

## UNA REVISIÓN CUANTITATIVA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FOBIA SOCIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES MEDIDA A TRAVÉS DEL SPAI Y SPAI-C

José Olivares Rodríguez  
Ana Isabel Rosa Alcázar  
José Antonio Piqueras Rodríguez  
Victoriano Ramos Linares  
Mireia Orgilés Amorós

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.  
Facultad de Psicología, Universidad Murcia, España.

### RESUMEN

*Se realizó un meta-análisis sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento de la fobia social en niños y/o adolescentes mediante el SPAI/SPAI-C. Se localizaron 8 informes científicos, entre 1980 y 2003, que originaron 18 estudios independientes. Participaron 369 niños y adolescentes, de 10 a 16 años, con edad media de 15 años. El tratamiento psicológico fue altamente eficaz ( $d_+ = 1,81$ ), aumentando la mejoría en el seguimiento ( $d_+ = 2,09$ ), destacando el paquete de tratamiento IAFS - Intervención en Adolescentes con Fobia Social ( $d_+ = 2,24$ ). Otras variables influyentes en los resultados fueron la duración e intensidad del tratamiento, el modo de entrenamiento, la edad y género de los niños, los años de padecimiento del problema, la calidad y mortalidad experimental, etc. Se discuten las implicaciones clínicas de estos hallazgos.*

**Palabras clave:** FOBIA SOCIAL, INFANCIA, ADOLESCENCIA, TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, SPAI, SPAI-C, META-ANÁLISIS.

## SUMMARY

A meta-analysis was performed on the effectiveness of psychological treatments for social phobia in childhood and adolescence using the SPAI/SPAI-C. Eight scientific reports, between 1980 and 2003, were identified and led to 18 independent studies. Three hundred and sixty nine children and adolescents, between the ages of 10 and 16 years old, with an average age of 15, took part. The psychological treatment was highly effective ( $d_+ = 1,81$ ), with improvement continuing in the follow-up ( $d_+ = 2,09$ ). The treatment package IAFS reached the best results ( $d_+ = 2,24$ ). The treatment duration and intensity, the way of training, the age and gender of the participants, the disorder duration, etc. influenced on the results. The clinical implications of these findings are discussed.

**Key-words:** SOCIAL PHOBIA; CHILDHOOD, ADOLESCENCE, PSYCHOLOGICAL TREATMENT; SPAI, SPAI-C, META-ANALYSIS.

## 1. INTRODUCCIÓN

La fobia social ha sido definida como un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que puede resultarle humillante o embarazosa (*American Psychiatric Association*, 1994).

En cuanto a la prevalencia de este trastorno en niños y adolescentes, determinados estudios indican unas tasas de entre un 1,6% a 4% en niños y un 5% a 10% en adolescentes (Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 1998; Lewinsohn y cols., 1993; Wittchen, Stein y Kessler, 1999). La edad de inicio más frecuente se sitúa entre los 14 y los 16 años (así Clark y cols., 1994).

Entre los efectos desadaptativos que acompañan la presencia de este trastorno en la edad adolescente destacan en el ámbito académico la disminución del rendimiento y el abandono de los estudios (Beidel y Turner, 1998), en el contexto psicopatológico la aparición de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que pueden

alcanzar los criterios para el diagnóstico de cuadros depresivos graves con ideación suicida (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Francis, Last y Strauss, 1992; Ingram, Ramel, Chavira y Scher, 2001; Olivares y García-López, 2001; Stein y cols., 2001;), y en el ámbito de la salud el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas legales e ilegales que frecuentemente evoluciona al abuso de su consumo (Clark y Kirisci, 1996; DeWit, McDonald y Offord, 1999). A todo ello hay que agregar, en caso de no ser tratada y, por tanto, persistir en la vida adulta, una alta probabilidad del mantenimiento o incremento del aislamiento del sujeto del grupo, problemas laborales, dependencia económica de la familia, problemas de relación social tanto con personas del mismo sexo como del sexo distinto, etc., por todo lo cual puede ser considerada un problema grave de salud pública.

Estudios recientes han analizado el orden cronológico de aparición de los trastornos psicopatológicos comórbidos con la fobia social. Los resultados muestran que precede a la mayor parte de éstos, excepción hecha de la fobia específica y de los trastornos de personalidad (cfr., Rappaport, Paniccia y Judd, 1995).

La evaluación de la fobia social se ha llevado a cabo con diferentes procedimientos de medida: entrevistas, autoinformes, autorregistros, tests de observación conductual y registros psicofisiológicos. Mediante estos instrumentos se ha pretendido no sólo evaluar la fobia social sino también analizar algunas dimensiones de la personalidad, como la autoestima y la asertividad, y otras variables tales como la desadaptación, la ansiedad, la depresión o el abuso en el consumo de sustancias tóxicas, debido a la implicación directa de éstas en dicho problema (Echeburúa, 1995). Uno de los instrumentos que mejor evalúa la fobia social y que ha demostrado su fiabilidad y validez para población adolescente tanto en lengua inglesa (Clark y cols., 1994) como española (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel, 1999) es el "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). Este instrumento consta de 45 ítems de los cuales 32 miden respuestas de ansiedad social y 13 evalúan respuestas agorafóbicas, e incluye tres puntuaciones: la de la

subescala de fobia social, la de la subescala de agorafobia y la puntuación "diferencia" que se obtiene de restar las puntuaciones de las dos subescalas anteriores. Actualmente existe un debate acerca de cuál de las medidas del SPAI es la mejor para valorar la fobia social. Tuner y cols. (1989) indicaron que la puntuación diferencia era la más adecuada, pero un estudio posterior señaló que la *subescala fobia social* podía ser la más indicada (Herbert, Bellack y Hope, 1991). Un año después, Herbert, Bellack, Hope y Mueser (1992) sugirieron que la elección acerca de qué medida del SPAI debía emplearse, quedaba determinada por el propósito de la investigación. Así, si el objetivo era establecer un diagnóstico diferencial con la agorafobia la puntuación de elección debería ser la Diferencia, por el contrario, si lo que se pretendía era evaluar los resultados de un tratamiento psicológico para la fobia social entonces podría utilizarse la puntuación obtenida en la subescala de fobia social. Cox, Ross, Swinson y Drenfeldt (1998) y Ries y cols. (1998) también han coincidido Herbert et al. (1992) señalando que la puntuación obtenida en la subescala de fobia social es la medida más simple para evaluar las respuestas de ansiedad social.

El "Inventario de ansiedad y fobia social para niños" (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAI-C*; Beidel, Turner y Morris, 1995) mide la ansiedad social en niños y adolescentes. Consta de 26 ítems que evalúan respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras en distintas situaciones sociales. Es un instrumento con una elevada fiabilidad y validez a la hora de discriminar entre niños con fobia social de aquellos que presentan otros trastornos de la conducta y de la personalidad. El análisis de sus propiedades psicométricas en población española es una cuestión pendiente para los investigadores de nuestro País.

Respecto de los tratamientos, las primeras publicaciones que informan de resultados positivos de tratamientos psicológicos o farmacológicos en las edades que nos ocupan son muy recientes (Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow, 1995; Beidel, Turner y Morris, 1997, 2000; Chavira y Stein, 2002; Compton y cols., 2001; García-López y cols., 2002; Hayward y cols., 2000; Mancini, Van Ameringen, Oakman, y Farvolden, 1999; Masia, Klein, Storch y Corda, 2001; Masia y cols., 2003; Olivares y García-López, 2001; Olivares

y cols., 2002; Olivares, Rosa y Piqueras (2003); Ramos, 2003; Ruiz, 2003; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000). La carencia de un estudio de revisión sobre éstas constituye el motivo y el objetivo del presente trabajo. En cambio, no sucede lo mismo, en el caso de población adulta donde son ya bastantes los investigadores que han centrado su atención en la revisión de este problema (Feske y Chambles, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap, 1997; Marks, 1995; Otto, 1999, etc.). Estas investigaciones han concluido que el procedimiento más eficaz para el tratamiento de la fobia social es la exposición y la combinación de ésta con reestructuración cognitiva. También se ha podido verificar la mayor eficacia de estos tratamiento cuando el formato es grupal, así como mayor eficacia en el tratamiento de las chicas adolescentes que de los chicos (así, Barret, 1998 y Otto, 1999) y un aumento en el seguimiento de la mejora de los resultados obtenidos en el postest (Moreno, Méndez y Sánchez, 2000; Rosa, Sánchez, Olivares e Inglés, 2002) no sólo en la variable ansiedad social, sino también en depresión, autoestima, asertividad, etc. Por otro lado, los diseños casi-experimentales han alcanzado tanto los mayores tamaños del efecto como los mayores porcentajes de mortalidad experimental y menor calidad metodológica (Olivares y cols., 2002). Finalmente, Rosa, Sánchez, Olivares y López (2002) han hallado que variables tales como la historia del problema, la edad y el sexo del sujeto, el lugar donde se lleva a cabo el tratamiento, el tipo de grupo de control y el tipo de instrumento de medida, influyen en la eficacia mostrada por los tratamientos.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Objetivos y selección de los estudios

El objetivo general de esta investigación es analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento de la fobia social en niños y/o adolescentes mediante el SPAI/SPAI-C, considerando estos instrumentos como parte de los que mejor evalúan la fobia social. Otras pretensiones de nuestro estudio han sido estudiar las variables moduladoras responsables de la eficacia diferencial

entre los diferentes estudios, variables tanto de interés teórico como relativas al tipo de tratamiento o las características de los sujetos. También se ha pretendido plantear algunas de las líneas que habrán de guiar la investigación futura.

Los criterios conceptuales y metodológicos que nos permitieron incluir con rigor un informe de investigación fueron los siguientes: 1) referirse al tratamiento de niños y adolescentes con fobia social utilizando procedimientos diagnósticos reconocidos internacionalmente (DSM y/o CIE, en cualquiera de sus versiones) y que, a su vez, evalúen a los sujetos mediante el SPAI/SPAI-C, pudiendo utilizar además otras medidas diferentes; 2) aplicar algún tratamiento psicológico; 3) incluir medidas pretest y postest, y algún seguimiento opcionalmente; 4) ser un diseño de grupo/s, excluyéndose los diseños de caso único; 5) aportar datos estadísticos suficientes para el cálculo del tamaño del efecto; 6) estar escrito en inglés, castellano o francés y 7) estar publicado entre 1980-2002.

## 2.2. Búsqueda de la bibliografía

Como procedimientos de búsqueda de los estudios se utilizaron fuentes formales e informales. En primer lugar, se realizaron búsquedas computerizadas en las bases PsycLIT, CSIC -ISOC-, MEDLINE y *Dissertation Abstracts Online*, comprendiendo los años 1980-2002, con las palabra-clave "fobia social", "ansiedad social", "adolesc\*", "niñ\*", "tratamiento", "*social phobia*", "*infan\**", "*child\**", "*adolescenc\**", "*treatment*", "*SPAI*", "*SPAI-C*" buscadas en el título y en el abstract. En segundo lugar, se escribieron cartas a investigadores de reconocido prestigio solicitándoles el envío de trabajos, publicados o no. En tercer lugar, se revisaron las referencias de los meta-análisis ya publicados sobre el tema (Allen, Hunter y Donohue, 1989; Chambles y Gillis, 1993; Feske y Chambles, 1995; Gould y cols., 1997; Méndez, Sánchez y Moreno, 2001; Moreno y cols., 2000; Olivares y cols., 2002; Rosa y cols., 2002; Taylor, 1996). En cuarto lugar, se presentó en una página web un anuncio en la lista de interés sobre niños y adultos con trastornos de ansiedad. Finalmente, se revisaron las referencias de los estudios recuperados.

El proceso de búsqueda supuso la consulta de más de 115 referencias, lo que nos permitió identificar y recuperar un total de 8 informes que cumplieron con los criterios de selección. Ello supuso un total de 18 estudios independientes, 14 de los cuales fueron grupos de tratamiento y los 4 restantes grupos de control. Los artículos seleccionados estaban escritos en inglés y castellano, y procedían de dos países: España (78,6%) y USA (21,4%). En total, el meta-análisis recogió en el pretest datos de 369 sujetos tratados y de control que, con una mortalidad media en torno al 10%, se redujeron a 318 en el postest y a 228 en el seguimiento más largo.

### 2.3. Codificación de los estudios

Las variables moduladoras codificadas fueron clasificadas atendiendo al criterio de Lipsey (1994) en variables sustantivas (de tratamiento, de sujeto y de contexto), variables metodológicas y variables extrínsecas.

Dentro de las *variables de tratamiento* se codificaron: 1) tipo de tratamiento psicológico (modelo conductual vs. modelo no conductual –dinámico, educativo y ecléctico-. Para caracterizar las intervenciones cognitivo-conductuales, se llevó a cabo una doble clasificación, una más molecular, centrada en las técnicas de intervención (relajación, exposición, modelado, técnicas cognitivas, manejo de contingencias, habilidades sociales y otras técnicas psicológicas) y otra más molar referente al tipo de programa y manual de tratamiento (*CBGT-A, Cognitive behavioral Group Therapy for Adolescents*; *IAFS, Intervención en adolescentes con fobia social*; *SET-Asv, Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish versión*; *SET-C, Social Effectiveness Therapy for Children*; y *SASS; Skills for Academic and Social Success*); homogeneidad del tratamiento; tareas para casa; programa de seguimiento; modo de intervención (indirecto, directo o mixto); tipo de entrenamiento (grupal, individual o mixto); soporte de entrenamiento (oral –directo, diferido o mixto-, escrito o mixto); dosis de tratamiento: duración de tratamiento en semanas, intensidad de horas por semana y cantidad de tratamiento en horas; uti-

lización o no de agentes externos (padres, profesores). Con respecto a las *características de los terapeutas* se codificó la formación, la experiencia, el género y el número de terapeutas por grupo de tratamiento.

Las *características de sujeto* codificadas fueron las siguientes: edad media de la muestra en años; género de la muestra (% de hombres); curso escolar; tipo de fobia social (específica, generalizada o mixta); historia del problema (número medio de años de padecimiento del problema en la muestra o su cronificación); tratamientos anteriores; raza (blanca, afroamericana, hispanos y biracial); comorbilidad (trastorno de pánico, pánico y agorafobia, agorafobia, fobia específica, estrés postraumático, obsesión-compulsión, depresión, distimia, abuso de sustancias, mutismo selectivo, trastorno de personalidad por evitación, trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, etc.). Por lo que respecta a las *características contextuales* se codificaron: el país y el lugar de la intervención (universidad, clínica, centro de salud, colegio o instituto).

Dentro de las *características metodológicas* se incluyeron: el tipo de diseño, el tipo de grupo de control, el modo de reclutamiento, el seguimiento más largo, la mortalidad y la calidad metodológica del diseño, medida en una escala de 0 a 9 puntos.

Por último, se registraron las siguientes *variables extrínsecas*: la formación del primer autor, la fecha de publicación y la fuente de publicación (publicado vs. no publicado).

Con el fin de aumentar la precisión se elaboró un libro<sup>1</sup> detallando las normas del proceso de codificación de las variables de los estudios. La codificación requirió en algunos casos la adopción de juicios de decisión complejos. Con objeto de contrastar la adecuación de dichos juicios, se realizó un análisis de la fiabilidad de la codificación efectuada por dos investigadores independientes con una muestra aleatoria compuesta por el 20% de los estudios. El grado de acuerdo alcanzado en las variables codificadas fue altamente satisfactorio,

---

1. El libro de codificación puede solicitarse al primer autor.

situándose en torno al 90% (Orwin, 1994). Las inconsistencias entre los codificadores se resolvieron por consenso y el libro de codificación se corrigió cuando la causa del desacuerdo se debió a errores o imprecisiones de redacción.

#### 2.4. Características de los estudios

Las tablas 1 y 2 presentan las características descriptivas de las variables codificadas en los estudios. Hemos de tener en cuenta que algunas de las mencionadas características sólo se presentan en los grupos tratados ya que son referentes al tratamiento; de igual modo el tipo de diseño se presentó de acuerdo al informe completo, lo que redujo la frecuencia a 8 estudios.

Se reclutaron 369 niños y adolescentes, de 10 a 16 años, con 15 años de edad media, y una proporción de 3 chicas por 1 chicos. Gran parte de los sujetos presentaban algún trastorno asociado, destacando, el trastorno de personalidad por evitación y la fobia específica (véase la tabla 3). Los participantes se redujeron a 318 en el postest y a 228 en el seguimiento más largo de un año (para la correcta interpretación de este dato hemos de tener en cuenta que 4 estudios no llevaron a cabo seguimiento).

La ansiedad social fue medida mediante el "Inventario de Ansiedad y Fobia Social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989; y su versión en castellano realizada por Olivares y cols., 1999) o el "Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños" (*Social Phobia and Anxiety Inventory for Children; SPAI-C*; Beidel, Turner y Morris, 1995).

El tratamiento se aplicó en 13 semanas, a razón de 1,7 horas semanales, destacando el programa IAFS (Olivares y García-López, 1998), aplicado en los centros educativos por psicólogos con gran experiencia en este tipo de trastornos ayudados por coterapeutas alumnos de cuarto y quinto curso de psicología. La intervención fue llevada a cabo mediante sesiones grupales de carácter obligatorio e individuales de tipo opcional y complementario a las primeras. La calidad metodológica de los estudios fue media-alta

Tabla 1.- Principales variables cualitativas

Variables	Categorías	Frec.	Porc.
Programa (k = 14) <sup>a</sup>	1. IASF	9	63%
	2. CBGT-A	2	13%
	3. SASS	1	8%
	4. SET-Asv	1	8%
	5. SET-C	1	8%
Aplicación del tratamiento (k = 14)	1. Grupal + Individual	10	71%
	2. Grupal	4	29%
Programa de seguimiento (k = 11)	1. Sí	10	91%
	2. No	1	8%
Experiencia del terapeuta (k = 14)	1. Alta	5	36%
	2. Media	3	21%
	3. Sin información	6	43%
Comorbilidad (k = 14)	1. Presencia de otros problemas	13	93%
	2. Ausencia de otros problemas	1	7%
Lugar de reclutamiento (k = 14)	1. Colegio o Instituto	12	86%
	2. Población general	1	7%
	3. Mixto	1	7%
Lugar de entrenamiento (k = 14)	1. Escuela	12	86%
	2. Universidad	1	7%
	3. Sin información	1	7%
Tipo de diseño (k = 8)	1. Cuasiexperimental	4	50%
	2. Pre-experimental	2	25%
	3. Experimental	2	25%
Tipo de grupo (k = 18)	1. Tratamiento	14	78%
	2. Control	4	22%
Tipo de grupo de control (k = 4)	1. Sin tratamiento	2	50%
	2. Lista de espera	1	25%
	3. Otro tratamiento	1	25%

<sup>a</sup> número de estudios

Tabla 2.- Principales variables cuantitativas

VARIABLES	k <sup>a</sup>	Mín.	Máx.	Media	D.E. <sup>b</sup>
Duración de la intervención en semanas	14	12	16	12,80	1,51
Cantidad de la intervención en horas	13	18	42	21,07	6,71
Intensidad de intervención en horas por semana	13	1,38	3,50	1,66	0,55
Edad media de los participantes en años	18	10,50	16,07	14,82	1,59
Género de los participantes en % de varones	18	0,00	50,00	27,34	13,38
Sujetos en el posttest	18	6,00	30,00	18,00	4,86
Sujetos en el seguimiento	14	10,00	22,00	17,00	2,36
Seguimiento en meses	11	12,00	12,00	12,00	0,00
Mortalidad experimental en % de sujetos	18	0,00	35,00	10,00	11,00
Calidad del estudio de 0 a 9	18	5,00	8,50	7,03	0,99

<sup>a</sup> número de estudios; <sup>b</sup> desviación estándar

Tabla 3.- Comorbilidad media atendiendo a los grupos tratado y control

COMORBILIDAD	Grupo tratado		Grupo control	
	k <sup>a</sup>	% Medio	k <sup>a</sup>	% Medio
Trastorno de angustia sin agorafobia	8	6,89	2	3,70
Agorafobia sin trastorno de angustia	9	4,35	1	13,00
Trastorno de ansiedad generalizada	13	19,18	3	21,28
Fobia específica	11	50,22	2	38,73
Trastorno de la personalidad por evitación	11	70,81	2	76,45
Mutismo selectivo	10	5,79	2	9,50
Trastorno obsesivo-compulsivo	11	2,18	3	3,33
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	7	32,44	1	29,40
Trastorno por estrés postraumático	10	4,50	1	29,40
Depresión mayor	11	18,17	2	19,45
Distimia	10	15,00	2	15,30
Abuso de sustancias	11	4,36	2	15,30
Trastorno de ansiedad por separación	1	6,00	1	6,00
Hiperactividad	1	12,00	1	12,00

<sup>a</sup> número de estudios

(7), siendo mayoritario el uso de diseños cuasi-experimentales. Los informes científicos fueron, en su mayoría, artículos cuya fecha pone de relieve que los ensayos clínicos controlados en este campo son recientes.

## 2.5. Medida de la eficacia del tratamiento

Se utilizó como medida de eficacia el índice del tamaño del efecto, analizado como la diferencia media tipificada (Hedges y Olkin, 1985). Debido a la ausencia de grupos de control en bastantes de los estudios recuperados (cuatro informes que conforman ocho estudios), y con la finalidad de no perder información, se optó por definir como unidad de análisis el grupo y se calculó la diferencia media tipificada entre las medias del pretest ( $y_{Pre}$ ) y del postest ( $y_{Pos}$ ), dividida por la desviación típica del pretest ( $S_{Pre}$ ); es decir:

$$d = c(m) \frac{\bar{y}_{Pre} - \bar{y}_{Pos}}{S_{Pre}},$$

siendo  $c(m) = 1-3/(4n-5)$ .

Si todos los estudios incluidos hubieran comparado grupo de tratamiento frente a grupo de control, la medida del tamaño del efecto utilizada hubiera sido la diferencia entre ambos grupos, siendo la unidad de análisis el estudio. Los valores  $d_+$  positivos reflejan una mejora del grupo tras el tratamiento. El índice  $d_+$  se obtuvo principalmente con las medias y desviaciones estándares aportadas por los estudios, o bien a partir de los resultados de las pruebas estadísticas (Glass, McGaw y Smith, 1981; Sánchez y Ato, 1989). Cuando el estudio aportó alguna medida de seguimiento también se calculó el índice  $d$  comparando la media del pretest y la media del seguimiento más largo.

Si un estudio proporcionaba diferentes resultados de las subescalas del SPAI, se optó por promediar las subescalas *fobia social* y *diferencia*; no obstante, también analizamos aisladamente las puntuaciones de la subescala *fobia social* en aquellos estudios que lo

indicaban, basándonos en las aportaciones de Herbert, Bellack, Hope y Mueser (1992). Estos cálculos se hicieron para el SPAI (puntuaciones global y de la subescala fobia social) y el SPAI-C en el postest y el seguimiento.

Además, se analizó el efecto de las diferentes variables moduladoras mediante análisis de varianza y análisis de regresión por mínimos cuadrados ponderados. Todos los análisis se realizaron con los programas SPSS 11.0 (2001) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Eficacia global del tratamiento psicológico

La medida fundamental de eficacia del tratamiento fue el tamaño del efecto global que evaluaba la fobia social mediante el SPAI/SPAI-C. La tabla 4 presenta los resultados obtenidos por los grupos de tratamiento y control en las diferentes variables dependientes, promedio de las medidas globales (SPAI y SPAI-C), medida de la subescala de fobia social del SPAI y medida del SPAI-C, destacando el tamaño del efecto de la subescala fobia social del SPAI.

La magnitud del efecto global logrado con la aplicación del tratamiento fue alta al concluir la terapia ( $d_{\dagger} = 1,81$ ), incrementando sus efectos en el seguimiento ( $d_{\dagger} = 2,09$ ). No obstante, los tamaños del efecto son más altos si sólo tenemos en cuenta la subescala fobia social del SPAI, por lo que podríamos interpretar que mide mejor los cambios producidos por un tratamiento que la escala completa. A pesar de ello, este resultado debemos analizarlo con cautela ya que no todos los estudios informan de los datos de esta subescala (10 de 14) y podría haber variables moduladoras que influyeran en los resultados. Por todo ello, y con el fin de no perder estudios, decidimos realizar el análisis de las variables moduladoras a partir del promedio de la puntuación global de las escalas.

Respecto de los grupos de control, observamos que se produce una ligera remisión, aumentando la misma en el seguimiento. No obstante, los datos de estos grupos deben ser analizados con cautela

Tabla 4.- Eficacia de los grupos de tratamiento y control en la fobia social

GRUPOS DE TRATAMIENTO									
POSTEST					SEGUIMIENTO				
Medida	k	d <sub>+</sub>	I. C. al 95%		k	d <sub>+</sub>	I. C. al 95%		
			Li	Ls			Li	Ls	
SPA/SPAI-C (global)	14	1,81	1,57	2,05	11	2,09	1,75	2,44	
SPAI (fobia social)	10	2,24	1,92	2,56	10	2,48	2,06	2,90	
SPAI-C	2	1,21	-1,55	3,98	-	-	-	-	-

  

GRUPOS DE CONTROL									
POSTEST					SEGUIMIENTO				
Medida	k	d <sub>+</sub>	I. C. al 95%		k	d <sub>+</sub>	I. C. al 95%		
			Li	Ls			Li	Ls	
SPA/SPAI-C (global)	4	0,23	-0,17	0,64	3	0,37	-0,29	1,04	
SPAI (fobia social)	2	0,43	-2,27	3,14	2	0,43	-2,31	3,17	
SPAI-C	1	0,16	-0,32	0,64	-	-	-	-	-

k: número de estudios; d<sub>+</sub>: tamaño del efecto medio; Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d<sub>+</sub>.

Tabla 5.- Principales características y resultados de los estudios empíricos

Autor/es	Año	Edad	N	% varones	Instrum. medida	Estudios empíricos	$d_+$ post.	$d_+$ seg.	% mejora post.	% mejora seg.
Beidel y cols.	2000	10,5 (8-12)	50	40	SPAI-C	1. SET-C	1,19	-	67%	-
Hayward y cols.	2000	15,8 (14-17)	35	0	SPAI	2. Tesbsbuster (control) 3. CBGT-A	0,16 1,03	0,91	5% 45%	- 60%
Másia y cols.	2001	15,2 (14-17)	6	50	SPAI-C	4. No tratamiento 5. SASS	0,23 1,68	0,34	4% 100%	44% -
Olivares García-López	y 2001	15,1 (14-16)	11	27	SPAI	6. IAFS	3,64	-	100%	-
Olivares y cols.	2002	15,9 (15-17)	59	22	SPAI	7. SET-Asv 8. CBGT-A 9. IAFS	3,41 1,27 1,81	3,69 1,21 2,11	71% 53% 67%	78% 47% 73%
Olivares y cols.	En prens a	15 (14-16)	34	29,4	SPAI	10. No tratamiento 11. IASF con retroalimentación audiovisual 12. Lista de espera	1,09	1,30	13%	7%
Ramos, V.	2003	15,3 (14-17)	68	34	SPAI	13. IAFS con retroalimentación audiovisual en mayor número de sesiones	2,55	3,69	100%	100%
Ruiz, J.	2003	15,05 (14-17)	55	18,2%	SPAI	14. IAFS con retroalimentación audiovisual en menor número de sesiones 15. IAFS sin retroalimentación audiovisual 16. IASF grupo pequeño 17. IASF grupo mediano 18. IASF grupo grande	2,73	3,40	93,1%	100%
							1,68 1,80 2,20 2,90	2,46 1,85 1,96 2,57	96% 50% 76% 94%	96% 50% 55% 86%

debido al pequeño número de estudios incluidos. En cualquier caso, el análisis de varianza reveló que los grupos tratados habían mejorado significativamente en comparación con los no tratados ( $Q_{B(1)} = 85,21$ ;  $p = 0,00$ ).

En la tabla 5 se presentan los 18 estudios con los tamaños del efecto hallados en el postest y seguimiento y los porcentajes de mejora en ambos momentos temporales. Observamos que los tamaños del efecto en todos los grupos de tratamiento son positivos, lo cual indica que se produce una mejoría tras el tratamiento. Este resultado también es coincidente para la mayoría de los grupos de control, excepto para el estudio 12.

### 3.2. Análisis de las variables que influyen en los resultados

La heterogeneidad encontrada entre los tamaños del efecto ( $Q_{W(13)} = 34,53$ ;  $p = 0,00$ ) se explica porque los estudios son diferentes entre sí en una serie de características que pueden influir en el nivel de eficacia alcanzado. Para comprobar si los distintos programas de tratamiento obtenían diferentes resultados se realizó un análisis de varianza ponderado cuyos resultados se muestran en la tabla 6.

Teniendo en cuenta los programas que contienen más de un estudio, se puede comprobar la existencia de diferencias significativas entre los diferentes tamaños del efecto medio, destacando los resultados del IAFS ( $d_+ = 2,24$ ), seguido del SASS ( $d_+ = 1,68$ ).

Además de los diferentes programas y tratamientos analizados, se aplicaron análisis de varianza y de regresión (por mínimos cuadrados ponderados) para determinar el papel que otras variables moduladoras, dentro de las múltiples que codificamos, pudieran jugar en la heterogeneidad de los tamaños del efecto. Como resultados más interesantes y siguiendo con las variables relacionadas con la implementación de los programas, cabe destacar que mejoran la eficacia de los tratamientos la combinación de la exposición en vivo junto a la audiovisual, los programas que combinan sesiones de autoexposición y heteroexposición, así como la utilización de sesiones grupales e individuales llevadas a cabo en centros educativos. Por otro lado, la intensidad y la magnitud de los tratamientos pre-

Tabla 6.- Tamaños del efecto en función del programa de tratamiento

Programas	k	d <sub>+</sub>	I. C. al 95%			Q <sub>wj</sub>	p
			Li	Ls			
IAFS	9	2,24	1,88	2,59	9,59	0,29	
CBGT-A	2	1,17	-2,35	4,70	0,18	0,67	
SASS	1	1,68	-0,23	3,59	-	-	
SET-Asv	1	3,41	1,50	1,80	-	-	
SET-C	1	1,19	0,75	1,63	-	-	

Nota: k: número de estudios; d<sub>+</sub>: tamaño del efecto medio; Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d<sub>+</sub>; Q: prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno a su media; p: nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q, asumiendo una distribución chi-cuadrado de Pearson con k-1 grados de libertad

IAFS: Intervención en adolescentes con fobia social (Olivares y García-López, 1998)  
 CBGT-A: Cognitive behavioral Group Therapy for Adolescents (Albano y cols., 1991)  
 SASS: Skills for Academic and Social Success (Masia y cols., 2001)  
 SET-Asv; Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish version (Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998)  
 SET-C: Social Effectiveness Therapy for Children (Beidel y cols., 1998)

sentan una relación negativa con la efectividad; es decir, a menos sesiones de tratamiento y más tiempo entre aplicación y aplicación, mejores resultados. Respecto de las características de los sujetos, nuestros resultados indican que la mayor efectividad de las intervenciones se da en chicas, de mayor edad, cuya historia del problema es reciente y que no presentan otros trastornos concomitantes.

En cuanto al tipo de diseño, los estudios cuyo diseño es pre-experimental realizado en fechas recientes, alcanzan mejores resultados. La calidad del diseño y la mortalidad afectan a los resultados en sentido negativo; es decir, los estudios de menor calidad y menor mortalidad alcanzan mayor magnitud del efecto.

### 3.3. Estudio del sesgo de publicación

Debido a que el sesgo de publicación es una de las principales fuentes de invalidez del meta-análisis, calculamos el "índice de tolerancia a los resultados nulos" (Orwin, 1983), determinando que debían encontrarse archivados en las editoriales de las revistas o en otros lugares 144 estudios para que los resultados fueran anulados. Considerando improbable la existencia de este número de estudios no publicados y no localizados, se concluye que el sesgo de publicación no representa una amenaza para la validez de los resultados (Rosenthal, 1991).

## 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la eficacia del tratamiento psicológico para la fobia social en niños y adolescentes medida a través del SPAI/SPAI-C y analizar las variables que modulan los resultados de la terapia, utilizando como unidad de análisis el grupo (tratamiento o control). El meta-análisis realizado nos permite concluir que (i) el tratamiento psicológico es altamente eficaz y (ii) la ganancia terapéutica aumenta con el paso del tiempo (seguimiento a los 12 meses), coincidiendo con los meta-análisis de Moreno y cols. (2000) y Rosa y cols. (2002). Para la correcta

interpretación de los datos hemos de tener en cuenta los criterios de selección y la unidad de análisis utilizada en este estudio.

En el presente disponemos de una variada gama de recursos terapéuticos para tratar con éxito este trastorno de ansiedad en la infancia y adolescencia. La cuestión que surge es si con el nivel actual de conocimientos es posible recomendar un tratamiento. Si observamos los tamaños del efecto de aquellos programas que incluyen más de un estudio, podemos concluir que el IASF (Olivares y García-López, 1998) es la intervención más eficaz. No obstante, debido a que en varios de los programas sólo contamos con la información de un estudio, sería importante seguir recopilando datos a fin de realizar un análisis con más garantías estadísticas, comparándolo así mismo con los datos de eficacia clínica. Uno de los programas que, creemos, debería seguir siendo valorado es el SET- $A_{sv}$  debido al alto tamaño del efecto alcanzado.

En cuanto a las medidas de las subescalas del SPAI, con el fin de no perder estudios y siempre que los mismos aportaran los datos, decidimos utilizar la puntuación media entre la puntuación "diferencia" y la puntuación obtenida a partir de la subescala de fobia social; en el caso de indicar sólo la puntuación global, tomábamos esa medida. En aquellos estudios que sólo informaban de la subescala de fobia social, era ésta la registrada. No obstante, también hemos presentado sólo la puntuación de la subescala fobia social para los estudios que la indicaban ( $n = 12$ ), viendo que los resultados de esta subescala son un poco más altos. Este resultado puede seguir apoyando lo que Herbert, Bellack, Hope y Mueser (1992) sugirieron sobre la idoneidad de utilizar una u otra escala, siendo la puntuación de la subescala de fobia social la más adecuada cuando se pretendía evaluar los resultados de un tratamiento psicológico. No obstante, consideramos que sería más idóneo utilizar las medidas que los investigadores informaban y no perder estudios en la realización del análisis global.

Otro de nuestros objetivos fue analizar la eficacia diferencial de los distintos componentes de los programas, pero no fue posible ya que la mayor parte de éstos no presentaban los resultados concretos obtenidos tras la aplicación de cada técnica. A pesar de ello, lo que sí pudimos realizar fue un análisis sobre la influencia o no de la

existencia de las diferentes técnicas en el tamaño del efecto global, observando que la exposición en vivo y audiovisual era la más utilizada y la que alcanzaba resultados más eficaces; al igual que la utilización de sesiones de autoexposición y heteroexposición. Estos resultados también son coincidentes con otros estudios previos sobre el tema (Feske y Chambles, 1995; Gould y cols., 1997; Heimberg y Juster, 1995; Mattick y cols., 1995; Marks, 1995; Rosa y cols., 2002).

Un resultado que consideramos relevante ha sido el que indicaba que la combinación de sesiones grupales e individuales alcanzaba los mejores resultados, quizás debido a que las intervenciones grupales suponen una maximización de la exposición a estímulos fóbicos, lo cual permite una potenciación del efecto de la propia intervención que incrementaría la habituación y, en consecuencia, la reducción de ansiedad social del sujeto. Por otro lado, las sesiones individuales harían el programa más acomodado a las necesidades del propio sujeto y podría suponer una mayor implicación de éste tanto en el tratamiento como con el terapeuta. Este resultado es, en parte, coincidente con el alcanzado por Olivares y cols. (2002).

También hemos podido observar que los programas que utilizan práctica distribuida y no son excesivamente largos, alcanzan mejores resultados.

Respecto de las variables de sujeto, la historia del problema y la edad han influido en los resultados, de modo que a menos años de duración del problema y mayor edad de los sujetos, más se benefician del tratamiento. Estos datos son coincidentes con meta-análisis anteriores (Rosa y cols., 2002). Ello nos lleva a concluir que una intervención temprana, próxima al inicio de la fobia social, permitiría eliminar no sólo las respuestas de ansiedad social sino también prevenir el desarrollo de otros trastornos. Aunque una de nuestras pretensiones era analizar si la intervención influía en la comorbilidad, no pudimos llevar a cabo este análisis pues sólo tres de los estudios proporcionaban datos en este sentido en el postest, lo cual resultaba insuficiente para un análisis potente. Tampoco pudimos analizar la secuencia temporal de la aparición de los trastornos concomitantes por falta de datos en los estudios empíricos recogidos.

Por lo que concierne a los aspectos metodológicos de los estudios, cabe destacar que los diseños pre-experimentales alcanzan mayores tamaños del efecto, lo cual se puede explicar porque éstos no sustraen de la estimación del tamaño del efecto la voluntariedad de la asignación de los sujetos a los tratamientos (Olivares y cols., 2002). Por otro lado, la calidad afecta en la dirección indicada en otros estudios, y la mortalidad en sentido inverso a lo esperado (Olivares, Rosa, Sánchez, 2000). Las puntuaciones que oscilan ente 5 y 6 son bajas y hacen referencia a la baja calidad de determinados estudios debido a que no realizan seguimientos, no utilizan grupos de control y sus tamaños grupales son pequeños. Aunque hubiéramos deseado subdividir los estudios atendiendo a la calidad y realizar un análisis más minucioso, no pudimos llevarlo a cabo debido al pequeño número de estudios incluido en este meta-análisis.

En estudios futuros consideramos que sería importante que las investigaciones empíricas tuvieran en cuenta los tipos de instrumentos con los que medir los resultados de sus intervenciones, dado que, como hemos podido constatar, unos se muestran más sensibles a los cambios terapéuticos que otros. Asimismo, entendemos que es necesaria la tarea de seguir adaptando instrumentos ya utilizados por otros investigadores, que midan los diferentes aspectos de estos problemas en población de habla española, porque de este modo podremos no sólo comparar los efectos de nuestras aplicaciones con las realizadas en otros lugares sino también hacer posible la comunicación de nuestros hallazgos y su réplica en otros contextos culturales. Es también una tarea pendiente, en un campo emergente como el que nos ocupa, el diseño y validación de nuevos instrumentos que puedan mejorar los parámetros psicométricos de los existentes.

También sería interesante y ahorraría tiempo y esfuerzo a los clínicos, traducir y adaptar a otras poblaciones aquellos programas que han probado su eficacia, de modo que no sólo aprovecharíamos sus ventajas sino que podríamos contribuir a su verificación mediante la réplica. De igual modo y, en la medida de lo posible, otra tarea a realizar es el desmantelamiento de dichos programas a fin de comprobar cuáles son los componentes más eficaces y así, disminuir los costos tanto de personal como de tiempo.

El estudio de la comorbilidad y la aparición de los trastornos concomitantes es un campo abierto, al igual que el análisis de los estudios en razón a la bondad de sus diseños. Otra tarea a realizar será llevar a cabo un estudio meta-analítico en el que sólo formen parte de éste los diseños experimentales que incluyan grupo de control, cuando aparezcan más informes de tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes.

Finalmente, indicar que esta investigación queda abierta a la espera de nuevos estudios que permitan analizar nuevas variables tales como, por ejemplo, los antecedentes familiares, el subtipo de fobia social, el número de situaciones sociales fóbicas, etc., a fin de intentar explicar parte de los resultados que, a día de hoy, todavía precisan aclaración.

## BIBLIOGRAFÍA

(Los estudios precedidos con un asterisco fueron incluidos en el meta-análisis.)

- Albano, A.M., Marten, P.A. y Holt, C.S.** (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Unpublished manuscript.
- Albano, A.M., Marten, P.A. y Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H.** (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656
- Allen, M., Hunter, J. y Donohue, W.** (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 53-76.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4ª edición)*. (DSM-IV). Washington, D.C.: Autor.
- Barret, P.M.** (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M.** (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M.** (1995). A new instrument to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 1, 73-79.

- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M. (1997). Social Effectiveness therapy for children. Paper presented at *The Annual Meeting of the Anxiety Disorder Association of America*. New Orleans: March.
- \*Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Chambles, D. y Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chavira, D. y Stein, M. (2002). Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 47-54.
- Clark, D. B. y Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233.
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. y Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Compton, S., Grant, P., Chrisman, A., Gammon, P., Brown, V. y March, J. (2001). Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: An open trial. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 40, 564-571.
- Cox, B. J.; Ross, L., Swinson, R. P. y Diefenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285-297.
- DeWitt, D. J., McDonald, K. y Offord, D.R. (1999). Childhood stress and symptoms on drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Feske, U. y Chambles, D.L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Francis, G., Last, C.G. y Strauss, C.C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.

- García-López, L. J., Olivares, J., Turner, S. M., Beidel D. C., Albano, A. M. y Sánchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10, 165-179.
- Glass, G. V., McGaw, B. y Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis for social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia. A meta-analysis. *Clinical Psychology. Science and practice*, 4, 291-306.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 37, 1308-1316.
- \*Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. y Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726
- Hedges, L.V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnostic, assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S. y Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357-368.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S., Hope, D. A. y Mueser, K. T. (1992). Scoring the Social Phobia and Anxiety Inventory: Reply to Beidel and Turner. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 381-383.
- Ingram, R. E., Ramel, W., Chavira, D. y Scher, C. (2001). Social anxiety and depresión En W. R. Crozier y L. E Alden (dirs.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 357-380). New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. y Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorder in high school student. *Journal Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lipsey, M. W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). Nueva York: Sage.

- Mancini, C., Van Ameringen, M., Oakman, J. M. y Farvolden, P.** (1999). Serotonergic agents in the treatment of social phobia in children and adolescents. A case series. *Depression and Anxiety, 10*, 33-39.
- Marks, I.M.** (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 56*, 25-31.
- \*Masia, C., Klein, R., Storch, E. y Corda, B.** (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry, 40*, 780-786.
- Mattick, R.P, Page, A. y Lampe, L.** (1995). Cognitive and behavioral aspects. En M.B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Méndez, F, X., Sánchez, J. y Moreno, P.** (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual, 9*, 39-59.
- Moreno, P., Méndez, F. X. y Sánchez, J.** (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema, 12*, 346-352.
- Olivares, J. y García-López, L. J.** (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social. Diseño Inicial*. Manuscrito no publicado.
- \*Olivares, J. y García-López, L. J.** (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual, 9*, 247-254.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C. y Turner, S. M.** (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish Version*. Manuscrito no publicado.
- \*Olivares, J. García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M e Hidalgo, M. D.** (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual, 10*, 147-164.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y Beidel, D. C.** (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 21*, 67-78
- \*Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A.** (en prensa) Tratamiento de adolescentes con fobia social: IAFS vs. grupo de control lista de espera. *Psicología Conductual*.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Sánchez, X., Méndez, X. y García-López, L. J.** (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual, 10*, 523-542.

- Olivares, J., Rosa, A. I. y Sánchez, J.** (2000). Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de salud en España. *Anuario de Psicología*, 31, 43-61.
- Orwin, R. G.** (1983). A fail-safe *N* for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8, 157-159.
- Orwin, R.G.** (1994). Evaluating coding decisions. En H. Cooper y L.V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 139-162). Nueva York: Sage.
- Otto, M. W.** (1999). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Model, methods, and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 14-19.
- \*Ramos, V.** (2003). *El efecto de la retroalimentación audiovisual en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral, Universidad de Murcia
- Rappaport, M. H., Paniccia, G., y Judd, L. L.** (1995). A review of social phobia. *Psychopharmacological Bulletin*, 31, 125-129.
- Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E. Y Heimberg, R. G.** (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 983-994.
- Rosa, A. I., Sánchez, J., Olivares, J. e Inglés, C.** (2002). El tratamiento de la fobia social y su repercusión en variables clínicas y de personalidad: una revisión meta-analítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 749-777.
- Rosa, A. I., Sánchez, J., Olivares, J. y López, J. A.** (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: un estudio meta-analítico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55, 625-639
- Rosenberg, M.S., Adams, D.C. y Gurevitch, J.** (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Rosenthal, R.** (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (edición revisada). Newbury Park, CA: Sage.
- \*Ruiz, J.** (2003). *Efecto del tamaño del grupo en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia
- Sánchez, J. y Ato, M.** (1989). Meta-análisis: Una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J. Arnau y H. Carpintero (Coords.), *Tratado de psicología general. 1: Historia, teoría y método* (pp. 617-669). Madrid: Alhambra.
- Spence, S. H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M.** (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- SPSS 11.0** (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.

- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Höttler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U.** (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Taylor, S.** (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A.** (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C.** (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychology Med.* 29, 309-323.