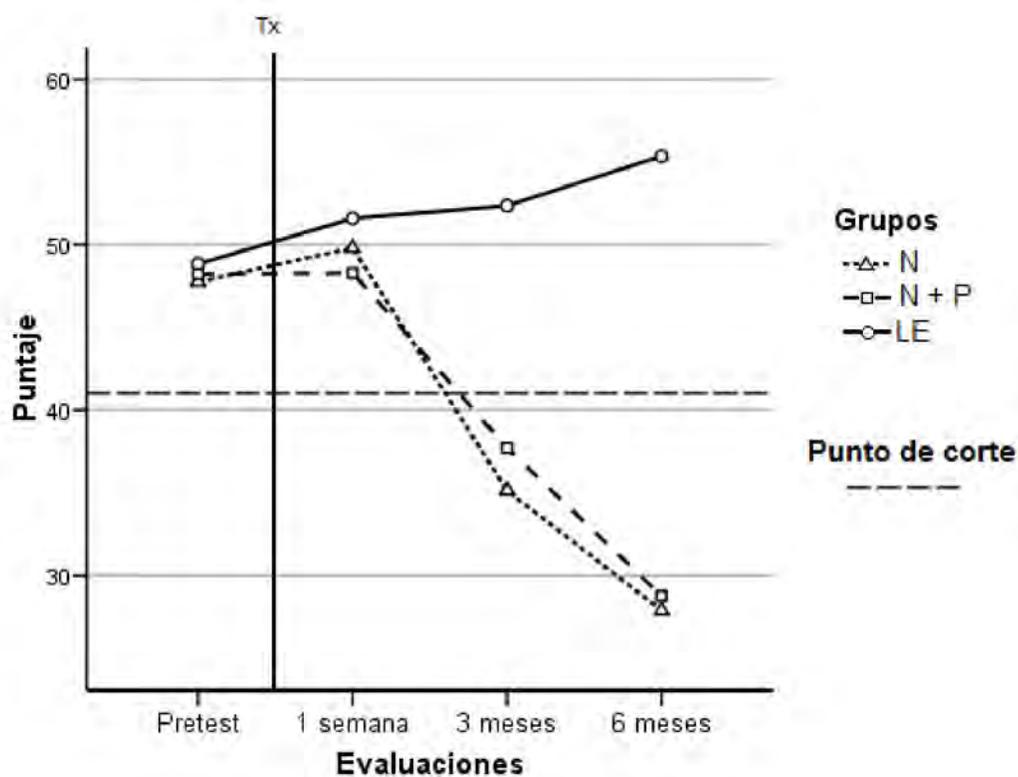
No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad [ $F(2,52) = .759, p < .473$ ] y a la duración del trastorno [ $F(2,52) = 1.703, p < .192$ ]. Tampoco se encontraron diferencias significativas de un grupo a otro en cuanto a las variables informadas por los niños a partir del Instrumento Diagnóstico de Fobia Social [ $F(2,52) = .200, p < .820$ ] y la subescala de Ansiedad Social de la SCAS [ $F(2,52) = .031, p < .970$ ]. Tampoco se apreció diferencia alguna entre los grupos en la ansiedad informada por los padres a partir de la subescalas Ansioso/Deprimido [ $F(2,52) = .015, p < .986$ ] y

Problemas Sociales [ $F(2,52) = 2.559, p < .087$ ] del CBCL/6-18. El Índice de Estrés Parental [ $F(2,52) = .248, p < .781$ ], la escala de Crianza Negativa [ $F(2,52) = .263, p < .769$ ] y Positiva [ $F(2,52) = .540, p < .586$ ], y la Escala de Ambiente Familiar [ $F(2,52) = .962, p < .418$ ] tampoco difirieron de un grupo a otro.

### 7.3 Fobia Social Informada por los Niños

#### 7.3.1 Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (IDFS)

En la Figura 7.1. se observa cómo se comportaron los grupos de tratamiento y el grupo control de lista de espera en el pretest, postest y seguimientos a 3 y 6 meses.



N: Grupo Sólo Niños; N + P: Grupo Niños con Papás; LE: Grupo de Lista de Espera

FIGURA 7.1 Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (IDFS) (N = 55)

En la Tabla 7.1. se presentan las medias y desviaciones típicas obtenidas por los niños en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social para cada condición de tratamiento y la condición control de lista de espera.

TABLA 7.1. Medias y desviaciones típicas del IDFS

Tiempo	Sólo Niños (n=20)		Niños + Papás (n=18)		Lista de Espera (n=17)	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Pretest	47.75	5.62	48.22	5.63	48.82	3.86
1 semana	49.8	7.2	48.28	8.61	51.59	6.65
3 meses	35.15	6.26	37.7	5.59	52.35	12.98
6 meses	27.9	1.07	28.78	2.6	55.35	9.96

### 7.3.1.1 Comparaciones Intra-grupo

El análisis estadístico de las calificaciones del pretest, posttest, primer seguimiento y segundo seguimiento se llevó a cabo mediante un ANOVA de dos factores con medidas repetidas en un factor, y pruebas Post Hoc de Tukey, ya que de acuerdo a la revisión de la literatura son las que se utilizan mayormente.

TABLA 7.2. Comparaciones intra-grupo para cada condición

IDFS	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	F(3,57) = 87.372	F(3,51) = 53.454	F(3,48) = 2.036
F	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>P &lt; 0.001</b>	p < 0.121

Se encontraron diferencias significativas a lo largo del tiempo en los tres grupos, así como un efecto significativo en la interacción de las evaluaciones sucesivas y la condición de fobia social [F(6,52) = 24.260, p < 0.001] (Tabla 7.2).

TABLA 7.3 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones

Evaluación	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Pre vs Post	.686	1.000	.307
Pre vs 3m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.332
Pre vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.003
Post vs 3m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.516
Post vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.275
3m vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.495

Pre=Pretest; Post=Posttest; 3m=Seguimiento 3 meses; 6m=Seguimiento 6 meses

Para el grupo de sólo niños, se observaron cambios significativos del pretest a los 3 meses y a los 6 meses, pero no del pretest al posttest. También hubo cambios significativos del posttest a los 3

meses y a los 6 meses, y de los 3 a los 6 meses. Por su parte, para el grupo de niños cuyos padres recibieron información se observó que las calificaciones disminuyeron significativamente del pretest a los 3 y a los 6 meses, pero no al posttest. También disminuyeron del posttest a los 3 meses y a los 6 meses, y de los 3 a los 6 meses. Finalmente para el grupo que no recibió tratamiento no se observó cambio, excepto un aumento significativo del pretest a la evaluación de seguimiento a los 6 meses.

### 7.3.1.2 Comparaciones Entre-grupo

Se llevó a cabo un ANOVA entre las distintas condiciones en el pre, posttest y seguimientos a 3 y 6 meses.

TABLA 7.4 Comparaciones en cada momento de evaluación

<i>IDFS</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
F	F(2,52) = .200 p < 0.820	F(2,52) = .844 p < 0.436	F(2,52) = 20.05 <b>p &lt; 0.001</b>	F(2,52) = 129.53 <b>p &lt; 0.001</b>

Sólo hubo diferencias significativas entre el primer y el segundo seguimiento.

TABLA 7.5 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para el IDFS

Grupos	Evaluaciones			
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
<i>N vs N+P</i>	.957	.809	.639	.886
<i>N vs LE</i>	.803	.753	<b>.001</b>	<b>.001</b>
<i>N+P vs LE</i>	.937	.402	<b>.001</b>	<b>.001</b>

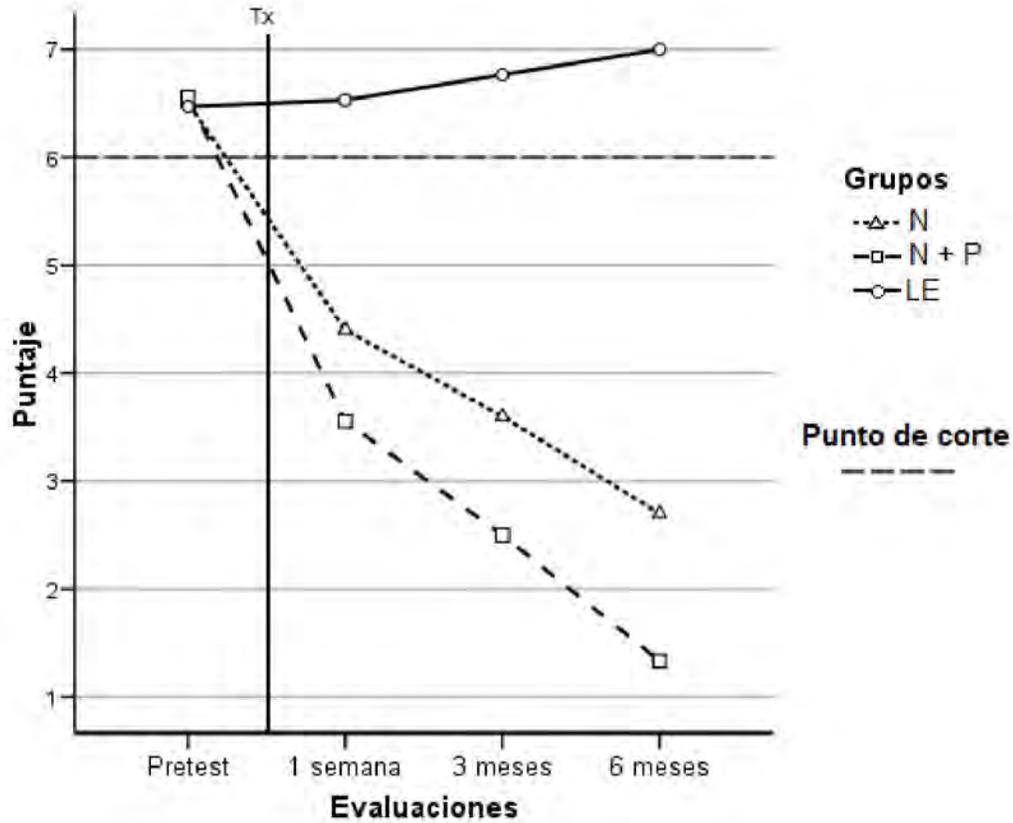
N = TCC sólo niños; N+P = TCC a niños y papás; LE = Lista de espera

La Tabla 7.5. muestra la probabilidad asociada a las comparaciones entre pares de grupos para cada momento de evaluación a partir del Instrumento Diagnóstico de Fobia Social.

En las evaluaciones a los 3 y a los 6 meses después del tratamiento hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sólo niños y el grupo de lista de espera, y entre el grupo combinado (niños y papás) y el grupo de lista de espera. No se observó diferencia entre el grupo de sólo niños y el combinado (niños y papás).

### 7.3.2 Escala de Ansiedad Social para niños de Spence (SCAS)

En la Figura 7.2 se observa cómo se dieron las evaluaciones en el pretest, posttest y seguimientos para cada grupo (niños, niños y papás y lista de espera).



N: Grupo Sólo Niños; N + P: Grupo Niños con Papás; LE: Grupo de Lista de Espera

FIGURA 7.2 Escala de Ansiedad Social para niños de Spence (EAS-n) (FS) (N = 55)

En la Tabla 7.6 aparecen las medias y desviaciones típicas obtenidas por los niños en la subescala de Ansiedad Social del SCAS, para cada condición de tratamiento y la condición control de lista de espera.

TABLA 7.6 Medias y desviaciones típicas de la subescala de Ansiedad Social

Tiempo	Sólo Niños (n=20)		Niños + Papás (n=18)		Lista de Espera (n=17)	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Pretest	6.50	1.00	48.22	5.63	48.82	3.86
1 semana	4.40	1.69	48.28	8.61	51.59	6.65
3 meses	3.60	1.72	37.7	5.59	52.35	12.98
6 meses	2.70	1.78	28.78	2.6	55.35	9.96

### 7.3.2.1 Comparaciones Intra-grupo

TABLA 7.7 Comparaciones intra-grupo para cada condición

EAS	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	F(3,57) = 23.920	F(3,51) = 73.756	F(3,48) = 2.937
F	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>	p < 0.061

Hubo diferencias significativas a lo largo del tiempo en los grupos intervenidos, así como un efecto significativo en la interacción de las evaluaciones sucesivas y la condición [F(6,52) = 20.764, p < 0.001] (Tabla 7.7)

TABLA 7.8 Probabilidad asociada a las comparaciones intra-grupo para las 3 condiciones

Evaluación	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Pre vs Post	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.990
Pre vs 3m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.884
Pre vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.551
Post vs 3m	.207	<b>.053</b>	.828
Post vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.657
3m vs 6m	.086	<b>.018</b>	.360

Pre = Pretest; Post = Posttest; 3m = Seguimiento a 3 meses; 6m = Seguimiento a 6 meses

El grupo de Sólo Niños disminuyó significativamente del pretest al posttest, a los 3 y a los 6 meses y del posttest a los 6 meses. Para el grupo de niños cuyos padres recibieron información se observó que las calificaciones disminuyeron significativamente del pretest al posttest y al seguimiento a los 3 y 6 meses. También disminuyeron del posttest a los 3 meses y a los 6 meses, y de los 3 a los 6 meses. Finalmente para el grupo que no recibió tratamiento no se observaron cambios (Tabla 7.8).

### 7.3.2.2 Comparaciones Entre-grupos

Se llevó a cabo un ANOVA entre las distintas condiciones en el pre, posttest y seguimientos a 3 y 6 meses.

TABLA 7.9 Comparaciones en cada momento de evaluación

EAS	Pretest	Posttest	3 meses	6 meses
	F(2,52) = .031	F(2,52) = 20.188	F(2,52) = 50.324	F(2,52) = 86.060
F	p < 0.970	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

Se observaron diferencias significativas entre los grupos en el posttest, el primer y segundo seguimiento.

TABLA 7.10. Probabilidad asociada a las comparaciones entre los grupos a lo largo del tiempo para la subescala de Fobia Social de Spence

Grupos	Evaluaciones			
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
N vs N+P	.990	.221	<b>.037</b>	<b>.008</b>
N vs LE	.997	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>
N+P vs LE	.979	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>

N = TCC sólo niños; N+P = TCC a niños y papás; LE = Lista de espera

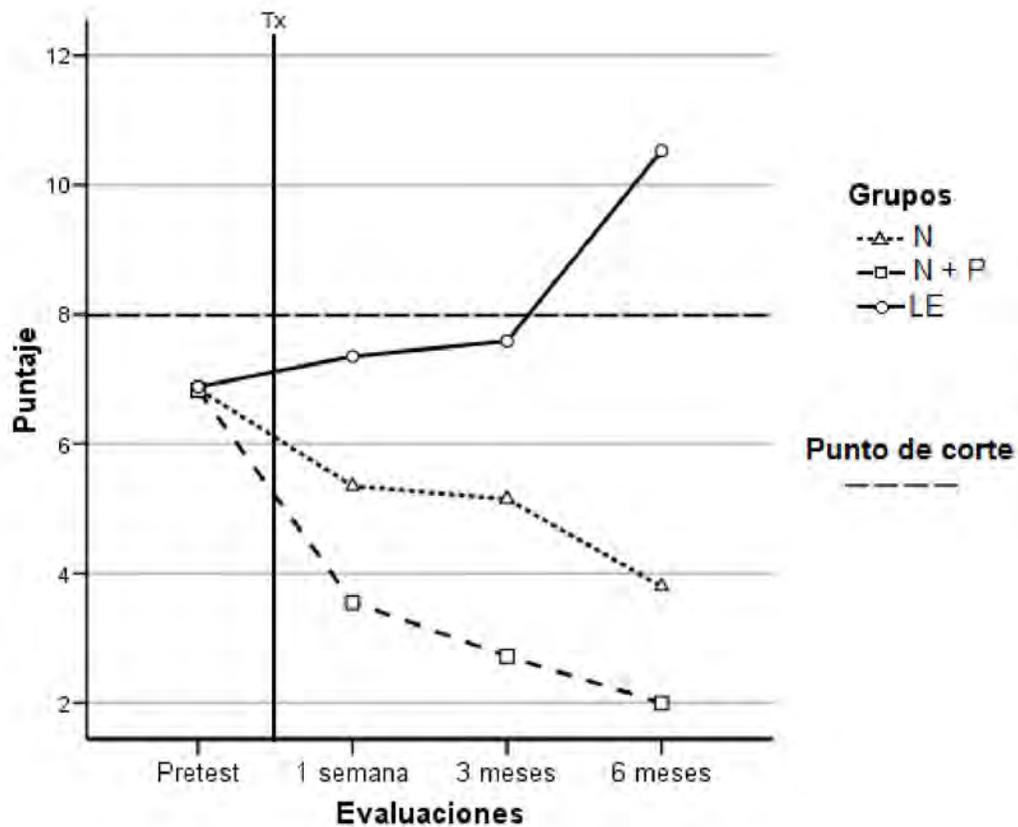
La Tabla 7.10 muestra la probabilidad asociada a las comparaciones entre los grupos antes del tratamiento, en el posttest, y las evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses para la subescala de Fobia Social de la SCAS.

En las evaluaciones del posttest, y de los seguimientos a los 3 y 6 meses puntuaron significativamente más bajo, tanto el grupo de sólo niños, como el grupo de niños y papás, con respecto al grupo en lista de espera. Por su parte, en el primer y segundo seguimiento las calificaciones del grupo combinado resultaron significativamente más bajas que las del grupo de sólo niños (ver Figura 7.2).

## 7.4 Ansiedad y Problemas Sociales informados por los padres

### 7.4.1 Escala Ansioso/deprimido del CBCL/6-18 (EA/D)

En la Figura 7.3. aparece el conjunto de datos para los 3 grupos a lo largo de los momentos de evaluación.



N: Grupo Sólo Niños; N + P: Grupo Niños con Papás; LE: Grupo de Lista de Espera

FIGURA 0.3 Escala ansioso/deprimido del CBCL/6-18 (N = 55)

En la Tabla 7.11 se presentan las medias y desviaciones típicas obtenidas por los niños en la Escala ansioso/deprimido del CBCL para las 3 condiciones.

TABLA 7.11 Medias y desviaciones típicas de la escala Ansioso/deprimido

Tiempo	Sólo Niños (n=20)		Niños + Papás (n=18)		Lista de Espera (n=17)	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Pretest	6.85	0.81	6.83	0.92	6.85	0.84
1 semana	5.35	0.81	3.56	1.33	7.35	0.78
3 meses	5.15	1.53	2.72	1.17	7.59	0.50
6 meses	3.80	1.28	2.00	1.08	10.53	3.46

7.4.1.1 *Comparaciones Intra-grupo*

TABLA 7.12 Comparaciones intra-grupo para cada condición

EA/D	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	F(3,57) = 25.312	F(3,51) = 77.251	F(3,48) = 13.988
F	<b>P &lt; 0.001</b>	<b>P &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

Se observan diferencias significativas a lo largo del tiempo en los 3 grupos, así como un efecto significativo entre la interacción de las evaluaciones sucesivas y la condición [F(6,52) = 34.072, p < 0.001] (Tabla 7.12).

TABLA 7.13 Probabilidad asociada a las comparaciones intra-grupo para las 3 condiciones

Evaluación	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
Pre vs Post	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.558
Pre vs 3m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.325
Pre vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>
Post vs 3m	.966	.074	.957
Post vs 6m	<b>.013</b>	<b>.021</b>	<b>.001</b>
3m vs 6m	.095	.375	<b>.001</b>

Pre = Pretest; Post = Posttest; 3m = Seguimiento a 3 meses; 6m = Seguimiento a 6 meses

Los grupos de sólo niños y niños y papás disminuyeron significativamente del pretest a los 3 meses y a los 6 meses, y del posttest a los 6 meses. Por su parte, el grupo de niños control en lista de espera aumentó significativamente sus calificaciones del pretest a los 6 meses, del posttest a los 6 meses, así como de los 3 a los 6 meses (Tabla 7.13)

7.4.1.2 *Comparaciones Entre-grupo*

TABLA 7.14 Comparaciones en cada momento de evaluación

EA/D	Pretest	Postest	3 meses	6 meses
	F(2,52) = .015	F(2,52) = 62.007	F(2,52) = 74.486	F(2,52) = 75.394
F	p < 0.986	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

Se observaron diferencias entre los grupos en el posttest y en ambos seguimientos.

TABLA 7.15 Comparaciones entre los grupos a lo largo del tiempo para la subescala Ansioso/Deprimido del CBCL

Grupos	Evaluaciones			
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
<i>N vs N+P</i>	.999	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.040</b>
<i>N vs LE</i>	.997	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>
<i>N+P vs LE</i>	.994	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>

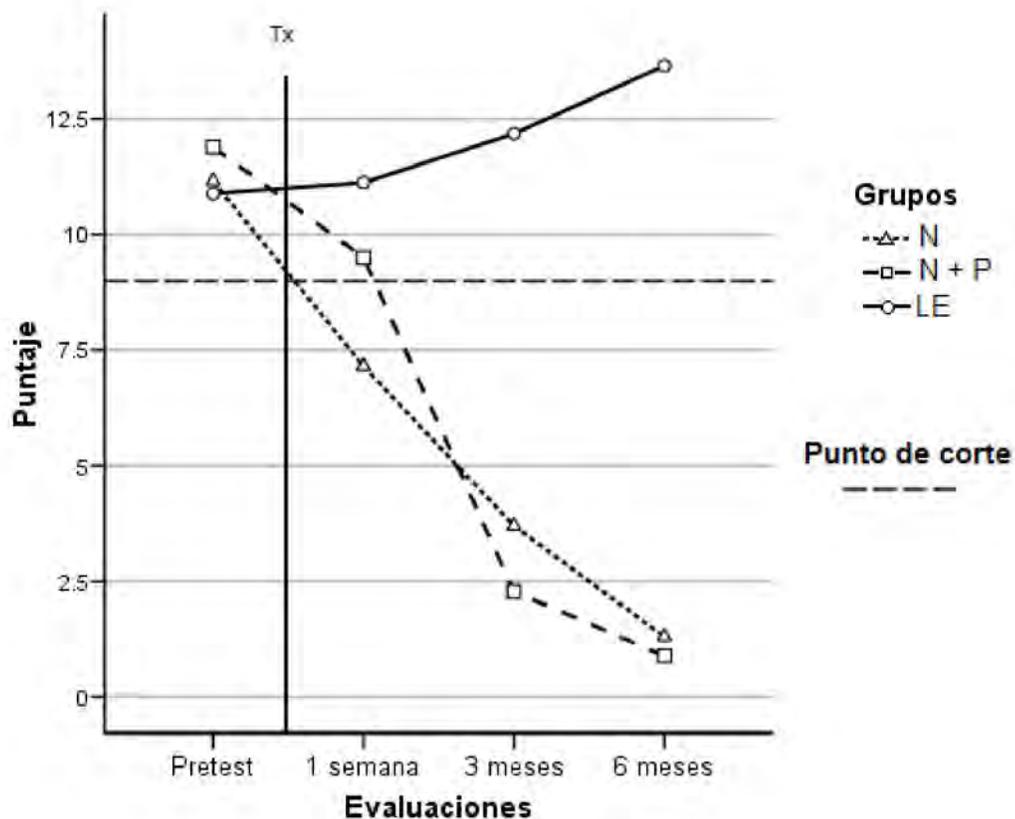
N = TCC sólo niños; N+P = TCC a niños y papás; LE = Lista de espera

En la Tabla 7.15. se observa la probabilidad asociada a las comparaciones entre pares de grupos para cada momento de evaluación a partir de la subescala de Ansioso/Deprimido del CBCL.

En todas las evaluaciones después del tratamiento, puntuaron significativamente más bajo ambos grupos que recibieron tratamiento (sólo niños vs niños y papás) respecto al grupo control en lista de espera. Por otra parte, en todas las evaluaciones después del tratamiento, las calificaciones del grupo combinado también resultaron significativamente más bajas que las del grupo de sólo niños.

#### 7.4.2 Escala de Problemas Sociales del CBCL/6-18 (EPS)

La Figura 7.4. presenta el comportamiento de los 3 grupos a lo largo de los momentos de evaluación en la subescala de problemas sociales del CBCL.



N: Grupo Sólo Niños; N + P: Grupo Niños con Papás; LE: Grupo de Lista de Espera

FIGURA 7.4 Escala problemas sociales del CBCL/6-18 (AD) (N = 55)

La Tabla 7.16 muestra las medias y desviaciones típicas en la subescala problemas sociales del CBCL/6-18 a lo largo del tiempo (pretest, postest, primer seguimiento a los 3 meses y segundo seguimiento a los 6 meses) para los 3 grupos.

TABLA 7.16 Medias y desviaciones típicas de la escala de Problemas Sociales

Tiempo	Sólo Niños (n=20)		Niños + Papás (n=18)		Lista de Espera (n=17)	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Pretest	11.15	1.34	11.89	1.49	10.88	1.26
1 semana	7.15	1.04	9.50	1.38	11.12	1.05
3 meses	3.70	1.94	2.28	1.77	12.18	1.01
6 meses	1.30	1.08	0.89	0.96	13.65	2.64

#### 7.4.2.1 Comparaciones Intra-grupo

TABLA 7.17 Comparaciones intra-grupo para cada condición

EPS	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	F(3,57) = 195.783	F(3,51) = 243.63	F(3,48) = 13.186
F	<b>P &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

Hubo diferencias significativas de un momento de evaluación a otro en los 3 grupos, así como un efecto significativo en la interacción de las evaluaciones sucesivas y la condición [F(6,52) = 109.561,  $p < 0.001$ ] (Tabla 7.17).

TABLA 7.18 Comparaciones intra-grupo para las 3 condiciones

Evaluación	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Pre vs Post	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.963
Pre vs 3m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.038</b>
Pre vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>
Post vs 3m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.130
Post vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>
3m vs 6m	<b>.001</b>	<b>.018</b>	<b>.013</b>

Pre = Pretest; Post = Postest; 3m = Seguimiento a 3 meses; 6m = Seguimiento a 6 meses

Tanto las calificaciones del grupo de Sólo Niños, como las del de Niños y Papás disminuyeron significativamente del pretest al postest, a los 3 meses y a los 6 meses, también del postest a los 3 y 6 meses, y de la evaluación de seguimiento de 3 a la de 6 meses. Por su parte, el grupo de niños que se encontraban en lista de espera aumentó significativamente sus calificaciones del pretest a los seguimientos, del postest al seguimiento de 6 meses, del seguimiento de 3 meses al de 6 meses.

#### 7.4.2.2 Comparaciones Entre-grupos

TABLA 7.19 Comparaciones en cada momento de evaluación

<i>EPS</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
	F(2,52) = 2.559	F(2,52) = 54.34	F(2,52) = 183.20	F(2,52) = 320.81
F	p < 0.087	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

El análisis reveló diferencias significativas en el postest y en ambos seguimientos.

TABLA 7.20 Comparaciones entre grupos a lo largo del tiempo para los problemas sociales del CBCL

Grupos	Evaluaciones			
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
N vs N+P	.311	<b>.001</b>	<b>.032</b>	.672
N vs LE	.849	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>
N+P vs LE	.105	<b>.004</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>

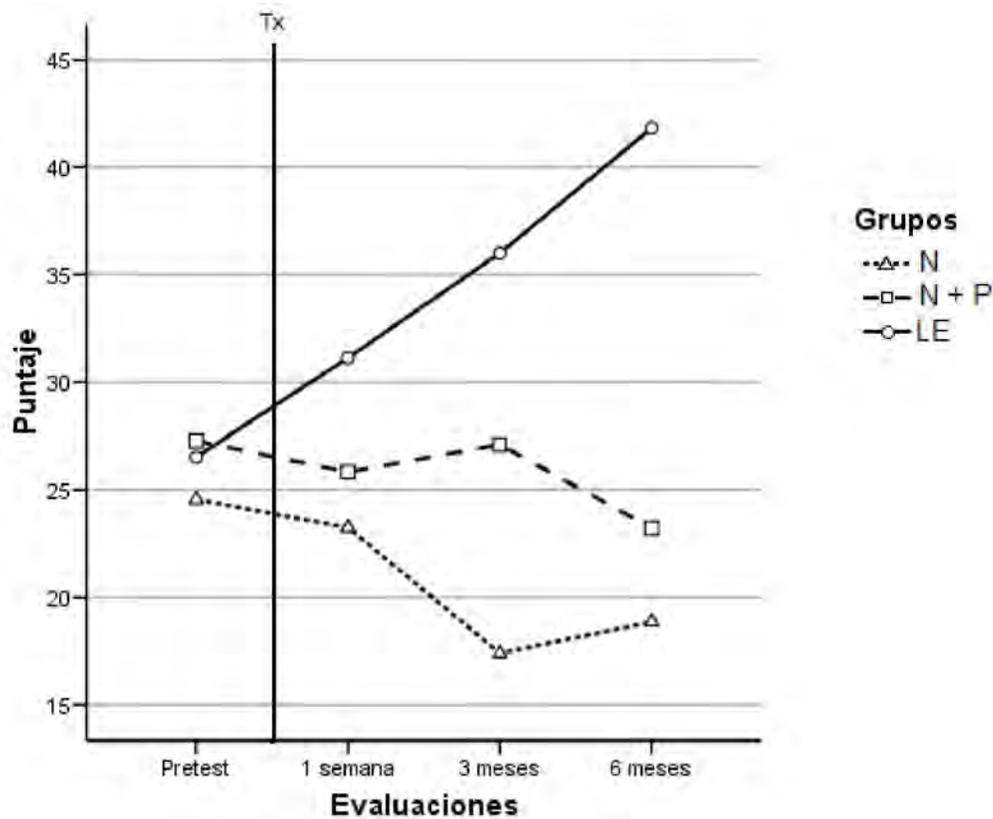
N = TCC sólo niños; N+P = TCC a niños y papás; LE = Lista de espera

Las diferencias significativas se localizaron en las evaluaciones de postest y de seguimiento a 3 meses entre los 2 grupos que recibieron tratamiento; también en las evaluaciones de postest y de ambos seguimientos entre ambos grupos de tratamiento y el grupo de control en lista de espera que puntuó más alto.

## 7.5 Variables familiares informadas por los padres

### 7.5.1 Índice de Estrés Parental (IEP)

La Figura 7.5. muestra el comportamiento de los 3 grupos respecto al estrés manifestado por los padres en los distintos momentos de evaluación.



N: Grupo Sólo Niños; N + P: Grupo Niños con Papás; LE: Grupo de Lista de Espera

FIGURA 7.5 Índice de Estrés Parental (IEP) (N = 55)

En la Tabla 7.21 se observan las medias y desviaciones típicas obtenidas por los niños en el Índice de Estrés Parental para cada condición.

TABLA 7.21 Medias y desviaciones típicas del IEP

Tiempo	Sólo Niños n=20		Niños + Papás n=18		Lista de Espera n=17	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Pretest	24.55	13.14	27.28	11.68	26.53	12.15
1 semana	23.25	12.65	25.83	12.41	31.12	12.72
3 meses	17.40	10.90	27.11	12.30	36.00	12.35
6 meses	18.85	12.43	23.22	12.77	41.82	14.63

### 7.5.1.1 Comparaciones Intra-grupo

TABLA 7.22 Comparaciones intra-grupo para cada condición

IEP	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	F(3,57) = 4.921	F(3,51) = .997	F(3,48) = 7.090
F	<b>P &lt; 0.004</b>	P < 0.402	<b>P &lt; 0.001</b>

Se encontró un efecto significativo entre la interacción de las evaluaciones sucesivas y la condición [F(6,52) = 9.377, p < 0.001] (Tabla 7.22).

TABLA 7.23 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones

Evaluación	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	<i>P</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Pre vs Post	.944	.935	.264
Pre vs 3m	<b>.011</b>	1.000	<b>.001</b>
Pre vs 6m	.068	.347	<b>.001</b>
Post vs 3m	<b>.033</b>	.954	.182
Post vs 6m	.920	.710	<b>.012</b>
3m vs 6m	.924	.373	.096

Pre = Pretest; Post = Posttest; 3m = Seguimiento a 3 meses; 6m = Seguimiento a 6 meses

Para el grupo de Sólo Niños, se observaron cambios significativos del pretest a los 3 meses y a los 6 meses, y del posttest a los 3 meses. Por su parte, el grupo de tratamiento combinado no cambió de un momento de evaluación a otro. Por su parte, el estrés de los padres de los niños en el grupo en lista de espera aumentó significativamente del pretest a los 3 y 6 meses y del posttest a los 6 meses.

### 7.5.1.2 Comparaciones Entre-grupo

El ANOVA entre las distintas condiciones en el pre, posttest y seguimientos a 3 y 6 meses arrojó los siguientes datos.

TABLA 7.24 Comparaciones en cada momento de evaluación

IEP	Pretest	Posttest	3 meses	6 meses
	F(2,52) = .248	F(2,52) = .170	F(2,52) = 11.421	F(2,52) = 15.123
F	p < 0.781	p < 0.436	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

TABLA 7.25 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para el IEP

Grupos	Evaluaciones			
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
N vs N+P	.781	.801	<b>.044</b>	.944
N vs LE	.881	.192	<b>.001</b>	<b>.001</b>
N+P vs LE	.983	.661	.092	<b>.001</b>

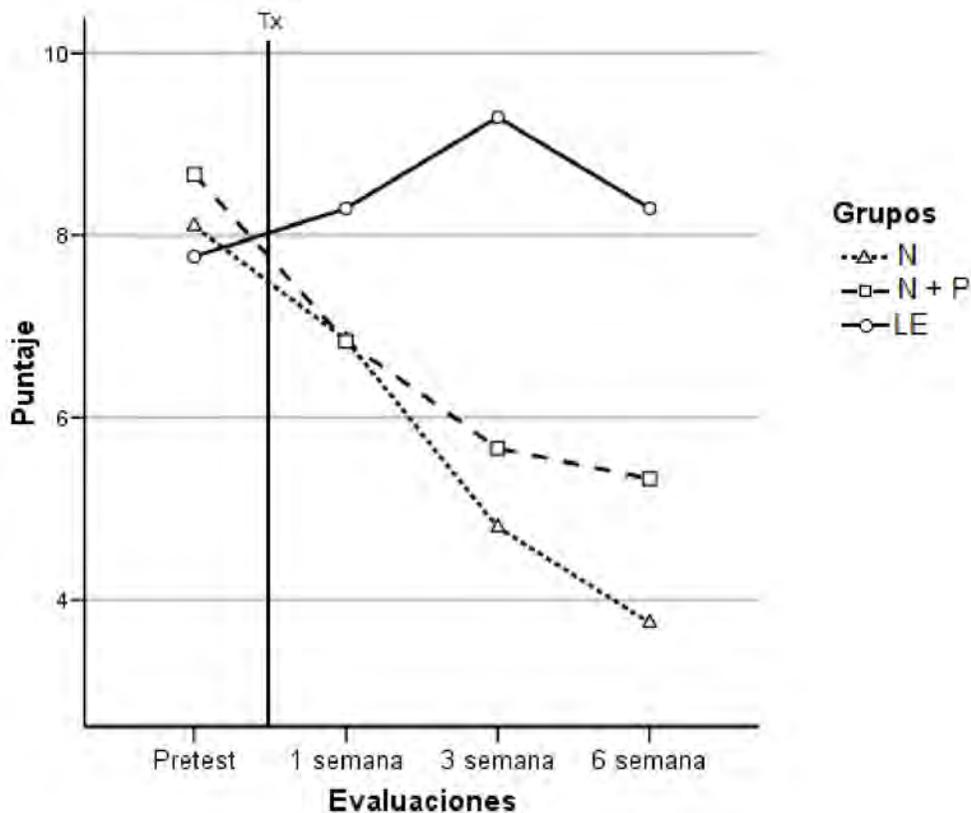
N = TCC sólo niños; N+P = TCC a niños y papás; LE = Lista de espera

La Tabla 7.25 muestra la probabilidad asociada a las comparaciones por pares de grupos para cada momento de evaluación para el Índice de Estrés Parental.

En la evaluación a los 3 meses se encontró que el estrés de los padres de los niños que participaron solos fue significativamente menor comparado, tanto con el del grupo de niños y papás, como con el de control de lista de espera.

### 7.5.2 Escala de Crianza Negativa (ECN)

En la Figura 7.6 se observa el comportamiento de los 3 grupos respecto a la crianza negativa por los padres en los distintos momentos de evaluación.



N: Grupo Sólo Niños; N + P: Grupo Niños con Papás; LE: Grupo de Lista de Espera

FIGURA 7.6 Escala de Crianza Negativa (ECN) (N = 55)

La Tabla 7.26. presenta las medias y desviaciones típicas de la Escala de Crianza Negativa para las 3 condiciones del estudio.

TABLA 7.26 Medias y desviaciones típicas de la ECN

Tiempo	Sólo Niños (n=20)		Niños + Papás (n=18)		Lista de Espera (n=17)	
	M	DS	M	DS	M	DS
Pretest	8.10	4.07	8.67	3.91	7.76	3.03
1 semana	6.65	4.08	6.83	3.71	8.29	3.03
3 meses	4.80	3.25	5.67	3.49	9.29	3.31
6 meses	3.75	2.35	5.33	3.30	8.29	3.19

### 7.5.2.1 Comparaciones Intra-grupo

El resultado del análisis del ANOVA fue el siguiente:

TABLA 7.27 Comparaciones intra-grupo para cada condición

ECN	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
F	F(3,57) = 22.037 <b>P &lt; 0.001</b>	F(3,51) = 74.632 <b>P &lt; 0.001</b>	F(3,48) = 2.856 p < 0.093

Se encontró un efecto significativo entre la interacción de las evaluaciones y el grupo de pertenencia [ $F(6,52) = 13.827$ ,  $p < 0.001$ ] (Tabla 7.27).

TABLA 7.28 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones

Evaluación	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Pre vs Post	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.778
Pre vs 3m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.030
Pre vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.726
Post vs 3m	<b>.001</b>	<b>.016</b>	.074
Post vs 6m	<b>.001</b>	<b>.046</b>	1.000
3m vs 6m	.232	.907	.409

Pre = Pretest; Post = Posttest; 3m = Seguimiento a 3 meses; 6m = Seguimiento a 6 meses

Las diferencias intragrupo se observaron en el grupo de sólo niños y en el grupo de niños y papás, mientras que para el grupo que no recibió tratamiento no se encontraron diferencias significativas.

### 7.5.2.2 Comparaciones Entre-grupos

TABLA 7.29 Comparaciones en cada momento de evaluación

<i>ECN</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
	F(2,52) = .263	F(2,52) = .922	F(2,52) = 9.025	F(2,52) = 11.012
F	p < 0.769	p < 0.404	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

Se observaron diferencias significativas entre el primer y el segundo seguimiento (Tabla 7.29).

TABLA 7.30 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para la ECN

Grupos	Evaluaciones			
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
N vs N+P	.868	.560	.719	.317
N vs LE	.953	.713	<b>.001</b>	<b>.001</b>
N+P vs LE	.719	.732	<b>.007</b>	<b>.004</b>

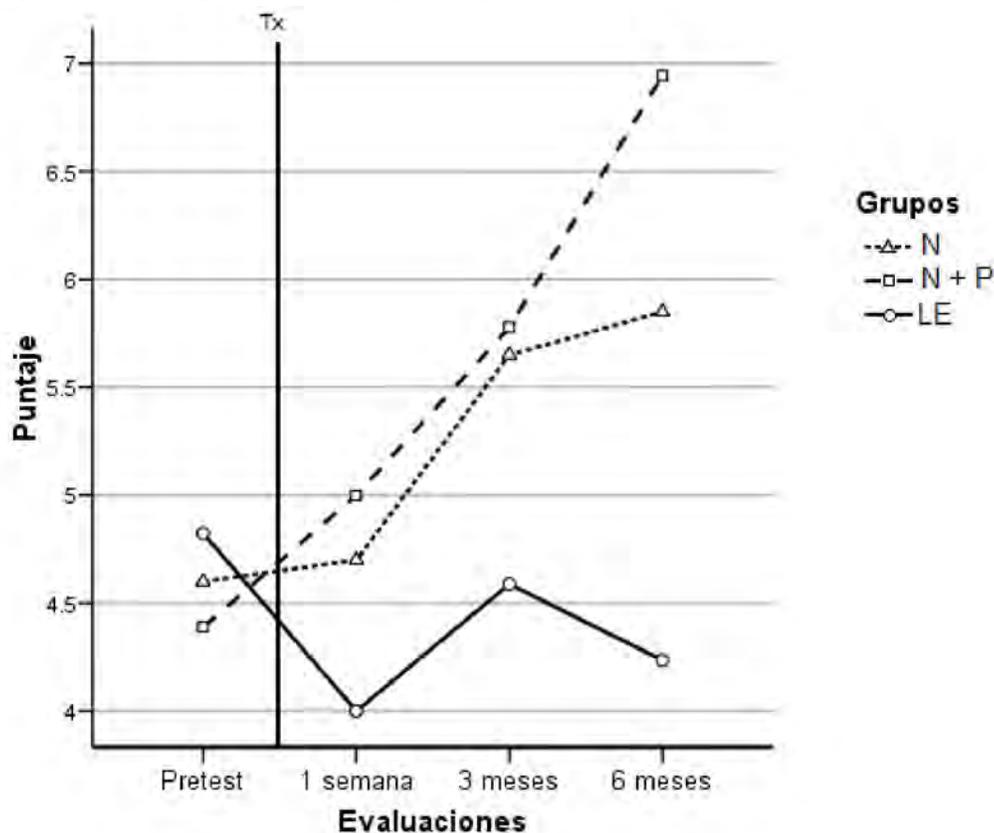
N = TCC sólo niños; N+P = TCC a niños y papás; LE = Lista de espera

La Tabla 7.30 muestra los valores p de las comparaciones entre los pares de grupos para cada momento de evaluación en la escala de crianza negativa.

Mientras que los 2 grupos que recibieron el tratamiento no difirieron entre sí, éstos sí mostraron puntuaciones significativamente inferiores a las del grupo control en lista de espera en las evaluaciones de seguimiento a los 3 meses y a los 6 meses.

### 7.5.3 Escala de Crianza Positiva (ECP)

En la Figura 7.7 se observa en conjunto los datos de los 3 grupos a lo largo de las evaluaciones sucesivas para la crianza positiva referida por los padres.



N: Grupo Sólo Niños; N + P: Grupo Niños con Papás; LE: Grupo de Lista de Espera

FIGURA 7.7 Escala de crianza positiva (ECP) (N = 55)

TABLA 7.31 Medias y desviaciones típicas de la ECP

Tiempo	Sólo Niños (n = 20)		Niños + Papás (n = 18)		Lista de Espera (n = 17)	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Pretest	4.60	1.23	4.39	1.37	4.82	1.07
1 semana	3.30	1.21	3.00	1.23	5.82	0.80
3 meses	1.85	0.74	1.72	1.12	6.65	0.49
6 meses	1.65	0.48	0.89	0.75	6.76	1.30

La Tabla 7.31 se pueden observar las medias y desviaciones típicas de la calificación de la escala de crianza positiva en el pretest, posttest, 3 meses y 6 meses después del tratamiento para las tres condiciones.

### 7.5.3.1 Comparaciones Intra-grupo

TABLA 7.32 Comparaciones intra-grupo para cada condición

ENP	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	F(3,57) = 5.438	F(3,51) = 21.705	F(3,48) = 2.937
F	<b>P &lt; 0.002</b>	<b>P &lt; 0.001</b>	p < 0.106

Hubo un efecto significativo de la interacción de las evaluaciones y los grupos [F(6,52) = 6.643, p < 0.001] (Tabla 7.32).

TABLA 7.33 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones

Evaluación	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	<i>p</i>	<i>P</i>	<i>p</i>
Pre vs Post	.996	.487	.143
Pre vs 3m	<b>.039</b>	.080	.560
Pre vs 6m	<b>.005</b>	<b>.001</b>	.789
Post vs 3m	<b>.010</b>	.080	.391
Post vs 6m	<b>.014</b>	<b>.001</b>	.950
3m vs 6m	.860	<b>.004</b>	.922

Pre = Pretest; Post = Posttest; 3m = Seguimiento a 3 meses; 6m = Seguimiento a 6 meses

La crianza positiva expresada por los padres del grupo de sólo niños aumentó significativamente del pretest a los 3 meses, del pretest a los 6 meses, y del posttest a los 3 y 6 meses. La crianza positiva de los padres que participaron también aumentó del pretest a los 6 meses, del posttest a los 6 meses y de los 3 a los 6 meses (Tabla 7.33).

### 7.5.3.2 Comparaciones Entre-grupos

TABLA 7.34 Comparaciones en cada momento de evaluación

ECP	Pretest	Postest	3 meses	6 meses
	F(2,52) = .540	F(2,52) = 4.405	F(2,52) = 7.227	F(2,52) = 24.574
F	p < 0.586	<b>p &lt; 0.017</b>	<b>p &lt; 0.002</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

Hubo diferencias significativas en el posttest y en los seguimientos.

TABLA 7.35 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para la ECP

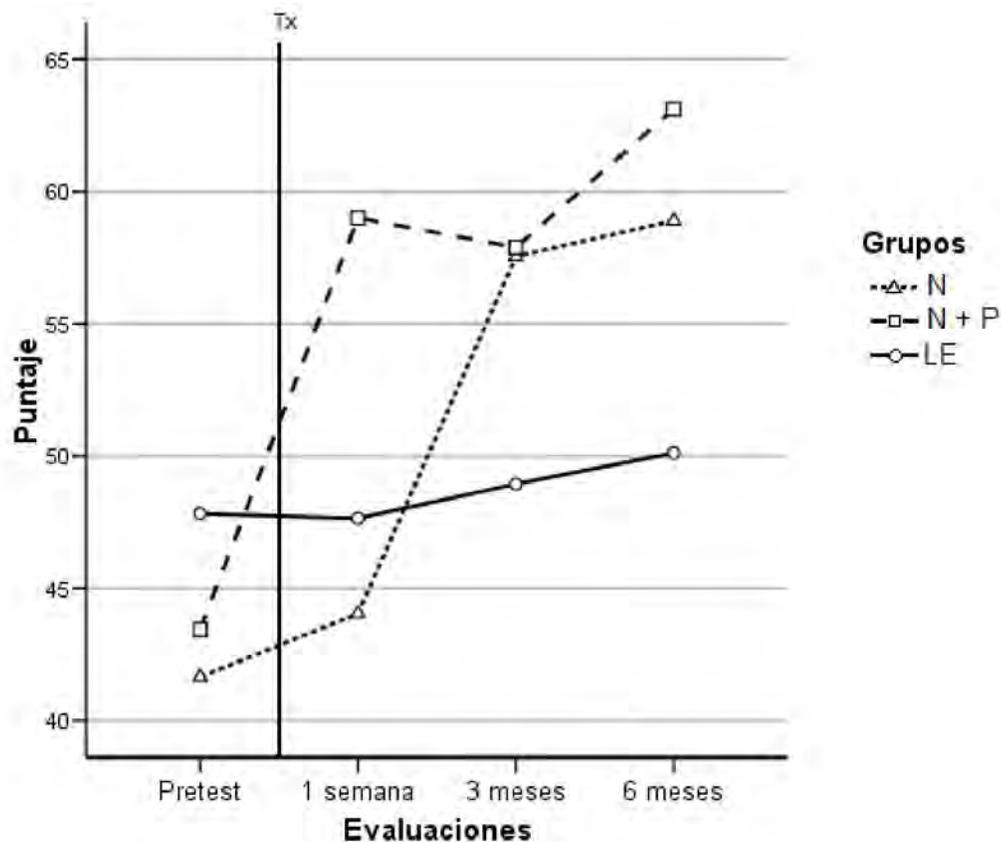
Grupos	Evaluaciones			
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
N vs N+P	.804	.644	.923	<b>.034</b>
N vs LE	.789	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>
N+P vs LE	.911	<b>.001</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>

N = TCC sólo niños; N+P = TCC a niños y papás; LE = Lista de espera

En el posttest y en las evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses, los padres de los niños de los 2 grupos que recibieron tratamiento (sólo niños y combinado) mostraron puntuaciones significativamente más altas en comparación con las de los padres del grupo en lista de espera. En la segunda evaluación de seguimiento los padres del grupo de sólo niños calificaron significativamente más alto que el grupo combinado.

#### 7.5.4 Escala de Ambiente Familiar (FES)

En la Figura 7.8 se observa en conjunto los datos de los 3 grupos a lo largo de las evaluaciones sucesivas para el ambiente familiar referida por los padres.



N: Grupo Sólo Niños; N + P: Grupo Niños con Papás; LE: Grupo de Lista de Espera

FIGURA 7.8 Escala de Ambiente Familiar (FES) (N = 55)

TABLA 7.36 Medias y desviaciones típicas de la FES

Tiempo	Sólo Niños (n = 20)		Niños + Papás (n = 18)		Lista de Espera (n = 17)	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Pretest	41.65	2.02	43.44	2.13	47.82	2.20
1 semana	44.05	1.92	59.00	2.03	47.64	2.08
3 meses	57.55	2.21	57.88	2.33	48.94	2.40
6 meses	58.90	2.29	63.11	2.42	50.11	2.49

La Tabla 7.36 se pueden observar las medias y desviaciones típicas de la calificación de la escala de ambiente familiar en el pretest, postest, 3 meses y 6 meses después del tratamiento para las tres condiciones.

#### 7.5.4.1 Comparaciones Intra-grupo

TABLA 7.37 Comparaciones intra-grupo para cada condición

FES	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	F(3,57) = 27.150	F(3,51) = 24.237	F(3,48) = .314
F	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>p &lt; 0.001</b>	p < 0.815

Hubo un efecto significativo de la interacción de las evaluaciones y los grupos [F(6,52) = 8.343, p < 0.001] (Tabla 7.37).

TABLA 7.38 Comparaciones por pares intra-grupo para las 3 condiciones

Evaluación	Sólo Niños (n=20)	Niños + Papás (n=18)	Lista de Espera (n=17)
	<i>p</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
Pre vs Post	.522	<b>.001</b>	.990
Pre vs 3m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.991
Pre vs 6m	<b>.001</b>	<b>.001</b>	.898
Post vs 3m	<b>.001</b>	.980	.391
Post vs 6m	<b>.001</b>	.655	.950
3m vs 6m	.960	.381	.922

Pre = Pretest; Post = Postest; 3m = Seguimiento a 3 meses; 6m = Seguimiento a 6 meses

El ambiente familiar expresado por los padres del grupo de sólo niños aumentó significativamente del pretest a los 3 meses, del pretest a los 6 meses, y del postest a los 3 y 6 meses. El ambiente familiar de los padres que participaron también aumentó del pretest al postest y de los 3 y 6 meses.

### 7.5.4.2 Comparaciones Entre-grupos

TABLA 7.39 Comparaciones en cada momento de evaluación

<i>FES</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
	F(2,52) = 2.20	F(2,52) = 15.22	F(2,52) = 4.614	F(2,52) = 7.270
F	p < 0.120	<b>p &lt; 0.001</b>	<b>P &lt; 0.014</b>	<b>p &lt; 0.002</b>

Hubo diferencias significativas en el posttest y en los seguimientos (Tabla 7.39).

TABLA 7.40 Comparaciones por grupos a lo largo del tiempo para el FES

Grupos	Evaluaciones			
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
N vs N+P	.900	<b>.001</b>	.866	.637
N vs LE	.132	.634	<b>.033</b>	<b>.037</b>
N+P vs LE	.478	<b>.001</b>	<b>.030</b>	<b>.001</b>

N = TCC sólo niños; N+P = TCC a niños y papás; LE = Lista de espera

En el posttest el grupo de padres que recibieron tratamiento mostraron puntuaciones significativamente más altas en comparación con el grupo de sólo niños y el de lista de espera. Posteriormente, 3 y 6 meses después las diferencias se dieron entre los padres de los niños de los 2 grupos que recibieron tratamiento (sólo niños y combinado) y el grupo de lista de espera, mostrando en ambos casos puntuaciones más altas que el grupo de lista de espera.

## 7.6 Significancia Clínica

Para investigar la relevancia clínica del tratamiento, se calculó el Índice de cambio confiable (ICC). Se calculó con el método C de Jacobson y Truax (1991), a partir de las medias y las desviaciones típicas de las calificaciones de fobia social medidas por el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social y la SCAS que son las escalas que se emplearon para medir la fobia social informada por los niños.

### 7.6.1 Instrumento Diagnóstico de Fobia Social

TABLA 7.41 Distribución ICC para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social 1 semana después del tratamiento para cada condición

Estado	Niños n = 20	Niños + Papás n = 18	Lista de Espera n = 17
Recuperados	0 (0%)	2 (11.1%)	0 (0%)
Bienestar	1 (5%)	1 (5.6%)	0 (0%)
Mejoría	0 (0%)	0 (0%)	1 (5.8%)
Sin cambio	16 (80%)	13 (72.2%)	12 (71.6%)
Deteriorados	3 (15%)	2 (11.1%)	4 (23.6%)

TABLA 7.42 Distribución ICC para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social 3 meses después del tratamiento para cada condición

Estado	Niños n = 20	Niños + Papás n = 18	Lista de Espera n = 17
Recuperados	16 (80%)	13 (72.2%)	3 (17.6%)
Bienestar	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
Mejoría	1 (5%)	1 (5.6%)	1 (5.8%)
Sin cambio	1 (5%)	2 (11.1%)	6 (35.3%)
Deteriorados	1 (5%)	2 (11.1%)	7 (41.3%)

TABLA 7.43 Distribución ICC para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social 6 meses después del tratamiento para cada condición

Estado	Niños n = 20	Niños + Papás n = 18	Lista de Espera n = 17
Recuperados	19 (95%)	16 (88.8%)	0 (0%)
Bienestar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Mejoría	1 (5%)	1 (5.6%)	0 (0%)
Sin cambio	0 (0%)	1 (5.6%)	9 (52.9%)
Deteriorados	0 (0%)	0 (0%)	8 (47.1%)

### 7.6.2 *Escala de Ansiedad Social de Spence*

TABLA 7.44 Distribución ICC para la Escala de Ansiedad Social de Spence 1 semana después del tratamiento para cada condición

Estado	Niños N = 20	Niños + Papás n = 18	Lista de Espera n = 17
Recuperados	7 (35%)	7 (39%)	0 (0%)
Bienestar	3 (15%)	0 (0%)	2 (12%)
Mejoría	4 (20%)	8 (44%)	0 (0%)
Sin cambio	6 (30%)	3 (17%)	15 (88%)
Deteriorados	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

TABLA 7.45 Distribución ICC para la Escala de Ansiedad Social de Spence 3 meses después del tratamiento para cada condición

Estado	Niños n = 20	Niños + Papás n = 18	Lista de Espera n = 17
Recuperados	3 (15%)	5 (28%)	0 (0%)
Bienestar	1 (5%)	0 (0%)	1 (6%)
Mejoría	12 (60%)	12 (67%)	0 (0%)
Sin cambio	4 (20%)	1 (5%)	15 (88%)
Deteriorados	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)

TABLA 7.46 Distribución ICC para la Escala de Ansiedad Social de Spence 6 meses después del tratamiento para cada condición

Estado	Niños n = 20	Niños + Papás n = 18	Lista de Espera n = 17
Recuperados	9 (45%)	9 (50%)	2 (12%)
Bienestar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Mejoría	6 (30%)	8 (44%)	0 (0%)
Sin cambio	5 (25%)	1 (6%)	11 (65%)
Deteriorados	0 (0%)	0 (0%)	4 (24%)

## CAPÍTULO 8

### Discusión

El primer propósito del presente estudio fue averiguar si el tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social infantil (a) reduce los síntomas de fobia social informados por los niños, (b) reduce los síntomas de ansiedad de los niños percibidos por sus padres, (c) reduce los problemas sociales de los niños percibidos por sus padres, (d) reduce el estrés parental, (e) mejora la interacción padres-hijo, y (f) mejora el ambiente familiar. El segundo propósito era indagar si el proporcionar a los padres información sobre la fobia social, sus características, consecuencias y manifestaciones en combinación con el tratamiento de sus hijos, resultaba mejor que la intervención dirigida sólo a los niños. Finalmente, este estudio perseguía averiguar si, en caso de observarse un efecto del tratamiento, éste se mantenía 3 y 6 meses después.

Con respecto al primer propósito se encontró que 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 Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) se observó una disminución significativa de los síntomas de fobia social en los dos grupos de tratamiento ya desde el posttest, en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (IDFS) el efecto benéfico del tratamiento psicológico fue progresivo y no alcanzó la significación estadística hasta la medida de seguimiento realizada a los 3 meses. En ambos casos, se observó una disminución paulatina del malestar hasta la evaluación de seguimiento 6 meses después del tratamiento. Es importante señalar que a pesar de que ambas escalas permiten realizar una evaluación de la fobia social, una de ellas (IDFS) se enfoca al miedo de los niños a enfrentar situaciones sociales más que a evaluar la sintomatología del trastorno en general (SCAS). Por su parte, los niños en la condición en lista de espera no mostraron cambios con el paso del tiempo. Independientemente de que se les preguntara sobre sus síntomas o sobre situaciones sociales, su malestar se mantuvo por arriba del punto de corte en cada evaluación sucesiva.

Una posible explicación de la diferencia en el curso de las mejoras alcanzadas en cada uno de los instrumentos de medida puede hallarse en el hecho de que el dominio de las habilidades sociales adquiridas durante el entrenamiento requieren de la práctica reiterada en distintas situaciones sociales, ya que el cambio no ocurre de inmediato. 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 ésta se presenta, la disminución de las puntuaciones en la escala de Ansiedad Social de Spence, que sólo explora 4 síntomas, requiere menos esfuerzo y tiempo. 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 (Baer & Garland, 2005; Barrett, 1998; Barrett, Duffy, Dadds & Rapee; 2001; García-López, et al., 2006; García-López, Beidel, et al., 2002; Gallagher, et al., 2004; Hernández-Guzmán, et al., 2002; Masia-Warner, et al., 2005; Méndez, Sánchez & Moreno, 2001; Olivares, et al., 2002; Olivares, et al., 2003; Olivares-Olivares, Rosa & Olivares, 2008). En todos los casos, las ganancias significativas se

manifestaron después de transcurrido cierto tiempo y no inmediatamente después de terminado el tratamiento.

La mejoría detectada desde el postest se presentó también en las dos medidas que se obtuvieron a partir de la información facilitada por los padres. De acuerdo con la percepción de los padres, al término del tratamiento cognitivo-conductual los síntomas de ansiedad de los niños disminuyeron. Una semana después del tratamiento los padres de todos los niños que recibieron el tratamiento, independientemente de que hubiesen recibido información sobre la fobia social o no, percibieron menos ansiedad en sus hijos. No obstante, los padres que participaron en el tratamiento percibieron aún menos ansiedad en sus hijos. Esto puede deberse a la deseabilidad social asociada con su participación en el estudio. Los padres del grupo control de lista de espera no percibieron cambio alguno en la ansiedad de sus hijos de una evaluación a otra. Excepto en la evaluación 6 meses después del tratamiento, en la que estos mismos informaron que había aumentado la ansiedad de sus hijos. Los puntajes en el segundo seguimiento los situó por encima del punto de corte.

Con respecto a los problemas sociales percibidos por los padres, éstos informaron de una mejoría significativa después del tratamiento para los grupos tratados. En el caso de los problemas sociales, los padres del grupo en el que sólo se intervino a los niños informaron en el postest que sus hijos habían disminuido sus problemas sociales en mayor proporción que lo informado por los padres del grupo de tratamiento combinado. Para el grupo de niños solos, una semana después los problemas sociales, de acuerdo con sus padres, cayó por debajo del punto de corte, lo que no ocurrió para el grupo combinado. Tres meses y 6 meses después los cambios significativos se mantuvieron para los 2 grupos de tratamiento, aunque esta vez el grupo combinado resultó con menores problemas sociales, según sus padres. Los problemas sociales percibidos por los padres de los niños del grupo de lista de espera continuaron situándose por encima del punto de corte a lo largo del tiempo.

Podría concluirse que, en general, hubo consistencia de una medida a otra y entre informantes. El tratamiento redujo la fobia social de los niños. No sólo los niños informaron sobre ésta, también sus padres observaron una reducción en el nivel de ansiedad y en los problemas sociales después del tratamiento. Se encontró coincidencia en ambas fuentes de información: los propios niños y los padres. El efecto se repitió, no sólo de una medida a otra, 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 la percepción de los padres.

El estrés parental es una variable que, de acuerdo con la literatura, se asocia con la psicopatología infantil (Serres & Solomon, 1999; Straus, 2000; Tajima, 2000). Es por ello, que para contribuir a la relevancia clínica de los resultados, se tomó en cuenta en el presente estudio. La pregunta a contestar era si después del tratamiento, al disminuir los síntomas de ansiedad social de los niños, también se observaba una reducción del estrés parental. En el presente estudio, el estrés de los padres no era muy elevado. No obstante, los padres del grupo en el que sólo los niños recibieron tratamiento manifestaron una reducción de su estrés 3 meses después de concluida la intervención. Por

otra parte, contrario a lo que podría esperarse de acuerdo con los hallazgos en la literatura, el grupo de padres que participaron junto con sus hijos en el tratamiento no mostraron cambios respecto a su nivel de estrés, debido tal vez a que ya de principio era bajo. El entrenamiento de los padres, adicional a la terapia de sus hijos con fobia social, les brindó estrategias para identificar y comprender las características del trastorno, así como su propia sintomatología de ansiedad. Los datos sobre la relación entre padres con estrés e hijos ansiosos han sido documentados ampliamente y debido a esto se hubiese esperado un cambio significativo con el paso del tiempo para el grupo de tratamiento combinado. Sería importante contar con datos de seguimiento a 12 o 18 meses para conocer si el nivel de estrés continúa sin cambio aún después de la reducción de los síntomas de ansiedad social de los hijos. Por su parte, el estrés de los padres, cuyos hijos no recibieron tratamiento, aumentó a partir del postest y mantuvo esa tendencia en las evaluaciones sucesivas. Esto podría sugerir que los niveles bajos desde un principio siguieron bajos para los padres que recibieron tratamiento, pero que los padres de los niños que no recibieron el tratamiento cognitivo-conductual mostraron un deterioro importante con el paso del tiempo. Al parecer, la adquisición de nuevos repertorios conductuales y la disminución de la ansiedad por parte de los niños repercuten en los niveles de estrés de sus padres.

Otra variable que podría modificarse, a partir de la disminución de los síntomas de ansiedad social de los niños, es la interacción de los padres con sus hijos. De hallarse una relación, podría sugerirse no sólo la eficacia, sino la efectividad del tratamiento. Se encontró que, efectivamente, los padres de los niños que recibieron tratamiento, independientemente de que hubiesen recibido información sobre el trastorno, manifestaron una disminución de sus interacciones negativas y un aumento de las positivas a partir de la disminución de los síntomas de fobia social de sus hijos. El cambio en la interacción negativa informada por los padres se presentó desde el postest, y se mantuvo a los 3 y 6 meses. En el caso de las interacciones positivas, los padres del grupo de solo niños mostraron cambios hasta los 3 y 6 meses y los del grupo combinado hasta los 6 meses. Por otra parte, y consistente con lo que se hubiese esperado de resultar eficaz y eficiente el tratamiento, los padres de los niños que no lo recibieron no manifestaron cambios en su interacción con sus hijos.

El ambiente familiar informado por los padres también reflejó los efectos del tratamiento, al mejorar sólo para los 2 grupos que recibieron tratamiento. El grupo que no recibió el tratamiento no mostró cambios. Los cambios observados en estas variables indican que, el tratamiento cognitivo-conductual no sólo reduce los síntomas de la fobia social, sino que el beneficio se extiende a otros ámbitos de funcionamiento personal y familiar, como lo es el estrés de los padres, la interacción entre padres e hijos y el ambiente familiar. En estudios futuros sería importante indagar si este efecto también se extiende a otros contextos sociales, como el escolar y el de los pares.

El segundo propósito del presente estudio era indagar si el proporcionar a los padres información sobre la fobia social, sus características, consecuencias y manifestaciones en combinación con el tratamiento de sus hijos, resultaba mejor que la intervención dirigida sólo a los niños. Los resultados indicaron que el malestar ante situaciones sociales propias de la fobia social, la participación de los padres no generó beneficios adicionales al tratamiento de los niños, aunque en el caso de la subescala de fobia social del SCAS si se apreció una mayor disminución de los síntomas en el grupo combinado.

Con respecto a la ansiedad y problemas sociales informados por los padres se encontró que aquellos padres que formaron parte del tratamiento de sus hijos los percibieron como menos ansiosos en comparación con aquéllos. cuyos hijos participaron solos. Esto se observó en todas las evaluaciones posteriores al tratamiento. Podría sugerirse que no sólo el hecho de que los niños reciban tratamiento disminuye la ansiedad y los problemas sociales de los niños con fobia social, sino que si sus padres participan se observa un beneficio adicional. Sin embargo, dado que este efecto no se observó tan claramente en la medida de la fobia social informada por los niños, este efecto podría deberse, más que al tratamiento, a la deseabilidad social por haber participado en el tratamiento.

Al evaluar el posible efecto de la participación de los padres sobre la interacción con sus hijos, no se observó diferencia entre ambos grupos de tratamiento. Sólo la interacción positiva, de acuerdo con los propios padres, aumentó 6 meses después para el grupo en el que participaron los padres. Tampoco se observó beneficio de incluir a los padres en el tratamiento de los niños sobre el estrés de los padres. Si bien la participación de los padres únicamente mostró una ligera ganancia 3 meses después del tratamiento, este efecto no se mantuvo 6 meses después. Un efecto parecido se observó en el ambiente familiar, pues no hubo diferencias entre ambos grupos.

Tal vez las limitaciones asociadas con las condiciones en las que participaron los padres explique la ausencia de efectos claros atribuibles a la participación de los padres. En el presente estudio, la participación de los padres se redujo a la evaluación y discusión de las metas del tratamiento con los terapeutas, y a compartir impresiones. También se estimuló la colaboración familiar y se discutió con ellos su propia experiencia ansiosa, así como de sus intentos por afrontar las situaciones que les provocaban ansiedad. Algunos autores tales como Siqueland, et al. (1996) habían sugerido que los niños en mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad provienen de entornos familiares ansiógenos, por lo que la investigación en este campo deberá explorar con mayor detalle el papel que desempeña la ansiedad de los padres.

El tercer propósito del estudio era conocer si el efecto del tratamiento se mantenía 3 meses y 6 meses después de la intervención. De la inspección de los resultados puede colegirse que los efectos del tratamiento no sólo se mantienen tiempo después del tratamiento, sino tienden a seguir mejorando. Esta mejora gradual, después de terminado el tratamiento, se observa no solamente en la reducción de los síntomas de la fobia social de los niños, sino en su funcionamiento familiar y en el estrés de sus padres. De cara al futuro, habrá que investigar, sin embargo, el efecto a largo plazo, por ejemplo, 12 y 18 meses después del tratamiento.

Finalmente, un último propósito fue indagar acerca de la relevancia clínica del tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social. 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, se analizó también la relevancia clínica de la intervención cognitivo conductual para niños con fobia social. Varios autores han coincidido en que la relevancia clínica se documenta cuando la persona, una vez sometida al tratamiento, no sólo reduce sus síntomas del trastorno, sino que además de mejorar su funcionamiento en sus contextos vitales, puntúa dentro de los

niveles de normalidad (Nietzel & Trull, 1988). Una de las aportaciones del presente estudio fue mostrar cambios clínicamente relevantes para todos los niños expuestos al tratamiento. Del cálculo de los índices de cambio confiable (Jacobson, et al., 1999), se halló que después del tratamiento algunos niños mostraron cambios estadísticamente significativos, pero aún con alguna sintomatología disfuncional, por lo que se les clasificó como “mejorados, pero no recuperados”. Aquéllos que terminaron dentro de los parámetros normales de fobia social se clasificaron como “recuperados”. En este estudio, 6 meses después del tratamiento, el 95% de los participantes del grupo de sólo niños se había recuperado y el resto mostraba mejoría de acuerdo con el índice de cambio confiable. El 88.9% de los niños del grupo de tratamiento combinado se recuperó y un niño mejoró, aunque otro tuvo un deterioro. En contraste, el 52.94% de los niños que no recibieron tratamiento sufrió deterioro y el 47.06% no mostró cambios después de 6 meses. Este hallazgo sobre la relevancia clínica del tratamiento es consistente con los resultados de los análisis estadísticos que no indican necesariamente un beneficio de incluir a los padres en el tratamiento, pero sí que la intervención dirigida a los niños investigada en el presente estudio es eficaz y eficiente. Es importante señalar que los participantes del grupo en lista de espera recibieron el tratamiento al final del estudio sin la participación de los padres, con resultados similares a los descritos arriba.

De acuerdo con Jacobson y Truax (1998), los cambios terapéuticos significativos de los participantes en cada caso deben considerarse como un punto importante a evaluar, por lo que una de las estrategias utilizadas en este estudio fue medir los cambios clínicamente significativos después del tratamiento.

El presente trabajo empleó un paquete de tratamiento que incluye varias técnicas, específicamente se adaptó para población infantil la IAFS (Intervención para Adolescentes con Fobia Social; Olivares & García-López, 1998). Esta intervención recurre principalmente a la exposición, la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, así como técnicas de relajación. Al igual que en los estudios con adolescentes. La IAFS se asoció en este estudio con la mejoría significativa de los niños. Aunque los esfuerzos iniciales dentro de esta línea de investigación habían aplicado y evaluado aisladamente los distintos componentes, la tendencia con el paso del tiempo ha sido la de emplear conjuntos de técnicas, pues conducen a mejores desenlaces (Albano & Kendall, 2002; Baer & Garland, 2005; Olivares & García-López, 2001).

Un estudio metaanalítico, realizado por Olivares, et al. (2003), ha concluido que los paquetes de tratamiento, como la IAFS, conducen a excelentes desenlaces, pues reducen y/o eliminan la sintomatología de la fobia social al finalizar el tratamiento y durante los seguimientos. La adaptación del IAFS a población infantil mexicana es una aportación más del presente estudio. Adaptación que incluye las técnicas más importantes para el tratamiento de la fobia social.

Una de las más relevantes es la técnica de exposición en vivo que, aunque insuficiente por sí sola, de acuerdo con autores como Alstrom, et al. (1984), Butler, et al. (1984), Emmelkamp, et al. (1985), Fava, et al. (2001), Mulkens, et al. (2001), Olivares y García-López (2002), Olivares, et al. (2006), Pina, et al. (2003) y Turner, et al. (1994) es un ingrediente indispensable para el éxito del tratamiento de la fobia social.

La exposición permitió a los niños romper la asociación entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad, y cambiar su modo de responder de ante éstas. También aprendieron que las consecuencias negativas anticipadas no ocurren. Por lo tanto no hallaban bases para temer y sí para controlar la ansiedad.

Se ha propuesto que la implementación adicional de ejercicios de reestructuración cognitiva, que incluyen la imaginación guiada, mantiene los logros terapéuticos (Fresco & Heimberg, 2001; Heimberg, 2001). Por medio de la reestructuración cognitiva fue posible reducir la influencia de los pensamientos disfuncionales, incrementar la solución de problemas así como construir perspectivas de afrontamiento funcionales en los niños. Al enfocarse en los aspectos cognitivos, es decir, en los pensamientos problemáticos que provocaban ansiedad y malestar en los niños, se modificaron los pensamientos distorsionados asociados con las situaciones que provocaban ansiedad y evitación. De acuerdo con Beck (1997), la reestructuración cognitiva corrige errores cognitivos típicos de los niños con fobia social y les dota de recursos para afrontar las situaciones temidas y prevenir las recaídas.

Otra técnica de la que el IAFS echa mano es el entrenamiento en habilidades sociales. Incluye el modelado por parte de los terapeutas, la representación de papeles, los ensayos conductuales, el reforzamiento social y las tareas en casa (Heimberg, 2002). No existen suficientes datos que apoyen que esta técnica por sí sola sea superior a la combinación de técnicas cognitivo conductuales. No obstante, es un elemento más que se ha sugerido que contribuye al éxito del tratamiento Heimberg, et al., (1985). El protocolo IAFS, aquí empleado, la incluye en combinación con la exposición y la reestructuración cognitiva.

Podría concluirse que este estudio muestra la eficacia, la relevancia, y eficiencia del protocolo IAFS adaptado a la población infantil con fobia social. Eficacia medida en cuanto a la reducción de síntomas, y eficiencia respecto a la capacidad del tratamiento para ubicar al fóbico social en el ámbito de la normalidad y funcionamiento en sus diversos contextos vitales.

Este trabajo, no obstante, 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 los síntomas de la fobia social. Las medidas de autoinforme difícilmente pueden descartar la deseabilidad social como explicación de los resultados. Quienes autoinforman tienden a responder de acuerdo con lo que se espera de ellos. Además, los instrumentos de 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, aunque cara en términos financieros y de esfuerzo, podría ayudar a resolver el problema de la deseabilidad social, por lo que se sugiere incluirla en estudios a futuro.

Se ha objetado, por otro lado, la aplicación reiterada de los instrumentos de medida, como ocurrió en el presente estudio, pues suelen influir sobre los resultados. Este problema debe abordarse en estudios a futuro. La observación directa de los niños en su ambiente social también podría resolver parte de este problema.

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.

El presente trabajo no se proponía explicar los determinantes de la fobia social, el modelo teórico del que parte la intervención estudiada aquí tiene su base en los principios del aprendizaje humano y en las explicaciones sobre el funcionamiento cognitivo y procesamiento de la información. Por lo que los resultados obtenidos arrojan cierta luz sobre la validez de los supuestos de los que parte el tratamiento cognitivo-conductual. Además del cúmulo de datos, tanto de investigación básica, como aplicada, que apoyan a los modelos explicativos que subyacen al tratamiento cognitivo-conductual, los estudios sobre la eficacia de los tratamientos, como el presente, coadyuvan indirectamente a mejorar los modelos explicativos de los que parten. Estudios futuros habrán de integrar como propósito el estudio de los componentes del tratamiento por separado para explicar con mayor detalle la ocurrencia de la fobia social. Será necesario considerar modelos que permitan realizar predicciones. El empleo de estrategias que permitan determinar el peso de las variables que predicen un trastorno psiquiátrico requerirá estudios que sometan a prueba los modelos explicativos y predictivos sobre la ocurrencia de la fobia social en la población infantil y su respuesta a los tratamientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington, VT: ASEBA.
- Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 12-17.
- Aisenberg, E., & Ell, K. (2005). Contextualizing community violence and its effects. An ecological model of parent-child interdependent coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(7), 855-871.
- Albano, A. M. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. A preliminary study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649 – 665.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1996). Anxiety disorders. En E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 196–241). New York: Guilford Press.
- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 129-134.
- Albano, A. M., Marten, P. A., & Holt, C. S. (1991). *Therapists 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. (2009). Mediators and moderators of outcome in the behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9), 945-953.
- Allgulander, C. (1999). Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo-controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(3), 193-198.
- Allgulander, C., Mangano, R., Zhang, J., Dahl, A. A., Lepola, U., Sjödin, I., et al. (2004). Efficacy of Venlafaxine ER in patients with social anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled, parallel-group comparison with paroxetine. *Human Psychopharmacology*, 19, 387-396.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., et al. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 55-67.
- Alstron, J. E., Nordlund, C. L., Person, G., Harding, M., & Ljungqvist, C. (1984). Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 97-110.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice Hall

- Anthony, W., Rogers, E. S., & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal, 39*(2), 101-113.
- Antony, M. M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaug, A., & Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1177-1185.
- Aouizerate, B., Martin-Guehl, C., & Tignol, J. (2004). Neurobiologie et pharmacothérapie de la phobie sociale. *L'Encéphale, 30*(4), 301-313.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1952). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-I)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 4th ed.)*. Quinta reimpresión (1998). Barcelona: Masson.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1071-1081.
- 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.
- Baldwin, D., Bobes, J., Stein, D. J., Scharwächter, I., & Faure, M. (1999). Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo controlled study. *British Journal of Psychiatry, 175*(2), 120-126.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S.H. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*(1), 3-11.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(3), 569-581.
- 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 and Clinical Psychology, 69*(1), 135-141.

- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 187-203.
- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(4), 276-284.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 545-552.
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C. A., & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 831-846.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Fink, C. M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent and discriminative validity of the social phobia and anxiety inventory for children (ISPAI-C). *Psychological Assessment*, 8(3), 235-240.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643-650.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1072-1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L., & Pathak, S. (2007). SET-C Versus Fluoxetine in the Treatment of Childhood Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1622-1632.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). Early onset depression: prevalence, course, and treatment seeking delay. *Salud pública de México*, 46(5), 417-424.
- Benjet, C., & Hernández-Guzmán, L. (2001). Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. *Adolescence*, 36(141), 47-65.
- Berman, S. L., Weems, C. F., Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, 31(4), 713-731.
- Bernstein, G. A., & Garfinkel, B. D. (1988). Pedigrees, functioning and psychopathology in families of school phobic children. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 70-74.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E., & Tennison, D. M. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1118-1127.
- Bernstein, G. A., Svingen, P. H., & Garfinkel, B. D. (1990). School phobia: Patterns of family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 24-30.

- Bhogal, K. S., & Baldwin, D. S. (2007). Pharmacological treatment of social phobia. *Psychiatry*, 6(5), 217-223.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, D. R., Faraone, S. V., Bolduc, E. A., Gersten, M., et al. (1990). Psychiatric correlates of behavioural inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47(1), 21-26.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., et al. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Bitran, S., & Barlow, D. H. (2004). Etiology and treatment of social anxiety: A commentary. *Journal of Clinical Psychology*, 60(8), 881-886.
- Blanco, C., Antia, S. X., & Liebowitz, M. R. (2002). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51(1), 109-120.
- Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P., et al. (2001). Randomized controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalized social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 179, 23-30.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., & Dal-Ré, R. (1999). Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. *Medicina Clínica*, 112(14), 530-538.
- 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
- Boulenger, J. P., & Capdevielle, D. (2007). Le traitement pharmacologique de l'anxiété généralisée : utilisation rationnelle et limitations. *L'Encéphale*, 33(1), 84-94.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Boyd, J. H., Rae, D. S., Thompson, J. W., Burns, B. J., Bourdon, K., Locke, B. Z., et al. (1990). Phobia: prevalence and riskfactors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 314-323.
- Brunello, N., den Boer, J. A., Judd, L. L., Kasper, S., Kelsey, J. E., Lader, M., et al. (2000). Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 61-74.
- Bubier, J. L., & Drabick, D. A. (2009). Co-occurring anxiety and disruptive behavior disorders: The roles of anxious symptoms, reactive aggression, and shared risk processes. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 658-669.

- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research, 42*(3), 230-239.
- Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J., & Joyce, P. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*(2), 101-107.
- Bushnell, J. (1998). *Guidelines for assessing and treating anxiety disorders*. Wellington: National Health Comité.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia. Some instructive difficulties. *Behavior Research and Therapy, 23*(6), 651-659.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. L., & Gelder, M. G. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(4), 642-650.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence, 30*(4), 165-176.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 834-856.
- 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.
- Bögels, S., & Tarrier, N. (2004). Unexplored issues and future directions in social phobia research. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 731-736.
- Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales: una estrategia multimodal*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Olivares, J. R., López-Gollonet, C., Isurtia, M. J., & Alcázar, A. I. R. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: Algunos datos empíricos. *Psicología Conductual, 11*(3), 539-562.
- Cairnay, J., McCabe, L., Veldhuizen, S., Corna, L. M., Streiner, D., & Herrmann, N. (2007). Epidemiology of social phobia in later life. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(3), 224-233.
- \*Canino, G. J., Bird, H. R., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martínez, R., et al. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry, 44*, 727-735.
- Cano, A. V., & Tobal, M. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA. *Psicología Contemporánea, 6*, 14-21.

- Carter, S. A., & Wu, K. D. (in press). Relations among symptoms of social phobia subtypes, avoidant personality disorder, panic, and depression. *Behavior Therapy*,
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, *26*(7), 817-833.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N., & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: Social skills deficit, or cognitive distortion. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(1), 131-141.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(1), 7-18.
- Chapman, T. F., Mannuzza, S., & Fyer, A. J. (1995). *Epidemiology and familial studies of social phobia*. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 21-40). New York: Guilford Press.
- Chorney, D. B. (2006). *Social status and behavioral observations of children exhibiting comorbid anxiety and ADHD symptoms*. Tesis de Maestría no publicada, West Virginia University, EUA.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychology Bulletin*, *124*(1), 3-21.
- Chu, B. C., & Harrison, T. L. (2007). Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *10*(4), 352-372.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., & Lohr, J. M. (2009). Disgust, fear, and the anxiety disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *29*(1), 34-46.
- Clark, D. B., Feske, U., Masia, C. L., Spaulding, S. A., Brown, C., Mammen, O., et al. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Journal of Depression and Anxiety*, *6*(2), 47-61.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The Role of Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *66*(6), 893-905.
- Comeche, M. I., Díaz, M., & Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(8), 930-956.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Chung, H., Clary, C., & Yang, R. (2002). Efficacy of sertraline in two randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter trials for social phobia (social anxiety disorder): Combined results. *European Neuropsychopharmacology*, *12*(Supplement 3), 350-350.

- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Wesler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, *176*, 379–386.
- Cottraux, J. (2005). Recent developments in research and treatment for social phobia (social anxiety disorder). *Current Opinion in Psychiatry*, *18*(1), 51-54.
- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W., & Karpinski, D. C. (2002). Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, *33*(4), 479-491.
- Cox, R. H., Robb, M., & Russell, W. D. (2001). Construct validity of the revised anxiety rating scale (ARS-2). *Journal of Sport Behavior*, *24*(2), 10-19.
- Craske, M. G., & Craig, K. D. (1984). Musical performance anxiety: The three-systems model and self-efficacy theory. *Behavior Research and Therapy*, *22*(3), 267-280.
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(10), 1182-1189.
- Creswell, C., & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *10*(3), 232-252.
- 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). New York: Oxford University Press.
- Dabkowska, M. (2004). Social phobia in children and adolescents. *Psychiatry Polish*, *38*(4), 589-602.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at follow up. *Journal of Consulting of Clinical Psychology*, *67*(1), 145-150.
- Dadds, M. R., Seinen, A., Roth, J., & Harnett, P. (2000). Early intervention for anxiety disorders in children and adolescents. Vol. 2. En: R. Kosky, A. O'Hanlon, G. Martin, & C. Davis (Eds.), *Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health*. Adelaide: The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People.
- Davidson, J. R., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, *23*(3), 709-718.
- Davidson, J. R., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., et al. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *61*(10), 1005-1013.
- Davidson, J. R., Ford, S., Smith, R., & Potts, N. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52* (11, Suppl.), 16-20.

- Davidson, J. R., Yaryura-Tobias, J., DuPont, R., Stallings, L., Barbato, L. M., Gerritsen, R., et al. (2004). Fluvoxamine-controlled release formulation for the treatment of generalized social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *24*(2), 118-125.
- Degonda, M., & Angst, J. (1993). The Zurich Study: XX. Social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *243*(2), 95-102.
- Del Barrio, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Psychological Assessment*, *6*(2), 171-209.
- Den Boer, J. A., Van Vliet, I. M., & Westenberg, H. G. M. (1994). Recent advances in the psychopharmacology of social phobia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *18*(4), 625-645.
- DeRosier, M. E., & Gilliom, M. (2007). Effectiveness of a parent training program for improving children's social behavior. *Journal of Child and Family Studies*, *16*(5), 660-670.
- DeWit, D. J., Ogborne, A., Offord, D. R., & MacDonald, K. (1999). Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychological Medicine*, *29*(3), 569-582.
- Dick, C. L., Sowa, B., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Phobic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *376*(Suppl), 36-44.
- Dinnel, D. L., Kleinknecht, R. A., & Tanaka-Matsumi, J. (2002). A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*(2), 75-84.
- Dostanic, N., Djerić, A., Daragan-Saveljic, J., & Raicevic, S. (2009). P01-29 Some aspects of social phobia and its relationship with substance use disorder. *European Psychiatry*, *24*(Supplement 1), 417-417.
- Dozois, D. J. A., & Frewen, P. A. (2006). Specificity of cognitive structure in depression and social phobia: A comparison of interpersonal and achievement content. *Journal of Affective Disorders*, *90*, 101-109.
- Drake, K. L., & Kearney, C. A. (2008). Child anxiety sensitivity and family environment as mediators of the relationship between parent psychopathology, parent anxiety sensitivity and child anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *30*(2), 79-86.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001) Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, *9*(3), 513-525.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M., Mersch, P., Vicia, E., & Van der Helm, M. (1985). Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behavior Research and Therapy*, *23*(3), 365-369.

- \*Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143-156.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279.
- Ezpeleta, L. (1990). Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil. *Evaluación Psicológica*, 6(1), 33-64.
- Fallon, I. R., Lloyd, G. G., & Harpin, R. E. (1981). The treatment of social phobia: Reallife rehearsal with nonprofessional therapist. *Journal Nervous Mental Disorders*, 169, 180-184.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., & Perone, A. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15(1), 17-24.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., et al. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15(1), 17-24.
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Ruini, C., Conti, S., & Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of social phobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31(5), 899-905.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 311-324.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H.-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.
- Ferdinand, R. F., Lang, N. D. J., Ormel, J., & Verhulst, F. C. (2006). No distinctions between different types of anxiety symptoms in pre-adolescents from the general population. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 207-221.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioural versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- 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.
- \*Flannery-Shroeder, E. C., Choudhury, M. S., & Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 253-259.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive and Therapy Research*, 24(3), 251-278.
- Fong, G., & Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 4(8), 77-81.

- Francis, G., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1992). Avoidant personality disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1086-1089.
- Fremont, W. P. (2003). School refusal in children and adolescents. *American Family Physician, 68*(8), 1555-1563.
- Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2001). Empirically supported psychological treatments for social phobia. *Psychiatric Annals, 31*, 489-496.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*(8), 416-424.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y., & Klein, D. F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of general psychiatry, 52*(7), 564-573
- 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*(4), 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*(2), 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.
- García-Portilla, M. P., Bascarán, T. F., & Saiz, P. A. (2001). *Evaluación psicométrica de la fobia social (trastorno de ansiedad social)*. Interpsiquis. Disponible en: <http://www.interpsiquis.com/2004/index.shtml>
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., et al. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 48*(10), 938-945.
- Gerlach, A. L., Wilhelm, F. H., & Roth, W. T. (2003). Embarrassment and social phobia: The role of parasympathetic activation. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 197-210.
- Gil-Bernal, F. (2004). *Un instrumento para medir la fobia social*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gil-Bernal, F. & Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología, 40*(1), 89-104.
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry, 14*, 143-154.
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 28-43.

- Glass C. R., Merluzzi T. V., Biever J. I., & Larsen K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 37-55.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European psychiatry*, 15(1), 38-45.
- Gold, N., Benbenishty, R., & Osmo, R. (2001). A comparative study of risk assessments and recommended interventions in Canada and Israel. *Child Abuse and Neglect*, 25(5), 607-622.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 291-306.
- 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.
- Gray, J. (1971). *The psychology of fear and stress*. London: Weidenfeld.
- Gregory, A. M. (2008). Finding gene-environment interactions for anxiety. *Psychiatry*, 7(12), 525-528.
- Grilo, C. M., Levy, K. N., Becker, D. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1996). Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Services*, 47(4), 426-429.
- Gruber, K., Moran, P. J., Roth, W. T., & Taylor, C. B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 32(1), 155-165
- Hartenberg, P. (1901). *Les timides et la timidité*. Paris: Félix Alcan.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721-726.
- Heimberg, R. G. (2001). Current status of Psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(Suppl 1), 36-42.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101-108.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(4), 236-345.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia. Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 172-179.

- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., et al. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, *55*(12), 1133-1141.
- Heimberg, R. G., Salzman, D., Holt, C. S., & Blendell, K. (1993). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, *17*(4), 325-329.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schoeder, B., & Witzleben, I. (2002). Validity and reliability of the social interaction anxiety scale (SIAS) and the social phobia scale (SPS). *Verhaltenstherapie*, *12*(1), 26-35.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *36*(2), 125-138.
- Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(2), 332-339.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mac Graw-Hill.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- 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.
- Hernández-Guzmán, L., & Sánchez-Sosa, J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, *8*(1 y 2), 83-90.
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M., et al. (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.
- Hidalgo, M. D., López-Pina, J. A., Inglés, C. J., & Méndez, F. X. (2002). Análisis psicométrico del cuestionario de confianza para hablar en público. *Anales de Psicología*, *18*(2), 333-349.
- Himle, J. A., & Hill, E. M. (1991). Alcohol abuse and the anxiety disorders: Evidence from the epidemiologic catchment area survey. *Journal of Anxiety Disorders* *5*(3), 237-245.
- Hodges, K. (1993). Structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *34*(7), 49-68.

- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A., & Liddle, H. A. (2008). Treatment Adherence, Competence, and Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 544-555.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(2), 318-325.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Research & Therapy, 33*(6), 637-650.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy, 39*(12), 1411-1427.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*(4), 336-352.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchy, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 300-307.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. En A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 521-538). USA: American Psychological Association.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan.
- Jansen, M. A., Arntz, A., Merckelbach, H., & Mersch, P. P. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(2), 391-395.
- Jerremalm, A., Jansson, L., & Öst, L. G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy, 24*(2), 171-180.
- Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2007). Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Annals of General Psychiatry, 6*, 6.
- Kanter, N., & Goldfried, M. R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy, 10*(4), 472-490.
- Karevold, E., Røysamb, E., Ystrom, E., & Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology, 45*(4), 1051-1060.

- 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(2), 189-202.
- Kazdin, A. E. (1997). A model for developing affective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 26(2), 114-129.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332-339.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinava*, Suppl(417), 85-94.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 595-599.
- Kendall, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 3-6.
- Kendall, P. C. (1999). Clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 283-284.
- Kendall, P. C., Brady, E. U., & Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 787-794.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P. C., Stark, K. D., & Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion of childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(3), 255-270.
- Kendall, P. C., & Warman, M. J. (1996). Anxiety Disorders in Youth: Diagnostic Consistency Across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(6), 453-463.
- Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana. Mc Graw Hill.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw Hill
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, M. A., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence or DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29(3), 555-567.

- Kim, E.-J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(1), 69-86.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review, 28*(4), 592-612.
- King, N., Murphy, G. C., & Heyne, D. (1997). The nature and treatment of social phobia in youth. *Counselling Psychology Quarterly, 10*(4), 377-388.
- Knox, L. S., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Parental involvement in the treatment of childhood obsessive compulsive disorder: A multiple-baseline examination incorporating parents. *Behavior therapy, 27*(1), 93-114.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, et al. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panameña de Salud Pública, 18*(4/5), 229-240.
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children - Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 22*(1), 17-27.
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2001). Social phobia: prevalence and diagnostic threshold. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(Suppl 1), 5-10.
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy*. Vol. 3 (pp. 90-103). Washington, DC: American Psychological Association.
- Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(4), 404-411.
- Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(Suppl 17), 33-38.
- Lecrubier, Y., & Weiller, E. (1997). Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology, 12*(Suppl 6), S17-21.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European psychiatry, 15*(1), 5-16.
- Leitenberg, H., Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 528-536.
- Lepine, J. P., & Lellouch, J. (1995). Classification and epidemiology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 244*(6), 290-296.
- Li, D., Chokka, P., & Tibbo, P. (2001). Toward an integrative understanding of social phobia. *Journal of Psychiatry Neuroscience, 26*(3), 190-202.
- Liebowitz, M. R. (1987). Delineating social phobia. *British Journal of Psychiatry, 150*(5), 718-719.

- Liebowitz, M. R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., et al. (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, *49*(4), 290-300.
- Liebowitz, M. R., Stein, M. B., Tancer, M., Carpenter, D., Oakes, R., & Pitts, C. D. (2002). A randomized, double-blind, fixed-dose comparison of paroxetine and placebo in the treatment of generalized social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(1), 66-74.
- Lipsitz, J. D., & Schneier, F. R. (2000). Social phobia: Epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics*, *18*, 23-32.
- Lohr, J. M., Olatunji, B. O., & Sawchuk, C. N. (2007). A functional analysis of danger and safety signals in anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology Review*, *27*(1), 114-126.
- Low, N. C., Cui, L., & Merikangas, K. R. (2008). Specificity of familial transmission of anxiety and comorbid disorders. *Journal of Psychiatric Research*, *42*(7), 596-604.
- Lydiard, R. B., Lesser, I. M., Ballenger, J. C., Rubin, R. T., Laraia, M., & DuPont, R. (1992). A fixed-dose study of alprazolam 2 mg, alprazolam 6 mg, and placebo in panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *12*(2), 96-103.
- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, *34*(7), 343-351.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *53*(2), 159-168.
- Manassis, K., Hudson, J. L., Webb, A., & Albano, A. M. (2004). Beyond behavioral inhibition: Etiological factors in childhood anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, *11*(1), 3-12.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., et al. (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.
- Mancini, C., & Van Ameringen, M. (1996). Paroxetine in social phobia. *Journal of clinical psychiatry*, *57*(11), 519-522.
- March, J. S., Parker, J. D. A., & Sullivan, K. (1997). The multidimensional anxiety scale for children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(4), 554 - 564.
- Mardomingo, M. J. S. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, *3*(10), 237-247.
- Marks, I. M. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *56*(Suppl 5), 25-31.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different age of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry*, *123*(2), 218-221.

- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17(3), 263-267.
- Marzillier, J. S., Lambert, C., & Kellett, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitisation and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14(3), 225-238.
- Mash, E., & Terdal, L. (1981). *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press.
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M., et al. (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(7), 780-786.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, D., Herrenkohl, T. I., Lengua, L. J., & McCauley, E. (2004). Predicting depression, social phobia, and violence in early adulthood from childhood behavior problems. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 307-315.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455-470.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20(1), 3-23.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 1-10.
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3030-3040.
- \*McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., & et al. (1990). *DSM-III disorders in a large sample of adolescents: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 29(4), 611-619.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Méndez, F. X., Sánchez, J., & Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9(3), 39-59.

- Mendlowitz, S., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. (1999). Cognitive behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(10), 1223-1229
- Merikangas, K. R., & Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 244*(6), 297-303.
- Merikangas, K. R., & Kalaydjian, A. (2007). Magnitude and impact of comorbidity of mental disorders from epidemiologic surveys. *Current Opinion in Psychiatry, 20*, 353-358.
- Mersch, P. P. (1995). The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 259-269.
- Mersch, P., Emmelkamp, P., Bögels, S., & Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behavior Research and Therapy, 27*(4), 421-434.
- Messer, S. C., & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorder. *Journal of American Academy and Child Adolescent Psychiatry, 33*(7), 975-982.
- Micco, J. A., Henin, A., Mick, E., Kim, S., Hopkins, C. A., Biederman, J., et al. (2009). Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1158-1164.
- Michelson, L., Sugai, D., Wood, R., & Kazdin, A. E. (1983). *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miller, L. C., Barret C. L., Hampe, E., & Noble, H. (1972). Factor structure of childhood fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39*(2), 264-268.
- Miller, L. D. (2008). Facing Fears: The Feasibility of Anxiety Universal Prevention Efforts with Children and Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(1), 28-35.
- Molina, A. M. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista Psiquiátrica. Psicología del niño y del adolescente, 2*(1), 23-40.
- Montgomery, S. A., Racagni, G., Stein, M. B., & Wittchen, H. U. (2000). Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders, 60*(1), 61-74.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interaction between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(3), 471-476.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, Ca.: Consulting Psychologists Press.
- Moreno, G. P. J., Méndez, X. C., & Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: Una revisión metaanalítica. *Psicothema, 12*(3), 346-352.

- Moreno, G. P. J., Méndez, X. C., & Sánchez-Meca, J. (2001). Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: A meta-analytic review. *Psychology in Spain*, 5(1), 17-25.
- Morris, T. L. (2001). Childhood anxiety disorders: Etiology, assessment, and treatment in the new millennium. *Current Psychiatry Reports*, 3(4), 267-272.
- Morris, T. L., & Masia, C. L. (1998). Psychometric evaluation of the social phobia and anxiety inventory for children: Concurrent validity and normative data. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 452-458.
- Mulkens, S., Bögels, S. M., Jong, P. J., & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(5), 413-432.
- Muris, P., Du Plessis, M., & Loxton, H. (2008). Origins of common fears in South African children. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1510-1515.
- Muris, P., Merckelbach, H., Jong, P. J., & Ollendick, T. H. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children: a critique of the non-associative account. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 185-195.
- \*Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., & Sundin, Ö. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(5), 646-660.
- 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(5), 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.
- Nauta, M. H. (2005). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. The Netherlands: Febodruk bv, Enschede.
- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T., & Taylor, C. B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy*, 25(3), 503-517.
- Nietzel, M. T., & Trull, T. J. (1988). Meta-analytic approaches to social comparisons: A method for measuring clinical significance. *Behavioral Assessment*, 10, 146-159.
- Nock, M. K., Ferriter, C., & Holmberg, E. (2007). Parent beliefs about treatment credibility and effectiveness: Assessment and relation to subsequent treatment participation. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 27-38.

- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: Ten-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 402-409.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E., & Wong, M. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 559-63.
- Olivares, J. (Dir. & Coord.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia (14-18 años)*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Alcázar, R., & García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia: el miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Olivares, J., Alcázar, R., Caballo, V. E., García – López, L. J., Orgilés, A. M., & López – Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: Una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11(3), 599-622.
- Olivares, J., & 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., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I., & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427.
- Olivares, J., & García-López, L. J. (1998). Therapy for adolescents with social phobia generalized: a new cognitive-behavioral treatment protocol for social phobia in adolescence. Manuscrito no publicado.
- 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(3), 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(2), 147-164.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M., & 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(1), 67-78
- Olivares, J., Piqueras, J., & Rosa, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18(2), 207-212.
- Olivares, J., Piqueras, J., & Rosa, A. I. (2006). Detección e intervención temprana en mutismo selectivo. En F. X. Méndez, J. P. Espada, & M. Orgilés (Eds.), *Intervención Psicológica y*

- educativa con niños y adolescentes: Estudio de casos escolares* (pp. 337-361). Madrid: Pirámide.
- 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), 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-Villaruel, P. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, *21*, 153-162.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, *21*(6), 685-692.
- Ollendick, T. H., & Francis, G. (1988). Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavior Modification*, *12*(2), 165-204.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (2004). *Handbook of Interventions that Work with Children & Adolescents: Prevention and Treatment*. EUA: John Wiley & Sons.
- Ontiveros, A., & Fontaine, R. (1990). Social phobia and clonazepam. *Canadian Journal of Psychiatry*, *35*(5), 439-441.
- 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>
- Öst, L. G. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*(2), 223-229.
- Öst, L. G., Jerremalm, A., & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *19*(1), 1-16.
- 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.
- Pakriev, S., Vasar, V., Aluoja, A., & Shlik, J. (2000). Prevalence of social phobia in the rural population of Udmurtia. *Nordic Journal of Psychiatry*, *54*(2), 109-112.

- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy, 13*(5), 638-650.
- Perugi, G., Toni, C., & Akiskal, H. S. (1999). Anxious-bipolar comorbidity. Diagnostic and treatment challenges. *Psychiatric Clinics of North America, 22*(3), 565-583.
- Peters, L. (2000). Discriminant validity of the social phobia and anxiety inventory (SPAI), the social phobia scale (SPS) and the social interaction anxiety scale (SIAS). *Behavior Research and Therapy, 38*(9), 943-950.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Fuentes, R. M., Kurtines, W. M., & Weems, C. F. (2003). Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: Treatment effects and maintenance for Hispanic/Latino relative to European-American youths. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(10), 1179-1187.
- Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A., & Montgomery, S. A. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 42*(2-3), 145-153.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. E., & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*(7), 395-400.
- Pfeffer, C. R., Lipkins, R., Plutchik, R., & Mizruchi, M. (1988). Normal children at risk for suicidal behavior: a two-year follow-up study. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*(3), 357-361.
- Pollard, C. A., & Henderson, J. G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*(7), 440-445.
- Przeworski, A., & Newman, M. G. (2004). Palmtop computer-assisted group therapy for social phobia. *Journal of Clinical Psychology, 60*(2), 179-188.
- Ramos, V., Olivares, J., Piqueras, J. A., & Rosa A. I. (2002). Comorbilidad entre el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de ansiedad generalizada en población adolescente. *Symposium sobre trastornos de la personalidad: Evaluación y tratamiento*. Granada
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A.-M., Tuomisto, M. T., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research, 153*(3), 261-270.
- Rapee, R. M., Gaston, J. E., & Abbott, M. J. (2009). Testing the Efficacy of Theoretically Derived Improvements in the Treatment of Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 317-327.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Journal of Clinical Psychology Review, 24*(7), 737-767.

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, *264*(19), 2511-2518.
- Reich, J. H., & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, *29*(1), 72-75.
- Reiter, S. R., Pollack, M. H., Rosenbaum, J. F., & Cohen, L. S. (1990). Clonazepam for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *51*(11), 470-472.
- Richa, S., Kazour, F., & Baddoura, C. (2008). Comorbidité des troubles anxieux avec l'alcoolisme. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, *166*(6), 427-430.
- Roberson-Nay, R., Strong, D. R., Nay, W. T., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). Development of an Abbreviated Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Using Item Response Theory: The SPAI-23. *Psychological Assessment*, *19*(1), 133-145.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., & Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(1), 38-45.
- Rodebaugh, T. L., & Chambless, D. L. (2004). Cognitive therapy for performance anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, *60*(8), 809-820.
- Rubin, S., Spates, C. R., Johnson, D. A., & Jouppe, L. (2009). Dosed versus prolonged exposure in the treatment of fear: An experimental evaluation and review of behavioral mechanisms. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(6), 806-812.
- Safford, S.M., Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Webb, A., & Sommer, H. (2005). A longitudinal look at parent-child diagnostic agreement in youth treated for anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*(4), 747-757.
- Salaberría, K., & Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, *21*, 151-179.
- Sánchez-Sosa, J. J., & Hernández- Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, *9*(1), 27-33.
- Sandler, I. N., Kim-Bae, L. S., & MacKinnon, D. (2000). Coping and negative appraisal as mediators between control beliefs and psychological symptoms in children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(3), 336-347.
- Sareen, J., Chartier, M., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2006). Illicit drug use and anxiety disorders: Findings from two community surveys. *Psychiatry Research*, *142*(1), 11-17.
- Sareen, L., & Stein, M. (2000). A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs*, *59*(3), 497-509.
- Schatzberg, A. F., Samson, J. A., Rothschild, A. J., Bond, T. C., & Regier, D. A. (1998). McLean Hospital depression research facility: early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *British Journal of Psychiatry*, *34*, 29-34.

- Schneier, F. R. (1991). Social phobia. *Psychiatric Annals*, 21, 349-352.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 282-288.
- Schniering, C. A., Hudson, J. L., & Rapee, M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453-478.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social Phobia: nature and treatment. En H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of Social and Evaluation Anxiety* (pp. 269-324). New York: Plenum Press.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., & Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 675-681.
- Secretaría de Salud (2005). Boletín especial de salud mental. La epidemiología de la salud mental en México. Recuperado el 5 de Enero de 2009, de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/epidism.htm>
- Serres, F., & Solomon, C. R. (1999). Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. *Child Abuse and Neglect*, 23(4), 339-351.
- Sevillá, J., & Pastor, C. (2003). Cómo tratar con éxito la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 699-712.
- Shortt, A. L., Barret, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the fiends program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 525-535.
- Silva, F. & Martorell, M. C. (1987). *BAS-3: Bateria de Socialización (autoevaluación)*, Madrid: Tea
- Silverman W. K., & Rabian B. (1995). Test-retest reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders symptoms using the Anxiety Disorders Interview Schedule for children. *Journal of Anxiety Disorders* 9(2), 139-150.
- Silverman, W. K. (2003). Using CBT in the treatment of social phobia, separation anxiety and GAD. *Psychiatric Times*, 20(9), 1270-1278.
- Silverman, W. K., & Eisen, A. R. (1992). Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 117-124.
- Silverman, W. K., Ginsburg, G. S., & Kurtines, W. M. (1995). Clinical issues in the treatment of children with anxiety and phobic disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 59-72.
- Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (1999). Short-term treatment for children with phobic and anxiety problems: A pragmatic view. *Crisis Intervention*, 5, 119-131.
- Silverman, W. K., & Nelles, W. B. (1998). The anxiety disorders interview schedule for children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 772-778.

- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction style. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 25*(2), 225-237.
- 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.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S., & Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry, 144*(1), 53-57.
- Smits, A. A. J., Powers, M. B., Buxkamper, R., & Telch, M. J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy, 44*(12), 1773-1775.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Hofler, M., Kessler, R. C., & 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*(1), 67-74.
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 30*(3), 422-436.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 280-297.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 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.
- Stangier, U., Heidenreich, M. P., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(9), 991-1007.
- Stein, M. B., & Chavira, D. A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 50*(Suppl 1), 11-16.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet, 371*(9618), 1115-1125.
- Stein, M. B., Chavira, D. A., & Jang, K. L. (2001). Bringing up bashful baby. Developmental pathways to social phobia. *Psychiatric Clinics of North America, 24*(4), 661-675.
- Stein, M. B., Fyer, A. J., Davidson, J. R., Pollack, M. H., & Wiita, B. (1999). Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry, 156*(5), 756-760.
- Stein, M. B., Tancer, M. E., Gelernter, C. S., Vittone, B. J., & Uhde, T. W. (1990). Major depression in patients with social phobia. *American Journal of Psychiatry, 147*(5), 637-639.

- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, *151*(3), 408-412.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Heidgerken, A. D., Fisher, P. H., Pincus, D. B., & Liebowitz, M. R. (2006). Factor structure of the Liebowitz social anxiety scale for children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, *37*, 25-37.
- Straus, M. A. (2000). Corporal punishment and primary prevention on physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, *24*(9), 1109-1140.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y., & Lavallee, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, *31*(8), 714-719.
- Sweeney, M., & Pine, D. (2004). Etiology of fear and anxiety. En T. H. Ollendick & J. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 34-60). New York: Oxford University Press.
- Tajima, E. A. (2000). The relative importance of wife abuse as a risk factor of violence against children. *Child Abuse and Neglect*, *24*(11), 383-398.
- \*Taube-Schiff, M., Suvak, M. K., Antony, M. M., Bieling, P. J., & McCabe, R. E. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(4), 687-698.
- Taylor, J. E., Deane, F. P., & Podd, J. V. (2000). Determining the focus of driving fears. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*(5) 453-470.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *27*(1), 1-9.
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B., et al. (2001). Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: A PET-study. *American Journal of Psychiatry*, *158*(7), 1220-1226.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. M., & Shaw, P. (1978). The treatment of social failure. A comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification*, *2*(1), 41-60.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A., & Jacob, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(1), 102-106.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(2), 350-358.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*(4), 523-527.

- Turner, S. M., Beidel, D. C., Long, P. J., Turner, M. W., & Townsley, R. M. (1993). A composite measure to determine the functional status of treated social phobics: The social phobia endstate functioning index. *Behavior Therapy, 24*(2), 265-275.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(2), 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Wolff, P. L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: The index of social phobia improvement. *Behaviour Research and Therapy, 32*(4), 471-476.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S., & Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 34*(10), 795-804.
- Wacker, H. R., Mulleijans, R., Klein, K. H., & Battegay, R. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to the ICD-10 and DSM-III-R using the composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods Psychiatry Research, 2*, 91-100.
- Wagner, K. D., Berard, R., Stein, M. B., Wetherhold, E., Carpenter, D. J., Perera, P., et al. (2004). A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 61*(11), 1153-1162.
- Walker, J. R., & Kjernisted, K. D. (2000). Fear: the impact and treatment of social phobia. *Journal of Psychopharmacology, 14*(2 Suppl 1), 13-23.
- Wamboldt, M. Z., Wamboldt, F. S., Gavin, L., & McTaggart, S. (2001). A parent-child relationship scale derived from the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(8), 945-953.
- Valero, L. (1997). La evaluación del comportamiento infantil: Características y procedimientos. *Apuntes de Psicología, 51*, 51-79.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Fervolden, P., & Oakman, J. (2000). Drugs in development for social anxiety disorder: more to social anxiety than meets the SSRI. *Expert Opinion of Investigational Drugs, 9*(10), 2215-2231.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, G., & Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders, 21*(2), 93-99.
- 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.
- Van der Linden, G. J. H., Stein, D. J., & Van Balkom, A. J. L. M. (2000). The efficacy of the selective Serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology, 15*(Suppl 2), 15-23.

- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R., & Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. *British Journal of Psychiatry*, *161*(3), 353-360.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Pinto, S., Saboya, E., & Kovacs, R. (1996). The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *International Clinical Psychopharmacology*, *11*(Suppl 3), 83-88.
- Viana, A. G., Rabian, B., & Beidel, D. C. (2008). Self-report measures in the study of comorbidity in children and adolescents with social phobia: Research and clinical utility. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(5), 781-792.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *34*(4), 506-514.
- Victor, A. M., Bernat, D. H., Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(6), 835-848.
- Wasserstein, S., & La Greca, A. M. (1996). Can peer support buffer against behavioral consequences of parental discord? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *25*(2), 177-182.
- Waters, A. M., Ford, L. A., Wharton, T. A., & Cobham, V. E. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a Child + Parent condition versus a Parent Only condition. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(8), 654-662.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*(4), 448-457.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T., Turk, C. L., Schneier, F. et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the brief fear of negative evaluation scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, *17*(2), 179-190.
- Weeks, M., Coplan, R. J., & Kingsbury, A. (2009). The correlates and consequences of early appearing social anxiety in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(7), 965-972.
- Weems, C. F., Silverman, W. K., & La Greca, A. M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(1), 63-72.
- Weiller, E., Bisslerbe, J. C., Boyer, P., Lepine, J. P., & Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, *168*(2), 169-174.
- Wells, A., & Clark D.M. (1997), Social phobia: a cognitive approach. En D.C. Davey (Ed.), *Phobias: A Handbook of Description, Treatment and Theory*. Chichester: Wiley.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(9), 899-913.

- Wells, J. C., Tien, A. Y., Garrison, R., & Eaton, W. W. (1994). Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *90*(2), 84-90.
- Wells, J. E., Bushnell, J. A., Hornblow, A. R., Joyce, P. R., & Oakley-Browne, M. A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *23*(3), 315-3
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(6), 826-836.
- 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.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(3), 245-274.
- Wittchen, H. U., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, *11*(Suppl 3), 15-23.
- Wittchen, H. U., & Lépine, J. P. (1998). Prevalence, incidence and syndrome stability of generalized and non-generalized social phobia in adolescents and adults. *European Psychiatry*, *13*(Supplement 4), 169-169.
- Wittchen H. U., Stein M. B., & 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*(2), 309-323.
- Vizcarro, C., León, D., Garcimarin, J., García, J., Llorente, G., Romero, J., et al. (1996). Aportaciones de una entrevista estructurada (SADS) al acuerdo interjueces en el diagnóstico por medio de los criterios de diagnóstico para la investigación. *Psychological Assessment*, *4*, 99-114.
- Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *2*(1), 27-30.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(1), 134-151.
- 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.
- Woolfenden, S. R., Williams, K., & Peat, J. K. (2002). Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Archives of Diseases in Childhood*, *86*(4), 251-256.
- Young, J. G., O'Brien, J. D., Gutterman, E. M., & Cohen, P. (1997). Research on the clinical interview. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, *26*(5), 613-620.

Zuuren, F. J. Van (1987). Personality differences within a diagnostic entity: types of phobia in men and women. *Personality and Individual Differences*, 8(1), 101-13.

## ANEXO A. Cuadernillo de Aplicación Niños

ID: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
 Grado y grupo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Entrevistador: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE FOBIA SOCIAL  
 (IDFS; Gil-Bernal, 2004)

A continuación se te presentarán una serie de situaciones que viven con frecuencia la mayoría de los niños. Por favor responde de acuerdo a como te sientas en cada una de ellas.

En este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas ya que no es un examen de conocimientos sólo nos interesa que contestes lo que sientes de una manera sincera.

La forma de responder a las preguntas es la siguiente:

¿Qué tanto te incomoda?

1	2	3
Nada	Regular	Mucho

EJEMPLO:

Levantar la mano para preguntar algo en clase

1	2	3
Nada	Regular	Mucho

Si colocas una cruz X en el número 1 quiere decir que levantar la mano en clase no te incomoda  
 NADA

Si colocas una cruz X en el número 2 quiere decir que levantar la mano en clase te incomoda  
 REGULAR

Si colocas una cruz X en el número 3 quiere decir que levantar la mano en clase te incomoda  
 MUCHO

¿QUE TANTO TE INCOMODA?	NADA	REGULAR	MUCHO
1. Hablar con un niño (a) que no conoces.			
2. Compartir un juguete con otros niños (as).			
3. Comer junto con otros niños (as) cuando falta tu mejor amigo			
4. Jugar y corretear por el patio de la escuela.			
5. Jugar a las escondidas con varios niños (as).			
6. Jugar a las correteadas con varios niños (as).			
7. Abrazar a un compañero.			
8. Participar en competencias con otros niños (as).			
9. Jugar y platicar con niños (as) más grandes.			
10. Pedirle a otro niño(a) algo prestado.			
11. Jugar y platicar con niños (as) más chicos (as).			
12. Llegar temprano a la escuela para jugar antes de clase.			
13. Salir a un paseo con la maestra y mi grupo.			
14. Hacer una tarea en equipo.			
15. Ser de la escolta en los honores a la bandera.			
16. Ir a una kermesse o fiesta de la escuela.			
17. Hacer educación física con los demás niños (as).			
18. Bailar en festivales de la escuela.			
19. Caerme a la hora del recreo y que me ayuden otros niños (as).			
20. Regresar a casa en compañía de otros niños(as) que vivan cerca.			
21. Participar en un concurso frente a mucha gente.			
22. Leer en voz alta en clase.			
23. Quedarme en el salón de clases en la hora del recreo.			
24. Ir a una fiesta en donde no conozca a nadie.			
25. Hacer nuevos amigos (as).			
26. Que todos me volteen a ver cuando la maestra me diga algo.			
27. Equivocarme frente a todos.			
28. Otra situación: _____			

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN ☺

## ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS DE SPENCE

(Spence Children's Anxiety Scale, SCAS, 1997)

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre con que frecuencia te suceden las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas o malas.

1. Me preocupo por todo.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
2. Me da miedo la oscuridad  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
3. Cuando tengo un problema siento mariposas en el estómago.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
4. Siento temor  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
5. Siento temor cuando estoy solo (a) en casa  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
6. Me da miedo presentar un examen.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
9. Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
15. Antes de ir a la escuela me siento nervioso y con miedo.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
16. Soy bueno en los deportes.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
17. Me dan miedo los perros.  

Nunca ( )	A veces ( )	Muchas veces ( )
-----------	-------------	------------------
18. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.

- |  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
|--|-----------|-------------|------------------|
| 19. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 20. De repente empiezo a temblar sin razón.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 21. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.   | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 22. Me asusta ir al doctor o al dentista.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 23. Cuando tengo un problema me siento nervioso (a).   | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 24. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 25. Soy un buen niño (a).  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 26. Tengo que pensar en cosas (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo. | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 27. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 28. Me preocupa lo que otras personas piensan de mi.   | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 29. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques).                      | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 30. Me siento feliz.   | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 31. De repente me siento muy asustado (a) sin razón.   | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 32. Me dan miedo los insectos o las arañas.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 33. De repente me siento mareado (a) sin razón.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 34. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 35. De repente mi corazón late muy rápido sin razón.   | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 36. Me preocupa sentirme asustado (a) de repente sin que haya nada que temer.  | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 37. Me gusta como soy.   | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |
| 38. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños).                                      | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) |

39. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden).  
Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )
40. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente.  
Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )
41. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo.  
Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )
42. Me siento orgulloso (a) de mi trabajo en la escuela.  
Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )
43. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.  
Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )
44. Hay alguna otra cosa que realmente te dé miedo?  
Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )

## ENTREVISTA DE FOBIA SOCIAL PARA NIÑOS

(Gil-Bernal &amp; Hernández-Guzmán, 2007)

1. ¿Hay alguna situación que te ponga nervioso o te haga sentir miedo o con nervios?
2. ¿Alguna vez has sentido miedo cuando estás con otros niños(as)?
3. ¿Alguna vez has tenido la sensación de que los demás niños(as) te observan?
4. ¿Te da miedo que los otros niños(as) piensen que eres un tonto(a)?
5. ¿Te daría miedo que los niños(as) se den cuenta de que estás nervioso?
6. Cuando el(la) maestro(a) te piden que leas en voz alta en tu salón, ¿te da miedo?
7. ¿Piensas que te vas a equivocar enfrente de todos?
8. ¿Te gusta jugar con los niños a la hora del recreo? ¿A qué juegan?
9. Cuando te toca exponer o hablar frente a todos los niños de tu salón ¿sientes que se te acelera el corazón, te sudan las manos, te duele el estómago o te mareas?
10. ¿Te importa mucho lo que las personas piensen de ti?
11. ¿Piensas que los demás niños se van a dar cuenta si te equivocas?
12. ¿Hace cuanto tiempo te sientes así?
13. ¿Te acuerdas de la primera vez que te sentiste así, cómo fue?
14. ¿Desde que te acuerdas de sentirlo, crees que ha mejorado o empeorado?
15. ¿Crees que tú miedo no te permite realizar ciertas actividades o que te limita?
16. ¿Se lo has comentado alguna vez a tus papás? ¿Qué te dicen o qué hacen?
17. ¿Alguien más de tú familia se siente así como tú?
18. ¿Tus papás son miedosos? ¿Crees que le tienen miedo a algo o a lo mismo que tú?
19. ¿Qué crees que te pueda ayudar a sentir menos miedo?
20. ¿Hay alguna otra cosa que quieras platicar sobre tú miedo?

## ANEXO B. Cuadernillo de aplicación Padres

ID: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de hoy	
Teléfono particular	
Edad de su hijo(a)	
Fecha de nacimiento de su hijo(a)	
Nombre de su hijo(a)	
Grupo de su hijo(a)	
Trabajo de la madre	
Grado escolar de la madre	
Trabajo del padre	
Grado escolar del padre	
Nombre de quien contestó	
Edad de quien contestó	
Estado civil de quien contestó	
Numero de focos que hay en su vivienda	
Numero de cuartos que hay en su vivienda	
Comentarios	

## LISTA DE CONDUCTAS DE ACHENBACH

(Children Behavior Checklist, CBCL/6-18; Achenbach & Rescorla, 2001)

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer como es la relación con su hijo(a). Por favor trate de contestar en la opción que mejor describa la conducta de su hijo(a). Marque con una X en la opción que mejor describa la conducta de su hijo(a).

Para la siguiente lista de problemas marque si en los últimos 6 meses su hijo:

<b>MI HIJO:</b>	<b>Falso (A)</b>	<b>A veces cierto (B)</b>	<b>Cierto (C)</b>
1. Actúa añado(a) para su edad			
2. Toma alcohol sin la aprobación de sus padres			
3. Discute por todo			
4. No termina las cosas que empieza			
5. Son muy pocas cosas las que disfruta			
6. No controla esfínteres			
7. Fanfarronea, es presuntuoso			
8. No se concentra, no pone atención			
9. No puede dejar de pensar en ciertas cosas, tiene obsesiones			
10. No puede estar quieta(o)			
11. No suelta a los adultos, es dependiente			
12. Se queja de estar solo(a)			
13. Está confuso, parece ofuscado			
14. Llora mucho			
15. Es cruel con los animales			
16. Es cruel, molesta a otros, es malo(a) con los demás			
17. Sueña despierta(o), parece perdida(o) en sus pensamientos			
18. Deliberadamente se hace daño o ha intentado suicidarse			
19. Demanda mucha atención			
20. Destruye sus propias cosas			
21. Destruye las cosas de su familia o de otros niños			
22. Es desobediente en casa			
23. Es desobediente en la escuela			
24. No come bien			
25. No se lleva bien con otros niños			
26. No parece sentir culpa después de comportarse mal			
27. Siente celos fácilmente			

28. Rompe reglas en la casa, en la escuela o en otros lugares			
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no sean la escuela)			
30. Le da miedo ir a la escuela			
31. Teme pensar o hacer algo malo			
32. Siente que tiene que ser perfecta(o)			
33. Siente o se queja de que nadie la(o) quiere			
34. Siente que otros quieren hacerle daño			
35. Siente que no vale o que es inferior			
36. Se hierde muy a menudo. Es propenso(a) a los accidentes			
37. Se pelea a menudo			
38. Sus compañeros la(e) molestan			
39. Se junta con niños que se meten en problemas			
40. Escucha sonidos o voces que no existen			
41. Es impulsivo(a) o actúa sin pensar			
42. Prefiere estar solo(a) que con otros			
43. Miente o hace trampa			
44. Se muerde las uñas			
45. Es nervioso(a) o tensa(o)			
46. Muestra movimientos nerviosos o tics			
47. Tiene pesadillas			
48. Otros niños no la(o) quieren			
49. Está estrefido			
50. Es temeroso(a) o ansiosa(o)			
51. Se siente mareado(a)			
52. Se siente demasiado culpable			
53. Come demasiado			
54. Se cansa demasiado sin una buena razón			
55. Tiene sobrepeso			
56. Tiene problemas físicos sin una buena razón			
57. Tiene dolores (no de cabeza ni de estómago) sin una causa médica conocida			
58. Tiene dolores de cabeza			
59. Tiene nausea, se siente mal			
60. Tiene problemas en los ojos (no si ya se corrigió con lentes)			
61. Tiene erupciones u otros problemas de la piel			
62. Tiene dolor estomacal o calambres sin una causa médica conocida			
63. Tiene vómitos sin una causa médica conocida			
64. Tiene otros problemas físicos sin una causa médica conocida			

65. Ataca físicamente a otros			
66. Se mete los dedos a la nariz o boca, o se pellizca otras partes del cuerpo			
67. Se toca los genitales en público			
68. Se toca demasiado los genitales			
69. Su trabajo en la escuela es malo			
70. Es torpe, no coordina bien			
71. Prefiere jugar con niños mayores			
72. Prefiere jugar con niños más pequeños			
73. Se rehúsa a hablar			
74. Repite ciertos actos una y otra vez, compulsiones			
75. Escapa de casa			
76. Grita demasiado			
77. Guarda secretos, no comunica sus cosas			
78. Ve cosas que no existen			
79. Se preocupa por cómo se le perciba. Se avergüenza			
80. Prende fuego a las cosas			
81. Tiene problemas sexuales			
82. Es exhibicionista o hace payasadas			
83. Es demasiado tímida(o)			
84. Duerme menos que la mayoría de los niños			
85. Duerme más que la mayoría de los niños en el día o en la noche			
86. No pone atención o se distrae fácilmente			
87. Tiene problemas del habla			
88. Se queda mirando fijamente a la nada			
89. Roba en casa			
90. Roba fuera de casa			
91. Acumula cosas que no necesita			
92. Presenta conducta extraña			
93. Tiene ideas extrañas			
94. Es testaruda(o), sombrío(a) o irritable			
95. Presenta cambios repentinos en su estado de ánimo o sentimientos			
96. Lloriquea en forma de queja muy seguido			
97. Sospecha de otros			
98. Dice groserías u obscenidades			
99. Habla de matarse			
100. Habla o camina dormida(o)			
101. Habla demasiado			
102. A menudo se burla de otros			
103. Hace berrinches			

104. Piensa demasiado en el sexo			
105. Amenaza a las personas			
106. Se chupa el dedo			
107. Fuma, mastica o huele tabaco			
108. Tiene problemas para dormir			
109. Delinque, falta a la escuela			
110. Es poco activa(o), se mueve lentamente, le falta energía			
111. Está triste o deprimida(o), es infeliz			
112. Es ruidoso(a) fuera de lo usual			
113. Usa drogas sin prescripción médica (no incluya alcohol y tabaco)			
114. Comete actos vandálicos			
115. Se hace pipí en la ropa durante el día			
116. Se hace pipí en la cama			
117. Lloriquea			
118. Quisiera ser del sexo opuesto			
119. Se aísla, no se lleva con otros niños			
120. Se preocupa			

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA DE FOBIA SOCIAL PARA PADRES  
(EDFS-P; Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2007)

IMPORTANTE:

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL ENTREVISTADOR. FAVOR DE NO CONTESTARLA USTED MISMO

De acuerdo al cuestionario que se le aplicó anteriormente. Ud. mencionó algunas características de su hijo que lo describen como aislado o tímido. De acuerdo a esas características, le voy a hacer una serie de preguntas.

- 1 ¿Hay alguna situación social en particular que le provoque a su hijo nervios, ansiedad, miedo? (en la familia, con sus amigos, en la escuela)
- 2 ¿Su hijo siente miedo o se pone nervioso únicamente ante la presencia de niños de su edad? Podría darme algún ejemplo?
- 3 ¿Su hijo le ha comentado o se comporta como si le diera miedo que lo evalúen de forma negativa?
- 4 ¿Su hijo le ha comentado o se comporta como si le diera miedo hacer el ridículo o sentirse humillado?
- 5 ¿Desde cuando su hijo se siente así? ¿Alguna vez le ha dicho por qué?
- 6 ¿A su hijo le cuesta trabajo relacionarse con niños(as) de su edad, más grandes o más chicos?
- 7 ¿Qué piensa que fue lo que causó esta situación a su hijo por primera vez?
- 8 En los últimos 3 meses, ¿ha empeorado?
- 9 ¿Cómo afecta esta situación a su hijo en sus actividades cotidianas? (qué actividades específicamente)
- 10 ¿Sabe exactamente que es lo que causa esta situación de su hijo?
- 11 ¿Qué hace normalmente cuando su hijo manifiesta reacciones de miedo (aislamiento)?
- 12 ¿Algún otro miembro de su familia comparte este tipo de situación de su hijo? (De ser así, describir causa, duración y mantenimiento)

- 13 ¿Anteriormente algún miembro de su familia se ha sentido así? (¿Quién, a qué edad, a qué?)
- 14 ¿Qué acciones ha tomado en el pasado para ayudar a su hijo a superar esta situación?  
¿Han funcionado o no?
- 15 ¿Hay algún aspecto en particular que quiera comentar que yo no le haya preguntado?

**ÍNDICE DE ESTRÉS PARENTAL**  
(Benjet & Hernández-Guzmán, 2005)

A continuación encontrará una lista de situaciones. Marque una de las opciones de la derecha que describa mejor su situación actual. Marque solamente un número para cada problema y no deje vacío ningún punto

	<b>Falso</b>	<b>A veces cierto</b>	<b>Cierto</b>
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
1. Soy un buen padre / una buena madre			
2. Mi hijo/a me ve como un modelo a seguir			
3. No importa lo que yo haga, mi hijo/a se porta mal			
4. Pierdo el control de mi hijo/a			
5. No logro que mi hijo/a me obedezca			
6. Mi hijo/a me quiere			
7. Mi hijo/a no me respeta			
8. No he logrado enseñarle a mi hijo/a mis valores			
9. A mi hijo/a le hubiera ido mejor con otro/a padre/madre			
10. Tengo la culpa de los problemas de mi hijo/a			
11. Disfruto estar con mi hijo/a			
12. Lo que hace mi hijo/a me irrita o me molesta			
13. Los mejores momentos de mi vida son los que paso con mi hijo/a			
14. Me gusta planear actividades que luego compartimos (juegos de mesa, juegos con muñecos, etc.)			
15. No me puedo quitar de encima a mi hijo/a, no me deja respirar			
16. Quisiera que mi hijo no me exigiera tanto tiempo y energía			
17. Me desespero cuando tengo que hacer alguna actividad con mi hijo/a			

18. Hubiera preferido tener menos hijos o no tener hijos			
19. Tengo que corregir constantemente a mi hijo/a			
20. Quisiera que alguien me liberara de mi hijo por algún tiempo			
21. No pensé que fuera tan difícil ser padre / madre			
<b>Si tiene pareja conteste las siguientes, si no pase a la 25</b>			
22. Mi pareja y yo no estamos de acuerdo sobre la forma en que debemos manejar a nuestro hijo/a			
23. Mi pareja y yo peleamos sobre como manejar a nuestro hijo/a			
24. Mi pareja echa por tierra mi autoridad con nuestro hijo/a			
<b>Piense en el resto de su familia u otras personas que considere tan importantes como su familia:</b>			
25. Cuando lo necesito mi familia me ayuda con el cuidado de mi hijo/a			
26. Si no fuera por mi familia no sé como hubiera podido criar a mi hijo/a			
27. Tengo a alguien que me ayuda con mi hijo/a cuando siento que no puedo más			
28. Para mí es un alivio compartir la educación de mis hijos con mi familia			
29. Otras personas critican la forma en que educo a mi hijo/a			
30. Mi familia y yo tenemos diferencias sobre cómo manejar a mi hijo/a			
31. Mi familia echa por tierra mi autoridad con mi hijo/a			
32. Quisiera que mi familia pensará que soy buen padre / madre			

## ESCALA DE CRIANZA

## Subescala de Crianza Negativa

<b>Quando mi hijo (a) se porta mal:</b>	<b>Falso A</b>	<b>A veces cierto B</b>	<b>Cierto C</b>
1. Lo ignoro			
2. Le digo que estuvo mal y le explico por qué			
3. Le grito			
4. Le pego con la mano			
5. Le pego con algún objeto (cinturón, palo, etc.)			
6. Lo zarandeo			
7. Lo pellizco			
8. Lo mando a su cuarto			
9. Le quito algún privilegio (como no dejarle ver la tele, quitarle un juguete, etc.)			

## Subescala de Crianza Positiva

<b>Quando mi hijo (a) se porta bien:</b>	<b>Falso A</b>	<b>A veces cierto B</b>	<b>Cierto C</b>
1. Le ignoro (me quedo callado(a))			
2. Le digo que estoy orgulloso (a) de su comportamiento			
3. Le abrazo o beso			
4. Le premio			

## ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR

(FES; Moos & Moos, 1981)

A continuación lea las frases de este impreso y decida si son verdaderas o falsas en relación con su familia.

Sí cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marque en la hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero), por el contrario, si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso).

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponde a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. Recuerde que se pretende conocer lo que usted piensa sobre su familia, no intente reflejar la opinión de los demás miembros.

	F	V
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros		
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.		
3. En nuestra familia reñimos mucho.		
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.		
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.		
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.		
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.		
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia.		
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.		
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.		
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos "pasando el rato".		
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.		
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.		
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.		

15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.		
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.		
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.		
18. En mi casa no rezamos en familia.		
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.		
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.		
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.		
22. En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo.		
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.		
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.		
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.		
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.		
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.		
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la navidad, pascua y otras fiestas.		
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.		
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.		
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.		
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.		
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.		
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.		
35. Nosotros aceptamos que haya competición y "que gane el mejor".		
36. Nos interesan poco las actividades culturales.		
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.		
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.		
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.		
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.		

41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.		
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.		
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.		
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.		
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.		
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.		
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.		
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que esta bien o mal		
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.		
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.		
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.		
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.		
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.		
54. Generalmente, en mi familia cada persona confía en si misma cuando surge un problema.		
55. En casa, nos preocupamos poco por lo ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.		
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.		
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.		
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fé.		
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias.		
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.		
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.		
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.		
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.		
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.		
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.		

66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.		
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.		
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que esta bien o mal.		
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.		
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.		
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.		
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.		
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.		
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.		
75. "Primero el trabajo, luego la diversión", es una norma en mi familia.		
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.		
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.		
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.		
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.		
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.		
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.		
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.		
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.		
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.		
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.		
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.		
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.		
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.		
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.		