

# ■ Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada

Lourdes Espinosa-Fernández, José A. Muela, & Luís J. García-López

Universidad de Jaén, España

## Resumen

El trastorno de ansiedad social (TAS) presenta una prevalencia alta entre la población infantil y juvenil. Son muchas las consecuencias negativas que conlleva este trastorno para el adecuado desarrollo social, emocional y conductual de los niños y jóvenes si no se detecta y se interviene adecuadamente. Entre los factores de riesgo se encuentran el estilo de crianza y las pautas de comunicación de los padres, apareciendo la Emoción Expresada (EE) como un indicador clave del entorno familiar. Los padres con alta EE muestran una excesiva sobreimplicación emocional, crítica y hostilidad. Al igual que sucede con otros trastornos, la presencia de alta EE en los padres se ha asociado con peores resultados en el tratamiento de sus hijos. En este sentido, se ha podido comprobar que añadir en el tratamiento un componente destinado a los padres que presentan alta EE, mejoran los resultados de la intervención en aquellos casos en los que los padres pasan de alta EE a baja EE, lo que apunta a que en estos casos se hace necesaria la participación de los progenitores. Esto pone sobre la mesa, la necesidad de evaluar la EE en los padres al tratar a sus hijos con TAS. En este sentido, ha sido crucial el desarrollo de medidas breves y de fácil administración. En el presente trabajo se revisa el estado de la cuestión y se describe un nuevo instrumento denominado Entrevista Estructurada de Emoción Expresada en Trastorno de Ansiedad Social.

*Palabras clave:* trastorno de ansiedad social, adolescentes, emoción expresada.

## Abstract

*Advances in social anxiety disorder in the young. The role of expressed emotion.* Social anxiety disorder (SAD) is highly prevalent in children and adolescents, with severe negative consequences in the social, emotional, and behavioral development unless detected and treated. Risk factors include parental rearing and communication skills, with expressed emotion (EE) as a key indicator of family environment. Parents with high levels of EE exhibit emotional overinvolvement, criticism, and hostility. Consistent with other mental health disorders, parents' high levels of EE are associated with poor treatment outcome in their children. However, the inclusion of parent training in high EE parents has shown to palliate this effect: children benefit from treatment as much as those with parents with low EE. These data reveal the need of assessing EE when treating children with SAD. As a consequence, it was crucial to develop a brief EE self-report measure. This paper reviews the state-of-the-art social anxiety disorder in young, and describes the new Expressed Emotion Interview in Social Anxiety Disorder self-report.

*Keywords:* social anxiety disorder, adolescents, expressed emotion.

## Trastorno de ansiedad social (TAS)

Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que el TAS es un trastorno psicológico altamente prevalente en población infantil y juvenil, llegando a ser considerado como uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante esta fase de la vida (Knappe, Sasagawa, & Creswell, 2015; Ranta, La Greca, García-López, & Marttunen, 2015).

En cuanto a la edad de inicio, estudios retrospectivos han localizado la misma entre la adolescencia tardía y la adultez (Keller, 2006). Sin embargo, los primeros estudios prospectivos identificaron un rango de edad de inicio en el periodo comprendido entre los 10 y 16 años de edad (Wittchen & Fehm 2001). En esta línea, en un estudio más reciente llevado a cabo por Knappe et al. (2011), la edad de inicio se ha acotado a una media de 13.10 años. Estos últimos datos van en la línea de lo encontrado por Beidel y Turner (2005), quienes tras revi-

## Correspondencia:

Lourdes Espinosa Fernández.

Departamento de Psicología. Universidad de Jaén.

Campus Las Lagunillas, s/n, 23071, Jaén, España.

E.mail: lespino@ujaen.es

sar los estudios llevados a cabo con muestras de niños y adolescentes, señalaron que la edad media de inicio del TAS se situaba entre los 11.30 y los 12.70 años. Con todo ello en mente, la adolescencia parece el periodo crítico en el inicio y desarrollo del trastorno de ansiedad social, y por tanto, el momento crucial para una intervención lo más temprana posible.

A pesar de ser un trastorno de inicio temprano, éste presenta un curso crónico si no es tratado (Beesdo-Baum et al., 2012; García-López, 2007; García-López, Beidel, Hidalgo, Olivares, & Turner, 2008). Consecuentemente, el TAS puede provocar tanto una marcada reducción en diversos índices de calidad de vida, como una interferencia significativa en el funcionamiento emocional, social, escolar y laboral y en el desarrollo individual del niño y/o adolescente (Beidel, Ferrell, Alfano, & Yeganeh, 2001). Se considera, por tanto, que las consecuencias potenciales de este trastorno son amplias y graves, generando problemas en áreas como la educativa, las relaciones sociales, la vida familiar y el empleo (Beidel et al., 1999; Olivares-Olivares et al., 2014; Weiller, Bisserbe, Boyer, Lépine, & Lecrubier, 1996), lo que conlleva una peor calidad de vida (Hambrick, Turk, Heimberg, Schneier, & Liebowitz, 2003) y elevados costes económicos para la sociedad (Acarturk et al., 2009). En consecuencia, puede hablarse de un problema de salud pública grave, que requiere de una consideración especial por parte de la comunidad científica (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005; Wittchen et al., 2011).

### **El papel de la familia y la emoción expresada en el trastorno de ansiedad social**

Distintos estudios han tratado el papel que pueden jugar las actitudes y los patrones de conducta de los padres en la competencia social de sus hijos. En primer lugar, Parker (1979) sugirió que un niño con escaso apoyo o afecto emocional y sobreimplicación por parte de sus padres podría experimentar posteriormente muchas dificultades en sus relaciones interpersonales. Siguiendo esta hipótesis, Rapee (1997) indicó que la sobreimplicación de la madre hacia el hijo puede ser un factor de vulnerabilidad más importante que la falta de cariño de éstas hacia sus hijos para el desarrollo del trastorno de ansiedad social.

Este tipo de actitudes de los padres no solamente puede actuar como factor predisponente sino que también puede jugar un papel importante en el mantenimiento de las respuestas de ansiedad social de sus hijos. En diferentes estudios, se ha encontrado que adultos con TAS recuerdan a sus padres como más controladores, más sobreprotectores y con escaso apoyo emocional (ej., Arrindell et al., 1989; Lieb et al., 2000; Rapee & Melville, 1997). Además, tanto los sujetos con TAS como sus madres informan de que durante su infancia recuerdan a sus padres como poco sociables, es decir, con escasas relaciones sociales.

En esta misma línea, un reciente estudio llevado a cabo por Gulley, Oppenheimer, y Hankin (2013) ha encontrado que la presencia de crítica en los padres es un potente predictor de la ansiedad social, teniendo un efecto directo sobre el desarrollo de ansiedad social en sus hijos adolescentes. Por su parte, Rork y Morris (2009) encontraron una correlación entre sobreprotección parental y críticas negativas con la presencia de ansiedad social en adolescentes. Además, Ostürk, Sayar, Ugurad y Tüzün (2005) hallaron que las madres de niños con TAS puntuaban más alto en hostilidad. En un estudio más reciente, Knappe, Beesdo-Baum, Fehm, Lieb y Wittchen (2012) observaron que la sobreprotección de las madres y el rechazo de los padres solo aparecían en la muestra de adolescentes que presentaban TAS. Anteriormente, estos autores (Knappe et al., 2009) encontraron que la falta

de calidez emocional en el contexto familiar, junto con varias dimensiones del funcionamiento familiar como comunicación disfuncional, respuesta afectiva y sobreimplicación afectiva, estaba asociado con una mayor persistencia del TAS en los hijos. Estos resultados sugieren un tipo de relación entre niños con TAS y sus padres. En un estudio observacional llevado a cabo por Hummel y Gross (2001) se encontró que las interacciones de niños con TAS y sus padres estaban principalmente marcadas por pocas verbalizaciones, menos feedback positivo y más feedback negativo que las interacciones de niños sin ansiedad con sus padres.

En consecuencia, se puede concluir que son numerosas las investigaciones que han demostrado una correlación entre la sobreimplicación, la hostilidad y la crítica negativa de los padres con el desarrollo y/o mantenimiento de la ansiedad social (para una revisión, véase Anhalt & Morris, 2008, Aslam, 2014; Knappe et al., 2015). Precisamente, la crítica/hostilidad y la sobreimplicación son dos de los componentes de la emoción expresada (EE). La EE es un indicador del clima emocional familiar. Hace referencia a una forma de interacción de los familiares del enfermo con éste y es una variable dicotomizada en alta y baja EE.

Una familia es de alta EE si alguno de sus miembros muestra una o más de las siguientes dimensiones (Brown, Birley, & Wing, 1972; Vaughn & Leff, 1976): a) Crítica: El familiar muestra disgusto o desagrado ante la conducta del familiar afectado, bien en el contenido de lo que dice, bien en la entonación de lo dicho; b) Hostilidad: Es una crítica generalizada a la persona del enfermo más que hacia su conducta, pudiendo llegar al rechazo del individuo; y c) Sobreimplicación emocional: Son sentimientos y conductas de sobreprotección, autosacrificio, etc. del familiar hacia el enfermo (respuesta emocional exagerada de desesperanza, de autosacrificio, sobreidentificación y conducta sobreprotectora extrema del familiar hacia el paciente (enfermo)).

Una alta EE se ha relacionado con un peor curso de la enfermedad en diferentes trastornos (ej., Butzlaff & Hooley, 1998; Hooley, 2007; Muela & Godoy, 2003; Miklowitz, Biuckians, & Richards, 2006). El estudio de la EE comenzó en el campo de la esquizofrenia cuando varios investigadores (Brown et al., 1972; Vaughn et al., 1976) comprobaron que aquellos pacientes que convivían con un familiar crítico o emocionalmente sobreimplicado (alta EE) recaían con mayor probabilidad tras el alta hospitalaria que aquellos que convivían con familiares de baja EE. Este resultado ha sido replicado en numerosos estudios, en diferentes países y culturas, así como en diferentes trastornos mentales y enfermedades físicas (ej., Hooley, 2007; Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Armstrong, 2000). Así por ejemplo, se ha encontrado en trastornos afectivos (Ellis et al., 2014), trastornos de ansiedad (Koujalgi, Nayak, Patil, & Chate, 2014), trastornos de la conducta alimentaria (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepúlveda, & Treasure, 2014), demencia (Li & Murray, 2015), síndrome de fatiga crónica (Band, Barrowclough, & Wearden, 2014), dolor crónico (Ballús-Creus, Rangel, Peñarroya, Pérez, & Leff, 2014), entre otros. Lo que apunta a la necesidad de considerar las intervenciones familiares en los procesos terapéuticos (Medina-Pradas, 2016).

En relación al TAS en población infanto-juvenil, en un estudio llevado a cabo por Alden et al. (2003) se encontró que aquellos niños con Fobia Social (FS) generalizada que definían a sus padres como faltos de afecto y con rechazo hacia ellos, eran los que obtenían peores resultados en el tratamiento para el TAS. Otros estudios llevados a cabo con muestras de adolescentes apuntan en la misma dirección. Así por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por García-López et al. (2009), en el que se exploró si la presencia de una alta EE en padres

estaba asociada a peores resultados en el tratamiento que recibían sus hijos adolescentes con TAS, se encontró que efectivamente aquellos adolescentes con fobia social cuyos padres presentaban alta emoción expresada se beneficiaron menos del tratamiento que aquellos cuyos padres presentaban baja emoción expresada. En un estudio posterior, estos mismos autores, han comprobado que la inclusión de un componente familiar en la intervención llevada a cabo en adolescentes (Intervención Familiar en Adolescentes con Fobia Social, IAFS; García-López et al, 2011), producía una ganancia en el tratamiento aplicado a los adolescentes, en aquellos casos en los que los padres pasaron de alta EE a baja EE. En concreto, se halló una reducción de la sintomatología y una remisión del diagnóstico (incluyendo la remisión de trastornos comórbidos, entre los que se encontraba la depresión), tanto en el postest como en el seguimiento realizado a los adolescentes (García-López et al. 2014).

Según esos resultados, un aspecto que, por tanto, sería necesario evaluar en la familia de adolescentes que presenten TAS es la presencia o no de alta EE. Así, si alguno de los progenitores presentara alta EE, sería recomendable incluirlo en el programa de tratamiento de cara a conseguir una reducción de esa alta EE y con ello potenciar la mejoría de los adolescentes con TAS que reciben tratamiento. De no ser así, la presencia de alta EE en los padres puede ser uno de los elementos o factores que van a interferir en la remisión de la sintomatología que presentan sus hijos y por tanto, en su mejoría tras recibir éstos tratamiento específico para su FS. En aquellos casos, en los que los padres presentan baja EE, según los resultados del estudio anterior, no se requeriría la inclusión de los padres en el tratamiento, lo que supondría una reducción de tiempo y de costes (García-López et al. 2014).

Estos resultados hallados en el campo de la fobia social son consistentes con los encontrados, de manera general, en las intervenciones basadas en la familia, en las que se han obtenido mejores resultados en aquellos casos en los que familias eran de baja EE, al compararlas con familias de alta EE en trastornos como la esquizofrenia (ej., Muela & Godoy, 2003), depresión en adolescentes (McCleary & Sanford, 2002), trastorno bipolar en adolescentes (Miklowtzt et al., 2013), entre otros. Por otra parte, proporcionan información relevante y necesaria de cara a mejorar las intervenciones existentes, demanda ésta señalada por diferentes autores (ej., Kerns, Read, Klugman, & Kendall, 2013).

Así mismo y en esa línea, estos resultados arrojan un poco de luz al debate establecido sobre si es relevante o no incluir a los padres en el tratamiento de los niños-adolescentes. De esta manera, la presencia de una alta EE no evaluada en estudios anteriores podría explicar la heterogeneidad de resultados en la literatura científica al respecto. Así, una posible explicación del beneficio de incluir a los padres en el programa de tratamiento es que estos cambien su forma de interactuar con sus hijos (pasar de alta EE a baja EE). Futuros estudios, profundizando en este tema, serían recomendables, de cara a comprobar el efecto diferencial que los componentes de la EE (tanto de manera aislada como en combinación) tienen sobre la eficacia del tratamiento, permitiendo además conocer cuáles son los elementos claves que determinan o contribuyen a que aquellos padres que pasan de alta EE a baja EE tras la intervención son los que más se asemejan a los que son identificados desde el inicio de baja EE. Esto contribuirá además, a ajustar los aspectos a trabajar en la intervención destinada a los padres que presentan alta EE (García-López et al., 2014).

Relacionado con esto, lo que sí parece claro es que los resultados hallados hasta este momento en el campo específico del TAS pueden encajar con el modelo de vulnerabilidad-estrés desarrollado para explicar el papel que tiene la EE familiar en el desarrollo y curso del

trastorno que presenta el paciente, considerándolo como un estresor importante (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012; Duclos, Vibert, Mattar, & Godart, 2012; Hooley & Gotlib, 2000). En este sentido, entre los estudios realizados, se encuentran, por ejemplo, los que desde el punto de vista fisiológico informan de una respuesta de arousal diferente en el paciente en función de la presencia en el familiar de una alta o baja EE. En concreto, se ha hallado que la presencia de alta EE en el familiar se asocia con el mantenimiento e incremento del arousal, mientras que la presencia de una baja EE se asocia con un descenso del mismo (Subotnik et al., 2012, citado en Medina-Pradas, 2016). En otros estudios, los propios pacientes han informado de incrementos significativos en ansiedad, ira y estrés después de interactuar con familiares críticos a diferencia de los que lo hacían con familiares cálidos (Medina-Pradas, Navarro, López, Grau, & Obiols, 2011). En este sentido, se ha informado además de que en algunos pacientes, y en el caso de TAS parece evidente que también suceda, esos niveles de estrés, a su vez, están influenciados por la sensibilidad a las críticas de los pacientes (Cutting, Aakre, & Docherty, 2006) y sus niveles de ansiedad, los cuales interactúan en última instancia con la EE en la exacerbación de los síntomas (Docherty et al., 2011).

Por tanto, siguiendo a este modelo, la intervención llevada a cabo con familiares de alta EE supondrá una reducción o eliminación de una fuente de estrés o estresor para el paciente. La manera de materializarse esto sería con un cambio en las actitudes, comportamiento y patrón de comunicación familiar-paciente, lo que contribuiría, en el caso concreto del TAS, en un aumento de la seguridad en los adolescentes facilitando con ello la aplicación efectiva de lo aprendido en las sesiones de tratamiento que ellos reciben (García-López et al., 2014).

### Evaluación de la Emoción Expresada

Por todo lo expuesto anteriormente, se considera que la EE es una variable relevante que necesita ser evaluada para poder ser identificada y abordada dentro del programa de intervención. Lamentablemente, no abundan en la práctica clínica las intervenciones terapéuticas que incluyan la disminución de la EE como un componente más del tratamiento. Posiblemente, la razón se deba a que la forma de evaluar este constructo presenta una serie de dificultades que lo hacen poco atractivo para usarse en la clínica.

La evaluación de la EE tradicionalmente se ha realizado con dos instrumentos, la Entrevista Familiar Camberwell (Camberwell family interview, CFI; Vaughn & Leff, 1976) y la Muestra de Habla de 5 Minutos (Five Minute Speech Sample, FMSS; Magana et al., 1986). Sin embargo, ambos instrumentos presentan una serie de desventajas que limitan su uso práctico. Así la CFI, a pesar de ser considerada el "patrón de oro" con el que comparar las sucesivas medidas de la EE que han ido surgiendo, tiene el inconveniente de que se trata de una entrevista muy larga (de 1.5 a 2 horas de duración), que requiere entrenamiento tanto para administrarla como para evaluarla y que debe ser corregida interjueces. Esto ha provocado que la CFI no sea demasiado práctica para su uso aplicado, reservándose casi exclusivamente para el ámbito de la investigación. Por su parte, la FMSS a pesar de ser una medida de corta duración y que requiere menor entrenamiento para administrar, sigue mostrando el problema de tener que ser corregida con acuerdo interjueces (los cuales deben ser debidamente entrenados).

Por este motivo, a lo largo de los años han ido apareciendo nuevas medidas de EE tanto en formato de entrevista como de cuestionario autoadministrado y dirigidas tanto a familiares o personas relevantes del enfermo, como al propio enfermo [*Level of Expressed Emotion* o

LEE (Cole & Kazarian, 1988), *Perceived Criticism Scale* o PCS (Hoo-ley & Teasdale, 1989), *Expressed Emotion Adjective Checklist* o EEAC (Friedman & Goldstein, 1993), *Family Emotional Involvement and Criticism Scale* o FEICS (Shields et al. 1992), *Fragebogen zur Erfassung der Familienatmosphäre* o FEF (Feldmann, Buchkremer, Minneker-Hu, & Hornung, 1995), *Influential Relationships Questionnaire* o IRQ (Baker, Helmes, & Kazarian, 1984), *Patient Rejection Scale* o PRS, (Kreisman, Simmens, & Joy, 1979), *Questionnaire Assessment of Expressed Emotion* o QAEE (Docherty, Serper, & Harvey, 1990), etc]. Sin embargo, de manera general, estas medidas presentan pobres datos de correlación con la CFI o con la FMSS.

### La E5 como instrumento específico para evaluar la EE en adolescentes que muestran ansiedad social

En el ámbito concreto del TAS y con el objetivo de eliminar las principales limitaciones de la CFI y la FMSS, se ha diseñado un instrumento para evaluar la EE, es la Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Emoción Expresada en Trastorno de Ansiedad Social (E5-TAS, Muela, Espinosa-Fernández, García-López, & Díaz-Castela, en preparación) que parte del mismo principio que su antecesora la E5e (Godoy & Muela, 2001), en la que al entrevistado se le presenta una serie estructurada de situaciones potencialmente generadoras de EE y se le ofrece un listado de posibles respuestas ante ellas para que el evaluado seleccione la frecuencia con la que emplea estas respuestas. En concreto, está compuesta por 11 ítems con 8 alternativas de respuesta que corresponden a cada una de las dimensiones de la EE (críticas, hostilidad generalizada, hostilidad de rechazo, sobreprotección, autosacrificio, desesperanza y manifestaciones emocionales intensas) y una de ellas se refiere a "no EE". Cada una de las 8 alternativas, puede contestarse con una escala que va desde 1 (nunca) a 5 (siempre). La ventaja de este instrumento es que no es necesario el entrenamiento ni en la administración ni en la corrección e interpretación de las respuestas (dado que ya están codificadas). Además, la escasa duración media de la E5-TAS (unos 15 minutos) también supone una ventaja sobre ambos instrumentos, ya que la hora y media o dos horas de duración de la CFI la hace excesivamente costosa, mientras que los escasos 5 minutos de la FMSS pueden ser insuficientes (si no se está lo suficientemente entrenado) para obtener resultados representativos de la EE del entrevistador (Masaaki, Kentaro, Akiko, & Kazuhiko, 2004).

Con respecto a las propiedades psicométricas, la E5-TAS presenta una alta consistencia interna (alfa de Cronbach, .93) apropiada estructura factorial, validez de criterio y validez discriminante (Muela et al. en preparación). Por otra parte, su rapidez en la corrección y la disponibilidad de puntos de corte permite su facilidad de administración en contextos clínicos y sanitarios, todo lo cual acredita su valor como instrumento de evaluación de la EE en el campo de la fobia social adolescente.

Como complemento a este instrumento, los mismos autores han diseñado la versión aplicada a los adolescentes, para evaluar la EE percibida de padre y madre. De esta manera, se podrá disponer de una información más completa y ajustada del contexto familiar, al darle voz a las dos partes implicadas y máxime cuando se ha comprobado la escasa coincidencia de perspectivas que hay entre hijos y padres sobre aspectos relacionados con la propia interacción entre ambos y los efectos ocasionados en cada uno de ellos (ej., Bachman, Bootmer, Jacob, & Schröder, 2006; Cutting et al., 2006; Medina-Pradas, Navarro, Pousa, Montero, & Obiols, 2013).

### Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no tienen conflicto de intereses.

### Referencias

- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 115, 421-429. doi:10.1016/j.jad.2008.10.008
- Alden, L. E., Taylor, C. T., Mellings, T. M. B., & Laposa, J. M. (2003, Septiembre). *Social developmental experiences and treatment response in generalized social phobia*. Póster presentado en 37<sup>th</sup> Annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34, 12-20. doi:10.4103/0253-7176.96149
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepúlveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviours*, 15(3), 467-477. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.06.001
- Anhalt, K., & Morris, T. M. (2008). Parenting characteristics associated with anxiety and depression: a multivariate approach. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5, 122-137. doi:10.1037/h0100427
- Arrindell, W. A., Kweem, M. G. T., Methorst, G. J., Nam der Ende, J., Pol, E., & Moritz, B. J. M. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Aslam, N. (2014). All eyes on me? Role of negative parenting in the development of social anxiety disorder among children and adolescents. *International Journal of School and Cognitive Psychology*, 1. doi:10.4172/1234-3425.1000e101
- Bachmann, S., Bottmer, C., Jacob, S., & Schröder, J. (2006). Perceived criticism in schizophrenia: A comparison of instruments for the assessment of the patient's perspective and its relation to relatives' EE. *Psychiatry Research*, 142, 167-175. doi:10.1016/j.psychres.2005.10.001
- Ballús-Creus, C., Rangel, M. V., Peñarroya, A., Pérez, J., & Leff, J. (2014). Expressed emotion among relatives of chronic pain patients, the interaction between relatives' behaviours and patients' pain experience. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 197-205. doi:10.1177/0020764013496371
- Band, R., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2014). The impact of significant other expressed emotion on patient outcomes in chronic fatigue syndrome. *Health Psychology*, 33(9), 1092-1101. doi:10.1037/hea0000086
- Baker, B., Helmes, E., & Kazarian, S. S. (1984). Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *British Journal of Psychiatry*, 144, 263-269.
- Beidel, D., & Turner, S. (2005). *Childhood anxiety disorders: A guide to research and treatment*. New York: Routledge.
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C. A., & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846. doi:10.1016/S0193-953X(05)70266-5
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 457-478. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x
- Brown, G., Birley, J., & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258. doi:10.1192/bjp.121.3.241



- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552. doi:10.1001/archpsyc.55.6.547.
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of Expressed Emotion Scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 392-397. doi:10.1002/1097-4679(198805)44:3<392::AID-JCLP2270440313>3.0.CO;2-3
- Cutting, L. P., Aakre, J. M., & Docherty, N. M. (2006). Schizophrenic Patients' Perceptions of Stress, Expressed Emotion and Sensitivity to Criticism. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 743-750. doi:10.1093/schbul/sbl001
- Docherty, N. M., Serper, M. H., & Harvey, P. D. (1990). Development and preliminary validation of a questionnaire assessment of expressed emotion. *Psychological Reports*, 67, 279-287.
- Docherty, N. M., St-Hilaire, A., Aakere, J. M., Seghers, J. P., McCleery, M., & Divilbiss, M. (2011). Anxiety interacts with expressed emotion criticism in the prediction of psychotic symptom exacerbation. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 611-618. doi:10.1093/schbul/sbp123
- Duclos, J., Vibert, S., Mattar, L., & Godart, N. (2012). Expressed Emotion in Families of Patients with Eating Disorders: A Review of the Literature. *Current Psychiatry Reviews*, 8(3), 183-202. doi:10.2174/157340012800792975
- Ellis, A. J., Portnoff, L. C., Axelson, D. A., Kowatch, R. A., Walshaw, P., & Miklowitz, D. J. (2014). Parental expressed emotion and suicidal ideation in adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 216(2), 213-216. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.013
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.002
- Feldmann, R., Buchkremer, G., Minneker-Hu, E., & Hornung, P. (1995). Fragebogen zur Familienatmosphäre (FEF). Einschätzung des emotionalen Angehörigen-Verhaltens aus der Sicht schizophrener Patienten. *Diagnostica*, 41, 334-348.
- Friedman, M. S., & Goldstein, M. J. (1993). Relative's awareness of their own expressed emotion as measured by a self-report adjective checklist. *Family Process*, 32, 459-471. doi:10.1111/j.1545-5300.1993.00459.x
- García-López, L. J. (2007). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones.
- García-López, L. J., Beidel, D. C., Hidalgo, M. D., Olivares, J., & Turner, S. (2008). Brief form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for adolescents. *European Journal of Psychology Assessment*, 24, 150-156. doi:10.1027/1015-5759.24.3.150
- García-López, L. J., Díaz-Castela, M. M., Muela-Martínez, J. A., & Espinosa-Fernández, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety and Disorders*, 28, 812-822. doi:10.1016/j.janxdis.2014.09.001
- García-López, L. J., Iruñia, M. J., Caballo, V. E., & Díaz-Castela, M. M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico [Social anxiety and psychological abuse]. *Behavioral Psychology*, 19, 223-236
- García-López, L. J., Muela, J. A., Espinosa-Fernández, L., & Díaz-Castela, M. M. (2009). Exploring the relevance of expressed emotion to the treatment of social anxiety disorder in adolescence. *Journal of Adolescence*, 32, 1371-1376. doi:10.1016/j.adolescence.2009.08.001
- Gulley, L., Oppenheimer, C. W., & Hankin, B. L. (2013). Associations among negative parenting, attention bias to anger, and social anxiety among youth. *Developmental Psychology*, 50, 577-585. doi:10.1037/a0033624
- Hambrick, J. P., Turk, L. C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 18(1), 46-50. doi:10.1002/da.10110
- Hooley, J. M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236
- Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 135-151. doi:10.1016/S0962-1849(05)80001-0
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235. doi.org/10.1037/0021-843X.98.3.229
- Hummel, R. M., & Gross, A. M. (2001). Socially anxious children: An observational study of parent-child interaction. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(3), 19-40. doi:10.1300/J019v23n03\_02
- Keller, M. B. (2006). Social anxiety disorder clinical course and outcome: Review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 14-19
- Kerns, C. M., Read, K. C., Klugman, J., & Kendall, P. C. (2013). Cognitive behavioral therapy for youth with social anxiety: differential short and long-term treatment outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 210-215. doi:10.1016/j.janxdis.2013.01.009
- Knappe, S., Beesdo, K., Fehm, L., Stein, M. B., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2011). Social fear and social phobia types among community youth: differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatry Research*, 45, 111-120. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.05.002
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2012). Characterizing the association between unfavourable parental rearing and offspring social phobia, its predictors and specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 608-616. doi:10.1016/j.janxdis.2012.02.014
- Knappe, S., Lieb, R., Beesdo, K., Fehm, L., Low, N. C. P., Gloster, A. T., & Wittchen, H. U. (2009). The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depression and Anxiety*, 26(4), 363-370. doi:10.1002/da.20527
- Knappe, S., Sasagawa, S., & Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. En K. Ranta, A. M., La Greca, L. J., García-López, & M. Marttunen (Eds.), *Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp. 39-70). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Koujalgi, S. R., Nayak, R. B., Patil, N. M., & Chate, S. S. (2014). Expressed emotions in parents with obsessive compulsive disorder: a case control study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 138-141. doi:10.4103/0253-7176.130972
- Kreisman, D. E., Simmens, S. J., & Joy, V. D. (1979). Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 220-222.
- Li, C. Y., & Murray, M. (2015). A review of conceptualisation of expressed emotion in caregivers of older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 332-343. doi:10.1111/jocn.12619
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866. doi:10.1001/archpsyc.57.9.859
- McCleary, L., & Sanford, M. (2002). Parental expressed emotion in depressed adolescents: prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 587-595. doi:10.1111/1469-7610.00048
- Magana, A., Goldstein, J., Karno, M., Miklowitz, D., Jenkins, J., & Falloon, I. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212. doi:10.1016/0165-1781(86)90049-1

- Masaaki, N., Kentaro, H., Akiko, O., & Kazuhiko, M. (2004). The sensitivity and the specificity of FMSS-EE on the participants in a psychoeducational family intervention for schizophrenia and the correlation with their daily life scales-The comparison with CFI. *Development of the Treatment and Rehabilitation Guideline for Schizophrenia and the Demonstration Study of its Effectiveness. Final Report of the National Project Team*, 191-202.
- Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la emoción expresada: consideraciones teóricas y prácticas. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 251-266.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A., & Obiols, J. E. (2011). Dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorders psychopathology. *Appetite*, 57(3), 743-748. doi:10.1016/j.appet.2011.08.016
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., Pousa, E., Montero, M. I., & Obiols, J. E. (2013). Expressed and perceived criticism, family warmth, and symptoms in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental criticism, family warmth, and symptoms in schizophrenia. *Spanish Journal of Psychology*, 16(45), 1-8. doi:10.1017/sjp.2013.25
- Miklowitz D. J., Biuckians, A., & Richards, J. A. (2006). Early-onset bipolar disorder: A family treatment perspective. *Development and Psychopathology*, 18, 1247-1265. doi:10.1017/S0954579406060603
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., ... Chang, K.D. (2013). Early Intervention for Symptomatic Youth at Risk for Bipolar Disorder: A Randomized Trial of Family-Focused Therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 121-131. doi: 10.1016/j.jaac.2012.10.007
- Muela, J. M., Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., & Díaz-Castela (en preparación). Entrevista Estructurada de la Emoción Expresada en Trastorno de Ansiedad Social.
- Muela, J. A., & Godoy, J. F. (2001). Importancia de los componentes de la Emoción Expresada. *Clínica y Salud*, 12(2), 179-197.
- Muela, J.A., & Godoy, J. F. (2003). Reactividad de la medida de la Emoción Expresada durante un ingreso [Reactivity of a expressed emotion measure during relapse]. *Iberpsicología*, 8, 1-4.
- Olivares-Olivares, P. J., Olivares, J., & Macià, D. (2014). Fobia social, en L. Ezpeleta y J. Toro (dirs.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 393-414). Madrid: Pirámide.
- Ostürk, M., Sayar, K., Ugurad, I., & Tuzun, U. (2005). The prevalence of social phobia in mothers of social phobic children. *Klinik Psikofarmakoloji Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 15(2), 60-64.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agorapobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry*, 135, 555-560. doi:10.1192/bjp.135.6.555
- Ranta, K., La Greca, A. M. García-López, L. J., & Marttunen, M. (2015). Introduction. En K. Ranta, A. M. La Greca, L. J. García-López y M. Marttunen (Eds.), *Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp. 1-10). Cham: Springer International Publishing.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67. doi:10.1016/S0272-7358(96)00040-2
- Rapee, R. M., & Melville, L. F. (1997). Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depression and Anxiety*, 5(1), 7-11.
- Rork, K. E., & Morris, T. L. (2009). Influence of Parenting Factors on Childhood Social Anxiety: Direct Observation of Parental Warmth and Control. *Child & Family Behavior Therapy*, 31(3), 220-235. doi:10.1080/07317100903099274
- Shields, C. G., Franks, P., Harp, J. J., McDaniel, S. H., & Campbell, T. L. (1994). Development of the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS): A self-report scale to measure emotion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 395-407.
- Subotnik, K. L., Schell, A. M., Chilingar, M. S., Dawson, M. E., Ventura, J., ... & Nuesterlein, K. H., (2010). The interaction of electrodermal activity and expressed emotion in predicting symptoms in recent-onset schizophrenia. *Psychophysiology*, 49(8), 1035-1038.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137. doi:10.1192/bjp.129.2.125
- Wearden, A. J., TARRIER, N., Barrowclough, C. Zastowny, T. R., & Armstrong, A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology and Review*, 20(5), 633-666. doi:10.1016/S0272-7358(99)00008-2
- Weiller, E., Bisserbe, J. C., Boyer, P., Lépine, P., & Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care. *British Journal of Psychiatry*, 168, 169-174. doi:10.1192/bjp.168.2.169
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 617-641. doi:10.1016/S0193-953X(05)70254-9