

**Programa de Doctorado  
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
Psicológico  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE GRANADA**



**TESIS DOCTORAL**

**"EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE  
LA ANSIEDAD SOCIAL ESPECÍFICA Y  
GENERALIZADA EN JÓVENES"**

Presentada por:

**IHAB ZUBEIDAT**

Dirigida por:

DR. ANTONIO FERNÁNDEZ PARRA

DR. JUAN CARLOS SIERRA FREIRE

**Granada, 2005**



*A mis padres:*

***Mahmud Ahmad Zubeidat***  
***Y***  
***Subheia Mahmud Zubeidat***

Fuente de cariño y de  
apoyo indispensable  
en mi quehacer  
cotidiano.

A nuestro pueblo  
palestino:

Deseamos que su  
liberación sea más  
que una realidad.

## **PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS**

Esta investigación fue desarrollada en el *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico* de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, a la que agradezco el que me posibilitara culminar mi carrera de Psicología y mis estudios de doctorado.

Todo el estudio fue realizado bajo la dirección de **Dr. Antonio Fernández Parra** y **Dr. Juan Carlos Sierra Freire**, a los que agradezco su siempre cercana dirección, su supervisión continúa a lo largo de todo el trabajo, su inestimable ayuda para facilitar el contacto con personas e instituciones y su trato brindado.

Asimismo, deseo mostrar mis agradecimientos a las siguientes personas que han colaborado y contribuido a la realización de esta investigación.

A los profesores **Dr. Gualberto Buela-Casal** y **Dr. José M<sup>a</sup> Salinas** por brindarme sus conocimientos relacionados con la metodología y la investigación, por su apoyo incondicional durante todo momento y por sus consejos y directrices gratuitos que me han ayudado a crecer como investigador.

A los doctorandos **Virgilio Ortega Leyva** y **Hugo Carretero-Dios** por compartir conmigo algunas de las experiencias durante la realización del trabajo y por su ayuda en solventar algunos de los problemas del mismo.

A todo el personal del *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico*, que con su trato amable y cariñoso, hizo que mi elaboración de esta *Tesis Doctoral* en dicho departamento se convirtiera en una experiencia inolvidable de mi vida.

A todos aquellos, que como sujetos experimentales, directores, tutores y orientadores de los colegios e institutos de la provincia de Granada, hicieron posible el experimento.

A todos mis familiares, especialmente mis padres, hermanos y hermanas (Nashed, Abd al-Munim, Iyad, Shadia, Retab, Ahmad y Mohamed), tíos y tías, y a mis amigos y amigas, quienes me han concedido apoyo moral, estando conmigo en todo momento.

Por último, quiero manifestar mi más calido y sincero agradecimiento a Granada y a España, por acogerme y hacerme sentir como en casa, lo cual me ha permitido aprender de su cultura, valorando la diversidad como fuente de riqueza para el ser humano, y así desarrollar de manera plena mi carrera profesional. Finalmente, agradezco a la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) por colaborar en la financiación en esta investigación y al personal de la secretaría por su trato agradable.

A todos ellos, mi más profundo agradecimiento.

# *ÍNDICE*

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I HISTORIA, CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y SUBTIPOS DE LA FOBIA SOCIAL.....</b>	<b>6</b>
1. Introducción.....	6
2. Perspectiva histórica.....	8
3. Concepto y criterios diagnósticos.....	10
3.1. Concepto de fobia y ansiedad social.....	10
3.2. Criterios diagnósticos.....	14
3.3. Evolución de los cambios nosológicos del DSM-II al DSM-IV en niños y adolescentes.....	17
4. Epidemiología y curso de la fobia social.....	18
4.1. Tasa de prevalencia.....	18
4.2. Variables sociodemográficas.....	21
5. Subtipos de la fobia social.....	24
5.1. Fobia social generalizada versus específica en adultos.....	24
5.2. Fobia social en niños y adolescentes.....	28
5.2.1. Fobia social generalizada en niños y adolescentes.....	32
5.2.2. Fobia social específica en niños y adolescentes.....	34
6. La problemática de los subtipos de la fobia social: límites y futuras investigaciones.....	36
6.1. Situación actual: diferenciación cuantitativa entre los dos subtipos y sus límites.....	36
6.2. Distinción cuantitativa versus propuesta cualitativa.....	40
6.3. Conclusiones: necesidad de realización de futuros estudios sobre la ansiedad social.....	42
<b>CAPÍTULO II. COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA FOBIA SOCIAL.....</b>	<b>45</b>
1. Introducción.....	45
2. Comorbilidad de la fobia social con otros trastornos de la conducta y la personalidad y problemas asociados.....	47
2.1. Trastornos de ansiedad.....	47
2.2. Depresión.....	48
2.3. Consumo de sustancias.....	49
2.4. Déficit en las habilidades sociales.....	51
2.5. Baja autoestima.....	53
2.6. Ansiedad de ejecución.....	53
3. Comorbilidad y asociación psicopatológica de la fobia social generalizada versus específica.....	54
4. Consecuencias de la comorbilidad.....	57
5. Comorbilidad de la fobia social en niños y adolescentes.....	60
6. Diagnóstico diferencial de la fobia social.....	65
6.1. Diagnóstico diferencial con el trastorno de pánico con agorafobia.....	65
6.2. Diagnóstico diferencial con otros trastornos de ansiedad.....	68

6.3. Diagnóstico diferencial con la depresión y otros trastornos del eje I.....	68
6.4. Diagnóstico diferencial con el trastorno de personalidad por evitación.....	70
6.5. Diagnóstico diferencial con la timidez.....	73
7. Conclusiones.....	74

### **CAPÍTULO III. FACTORES ASOCIADOS A LA FOBIA SOCIAL Y MODELOS EXPLICATIVOS.....**

1. Introducción.....	77
2. Factores asociados a la fobia social.....	79
2.1. Factores evolucionistas.....	79
2.2. Factores familiares, ambientales, evolutivos y temperamentales.....	82
2.3. Factores neurobiológicos.....	84
2.3.1. Bases genéticas.....	85
2.3.2. Bases biológicas.....	87
2.3.3. Bases neuroendocrinas.....	91
2.4. Factores psicológicos.....	93
2.5. Factores socioculturales.....	99
3. Timidez y ansiedad social en niños y adolescentes.....	101
4. Modelos explicativos de la fobia social.....	109
4.1. Modelos conductuales.....	109
4.1.1. Modelos de condicionamiento.....	109
4.1.2. Modelo de Barlow (Barlow, 1988).....	111
4.2. Modelos cognitivos.....	113
4.2.1. Modelo cognitivo de la fobia social de Clark y Wells (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997).....	113
4.3. Modelos cognitivo-conductuales.....	116
4.3.1. Modelo de Schlenker y Leary (1982): la teoría de la autorepresentación.....	116
4.3.2. Modelo de Rapee y Heimberg (1997).....	118
4.4. Propuesta cognitiva integradora: el modelo de Botella <i>et al.</i> (2003).....	121
5. Conclusiones.....	125

### **CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DE LA FOBIA Y ANSIEDAD SOCIAL.....**

1. Introducción.....	127
2. Medidas indirectas de evaluación: los autoinformes.....	128
2.1. Entrevistas.....	128
2.2. Autoinformes.....	135
2.2.1. Autoinformes específicos para la ansiedad social.....	136
2.2.1.1. Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) ( <i>Fear of Negative Evaluation Scale</i> ) y Evitación y Malestar Social ( <i>Social Avoidance and Distress</i> ) (Watson y Friend, 1969).....	136
2.2.1.2. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) ( <i>Social Phobia Anxiety Inventory</i> ) (Turner <i>et al.</i> , 1989) y Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños ( <i>Social Phobia Anxiety Inventory for Children, SPAI</i> ) (Beidel, Turner y Morris, 1995).....	137

2.2.1.3. Escala de Fobia Social (SPS) ( <i>Social Phobia Scale</i> ) y Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS) ( <i>Social Interaction Anxiety Scale</i> ) (Mattick y Clarke, 1998).....	139
2.2.1.4. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes ( <i>Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A</i> ) (La Greca, 1999) y Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada ( <i>Social Anxiety Scale for Children-Revised, SASC-R</i> ) (La Greca y Stone, 1993).....	140
2.2.1.5. Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) (Olivares y García-López, 1998).....	142
2.2.1.6. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz para Niños y Adolescentes (Libowitz Anxiety Scale for Children and Adolescents, LSAS-CA) (Masia-Warner, Klein y Liebowitz, 2002).....	144
2.2.1.7. Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales ( <i>Social Interaction Self-Statement Test, SISST</i> ) (Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982).....	144
2.2.1.8. Escala Breve de Fobia Social de Davidson ( <i>Davidson Brief Social Phobia Scale, BSPS</i> ) (Davidson <i>et al.</i> , 1991).....	145
2.2.1.9. Escala de Ansiedad de Interacción ( <i>Interaction Anxiousness Scale, IAS</i> ) y Escala de Ansiedad ante el Público ( <i>Audience Anxiousness Scale, AAS</i> ) (Leary, 1983a).....	146
2.2.1.10. Inventario de Fobia Social de Davidson ( <i>The Social Phobia Inventory, SPIN</i> ) (Davidson <i>et al.</i> , 1991).....	147
2.2.1.11. Cuestionario de Confianza para Hablar en Público ( <i>Personal Report of Confidence as a Speaker, PRCs</i> ) (Gilkinson, 1942; Paul, 1966).....	148
2.2.1.12. Autorregistros.....	149
3. Medidas de observación: las pruebas situacionales.....	151
4. Registros psicofisiológicos.....	152
6. Conclusiones.....	155
<b>CAPÍTULO V. OBJETIVOS Y HIPÓTESIS.....</b>	<b>157</b>
1. Introducción.....	157
2. Objetivos.....	159
3. Hipótesis.....	160
<b>CAPÍTULO VI. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....</b>	<b>163</b>
1. Método.....	163
1.1. Participantes.....	163
1.2. Instrumentos de evaluación.....	164
1.2.1. Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años ( <i>Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR</i> ) (Achenbach, 1991a; Achenbach y Edelbrock, 1987).....	164
1.2.2. Escala de Ansiedad en Interacción Social ( <i>Social Interaction Anxiety Scale, SIAS</i> ) (Mattick y Clarke, 1998).....	167

1.2.3.	Escala de Ansiedad Social de Liebowitz ( <i>Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS</i> ) (Liebowitz, 1987).....	169
1.2.4.	Escala de Estrés y Evitación Social ( <i>Social Avoidance and Distress Scale, SAD</i> ) (Watson y Friend, 1969).....	173
1.2.5.	Escala de Miedo a la Evaluación Negativa ( <i>Fear of Negative Evaluation Scale, FNE</i> ) (Watson y Friend, 1969).....	174
1.2.6.	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes ( <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent, MMPI-A</i> ) (Butcher <i>et al.</i> , 1992).....	175
1.3.	Procedimiento.....	177
1.4.	Diseño.....	179
1.4.1.	Diseño.....	179
1.4.2.	Variables.....	180
1.5.	Análisis estadístico.....	191
2.	Resultados.....	192
2.1.	Descripción de los resultados.....	192
2.1.1.	Características demográficas.....	192
2.1.2.	Competencias y escalas derivadas del YSR/11-18.....	193
2.1.3.	Escalas de validez, básicas y de contenido del MMPI-A.....	197
2.1.4.	Características de las variables de ansiedad social.....	199
2.2.	Comparación entre los dos grupos de la ansiedad social (generalizada y específica).....	200
2.2.1.	Formación de los grupos con ansiedad social específica y ansiedad social generalizada.....	200
2.2.2.	Análisis comparativo entre los grupos de ansiedad social específica y de ansiedad social generalizada.....	204
2.3.	Comorbilidad entre la ansiedad social y determinados índices clínicos.....	209
2.4.	Comparación entre los grupos de jóvenes con ansiedad social (generalizada o específica) y otros grupos.....	212
2.4.1.	Formación de los grupos con otras psicopatologías y control.....	212
2.4.2.	Análisis comparativo de los cuatro grupos de jóvenes.....	213
2.5.	Prevalencia en la muestra y <i>odds ratios</i> de los grupos respecto al control en la ansiedad social específica y generalizada.....	224
<b>CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>		<b>233</b>
1.	Justificación de la realización del estudio.....	234
2.	Características de las distintas variables del estudio.....	236
3.	Formación de los dos grupos de ansiedad social.....	239
4.	Diferencias y similitudes entre la ansiedad social específica y la generalizada.....	242
5.	Comorbilidad de los dos grupos de ansiedad social con determinados índices.....	248
6.	Diferencias y similitudes entre los cuatro grupos del estudio.....	253
7.	Prevalencia y <i>odds ratios</i> de distintas variables con la ansiedad social específica y generalizada.....	258
8.	Limitaciones y aportaciones.....	260
9.	Conclusiones.....	263

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>265</b>
<b>ANEXO A:</b> Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años ( <i>Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR</i> ) (Achenbach, 1991a; Achenbach y Edelbrock, 1987).....	302
<b>ANEXO B:</b> Escala de Ansiedad en Interacción Social ( <i>Social Interaction Anxiety Scale, SIAS</i> ) (Mattick y Clarke, 1998).....	310
<b>ANEXO C:</b> Escala de Ansiedad Social de Liebowitz ( <i>Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS</i> ) (Liebowitz, 1987).....	312
<b>ANEXO D:</b> Escala de Estrés y Evitación Social ( <i>Social Avoidance and Distress Scale, SAD</i> ) (Watson y Friend, 1969).....	314
<b>ANEXO E:</b> Escala de Miedo a la Evaluación Negativa ( <i>Fear of Negative Evaluation Scale, FNE</i> ) (Watson y Friend, 1969).....	316
<b>ANEXO F:</b> Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) ( <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent</i> ) (Butcher et al., 1992).....	318

## ÍNDICE DE TABLAS

NÚMERO	TÍTULO DE LA TABLA	PÁGINA
<b>1</b>	Criterios diagnósticos de la fobia social según el DSM-IV-TR (tomado de <i>American Psychiatric Association</i> , 2000).	<b>16</b>
<b>2</b>	Comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos. Tomado de Bobes, González, Sáiz y Bousoño (1999).	<b>48</b>
<b>3</b>	Comorbilidad de la fobia social con otros trastornos. Adaptado de Olivares <i>et al.</i> (2004a).	<b>62</b>
<b>4</b>	Frecuencia y porcentaje de los jóvenes en las variables demográficas	<b>193</b>
<b>5</b>	Competencias, valoradas cuantitativamente, de los jóvenes según el YSR/11-18.	<b>193</b>
<b>6</b>	Frecuencia y porcentaje de los jóvenes en las competencias según el YSR/11-18.	<b>195</b>
<b>7</b>	Categorías DSM de los jóvenes derivadas del YSR/11-18.	<b>196</b>
<b>8</b>	Escalas de los jóvenes del YSR/11-18.	<b>197</b>
<b>9</b>	Descriptivos de las escalas de validez, básicas y de contenido del MMPI-A.	<b>198</b>
<b>10</b>	Descripción de las variables de ansiedad social.	<b>200</b>
<b>11</b>	Frecuencia y porcentaje de los grupos de ansiedad social en la muestra total de los jóvenes.	<b>201</b>
<b>12</b>	Distribución de los jóvenes con ansiedad social específica y generalizada en la SIAS.	<b>203</b>
<b>13</b>	Diferencias en promedio de las puntuaciones en la SIAS en función del sexo, edad, curso escolar, pareja y trabajo.	<b>204</b>
<b>14</b>	Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica (ASE) y de generalizada (ASG) en variables demográficas y competencias.	<b>205</b>
<b>15</b>	Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica (ASE) y generalizada (ASG) en distintas competencias	<b>206</b>

<b>16</b>	Diferencias entre los grupos con ansiedad social específica (ASE) y generalizada (ASG) en distintos índices clínicos.	<b>207</b>
<b>17</b>	Comorbilidad del grupo de ansiedad social frente al resto con distintos índices clínicos.	<b>209</b>
<b>18</b>	Comorbilidad del grupo de ansiedad social específica (ASE) frente al de ansiedad social generalizada (ASG) con distintos índices clínicos.	<b>211</b>
<b>19</b>	Frecuencia y porcentaje de los cuatro grupos del estudio.	<b>213</b>
<b>20</b>	Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica (ASE), ansiedad social generalizada (ASG), otras psicopatologías (Ps) y control en variables demográficas y competencias.	<b>214</b>
<b>21</b>	Análisis de las causas de significación de las variables sociodemográficas y competencias en los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control.	<b>215</b>
<b>22</b>	Diferencias entre los grupos ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en distintas competencias.	<b>216</b>
<b>23</b>	Comparaciones <i>a posteriori</i> de los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en distintas competencias.	<b>217</b>
<b>24</b>	Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en distintos índices clínicos.	<b>218</b>
<b>25</b>	Comparación de los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en distintos índices clínicos.	<b>220</b>
<b>26</b>	Relaciones entre los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en los diferentes índices clínicos.	<b>222</b>
<b>27</b>	Número, porcentaje y <i>odds ratios</i> de distintas variables demográficas y competencias con los grupos de ansiedad social específica y generalizada y de otras patologías respecto al control.	<b>225</b>
<b>28</b>	Prevalencia y <i>odds ratios</i> de distintos índices clínicos con los grupos de ansiedad social específica y generalizada y otras patologías respecto al control	<b>229</b>

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>NÚMERO</b>	<b>TÍTULO DE LA FIGURA</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1</b>	Procesos de desencadenamiento y mantenimiento de la fobia social según el modelo cognitivo de Clark y Wells (tomado de Botella <i>et al.</i> (2003a, pág. 72)).	<b>114</b>
<b>2</b>	Procesos de desencadenamiento y mantenimiento de la fobia social según el modelo de Rapee y Heimberg (tomado de Botella <i>et al.</i> (2003a, pág. 81)).	<b>120</b>
<b>3</b>	Propuesta de un modelo de la fobia social (tomado de Botella <i>et al.</i> (2003b, pág. 110)).	<b>122</b>
<b>4</b>	Histograma de las puntuaciones de la SIAS.	<b>202</b>

# ***INTRODUCCIÓN***

## INTRODUCCIÓN

Dada la suma importancia de las relaciones interpersonales en el quehacer cotidiano de las personas, se hace necesaria la comprensión de la naturaleza del miedo y la ansiedad experimentada en el transcurso de las mismas. La ansiedad social es el trastorno menos estudiado y peor entendido dentro de los trastornos de ansiedad, aludiendo a ella con la denominación de “trastorno de ansiedad descuidado” (Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985). De hecho, este trastorno constituye una entidad clínica muy frecuente, desconocida y relativamente poco definida. Sin embargo, el reconocimiento de este cuadro clínico como entidad clínica independiente y la inclusión del mismo en el DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980) y en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) dio lugar a distintos esfuerzos serios por ampliar el conocimiento en este ámbito para conseguir una mejor comprensión de este trastorno tan incapacitante. Este hecho se vio reflejado a lo largo de los años noventa, década en la que se ha experimentado un avance en el estudio de los trastornos de ansiedad. El comportamiento de fobia y ansiedad social se considera relevante a nivel clínico debido a la notable interferencia que produce en el funcionamiento laboral, lúdico y emocional de la persona aquejada (Turner y Beidel, 1989), repercutiendo negativamente en su calidad de vida. En los últimos años, existe acuerdo entre los investigadores sobre la existencia de dos entidades dentro de la ansiedad social: ansiedad social específica (simple, discreta) versus ansiedad social generalizada.

En la actualidad, existe mayor conocimiento sobre la fobia y ansiedad social gracias al avance de determinados modelos teóricos cada vez más complejos. No obstante, hay que reconocer que queda mucho por saber sobre este trastorno, especialmente en lo que respecta al diagnóstico, evaluación y tratamiento del mismo y de sus dos formas (específica y generalizada), así como en lo relativo a los aspectos etiológicos y preventivos. Según esto, el nuevo campo de actuación dentro del ámbito de la ansiedad social focalizaría su interés en varios aspectos y/o objetivos. En primer lugar, se hace necesaria la determinación de la nomenclatura del trastorno bien como fobia social o como trastorno de ansiedad social, tal como lo denominan algunos autores actualmente (por ejemplo, Ballenger *et al.*, 1998). En

segundo lugar, establecer una distinción y descripción de la fobia social como una forma diferenciada de otros trastornos de ansiedad y psicopatológicos. En tercer lugar, realizar más estudios epidemiológicos que pretendan diferenciar las dos formas de la fobia social (específica y generalizada) en lo referente a tasas de prevalencia, factores sociodemográficos y comorbilidad.

El alcance de dichos objetivos resulta más complejo de lo que a simple vista pueda parecer, suponiendo varias dificultades que hay que hacer frente. Las limitaciones más frecuentes van asociadas a la metodología y al diseño en el momento de planificar los estudios de investigación. Así, la determinación de la comorbilidad y el diagnóstico diferencial de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos no es una tarea fácil. Por un lado, existen cuadros clínicos cuyos síntomas pueden ser confundidos con los de la fobia social, tales como la timidez, el trastorno de la personalidad por evitación y otros trastornos de ansiedad. Por otra, muchas veces no se sabe bien si los trastornos que van asociados a la fobia social son la causa de la misma o su efecto, o simplemente se trata de dos entidades clínicas independientes que se presentan en la misma persona. En todo caso, la mayoría de los trabajos llevados a cabo tiene un carácter descriptivo simplista debido a dichas limitaciones, basándose en criterios más de tipo cuantitativo que cualitativo, especialmente en lo que se refiere a la distinción de las dos formas (específica y generalizada) de la ansiedad social. No obstante, en la actualidad se dispone de resultados satisfactorios para el diagnóstico, prevención y tratamiento de este trastorno. Además, en estos momentos existen algunos esfuerzos por profundizar en la diferenciación de los dos subtipos de la ansiedad social (específico y generalizado) desde una orientación cualitativa.

La mayor parte de los estudios llevados a cabo que inciden sobre las cuestiones anteriores de la ansiedad social hicieron uso de muestras de población adulta, disponiendo de un cuerpo de resultados bastante amplio y diversificado en la misma. Por el contrario, a pesar de comprobar que los miedos sociales interfieren en el desarrollo y obstaculizan el dominio y el crecimiento de los niños y adolescentes (Inderbitzen-Pisaruk, Clark y Solano, 1992; Kendall *et al.*, 1991; Vernberg, Abwender, Ewell y Beery, 1992), los resultados epidemiológicos relativos a la prevalencia, sociodemografía, comorbilidad y diagnóstico diferencial de la ansiedad social en dicha población son más bien escasos. Además, los esfuerzos por delimitar y/o evaluar las características de las dos formas específica y generalizada, y de determinar la comorbilidad de cada una de ellas con otros trastornos psicopatológicos, en la niñez y la adolescencia, se encuentran en sus primeras fases. De cualquier modo, el inicio y desarrollo de

la fobia social en los adolescentes acarrea consecuencias negativas en tres terrenos: el académico, el psicopatológico y el relacionado con el comienzo del consumo o el abuso de sustancias tóxicas. De ahí, la suma importancia del diagnóstico y la detección temprana de la ansiedad social en la adolescencia con el objetivo de llevar a cabo una intervención temprana. Por consiguiente, el estudio de las características de este problema en la adolescencia no es un hecho aislado, sino constituye una continuación a los avances conseguidos en la población adulta hasta el momento. Por ello, el valor del presente trabajo reside en la novedad relativa a la elección de una muestra de jóvenes escolarizados, tratando de superar en la medida de lo posible dichas carencias. Además, subrayamos la relevancia de llevar a cabo este trabajo debido a las repercusiones que deja el trastorno de ansiedad social en los adolescentes, donde las habilidades sociales cobran una gran importancia para su propia evolución.

La presente investigación está dividida en dos partes. La primera está dedicada al marco teórico de la ansiedad y fobia social e incluye cuatro capítulos. Por su parte, la segunda alude a la investigación empírica que está descrita en tres capítulos. En cuanto a los capítulos teóricos, el primero de ellos recoge aspectos relacionados con la historia, el concepto y los criterios diagnósticos de la fobia social; asimismo, incluye una revisión de los estudios más importantes que se refieren a determinados aspectos relacionados con la epidemiología y los subtipos (específico y generalizado) de la ansiedad social, tanto en adultos como en adolescentes; por último, aparece una sección que pretende reflejar la problemática creada en torno a la distinción de las dos formas de la ansiedad social (específica y generalizada) desde las dos perspectivas cuantitativa y cualitativa. El segundo capítulo aborda diferentes cuestiones relacionadas con la comorbilidad y el diagnóstico diferencial de la fobia social; en primer lugar, se exponen algunos estudios asociados a la asociación psicopatológica de determinados trastornos psicopatológicos que suelen asociarse con la fobia social, en general y con los dos subtipos de la misma (específico y generalizado), en particular, mostrando las consecuencias de la misma; a continuación, se ofrece una revisión breve sobre los escasos estudios de comorbilidad llevados a cabo en la población de los niños y adolescentes; el último apartado de este capítulo está dedicado al diagnóstico diferencial de la fobia social con algunos trastornos psicopatológicos. Por su parte, el tercer capítulo expone una revisión amplia de los estudios relacionados con los factores asociados al trastorno de ansiedad social, dedicando también un apartado a los factores que determinan la ansiedad y la timidez en la población infanto-juvenil; además, este capítulo incluye una descripción a modo de un recorrido histórico por los principales modelos teóricos conductuales, cognitivos y

cognitivos-conductuales que han intentado dar una explicación a la génesis, desarrollo y mantenimiento de este problema. La revisión teórica termina con un cuarto capítulo que pretende ofrecer una exposición sobre las técnicas y los instrumentos de evaluación más empleados, tanto en población infanto-juvenil como adulta, en el ámbito de la fobia y ansiedad social, así como sobre los estudios más importantes que han aportado datos relativos a sus garantías psicométricas.

Por otra parte, la investigación empírica se encuentra redactada en otros tres capítulos. El quinto capítulo está centrado en la delimitación de los objetivos y las hipótesis propuestas para el estudio. Fundamentalmente, se han establecido cuatro objetivos en la presente investigación; el primero, hace referencia a la distinción de las dos formas de ansiedad social generalizada y específica, en población juvenil, en distintas variables demográficas, competencias psicosociales y una variedad de problemas clínicos; el segundo, alude a las diferencias en comorbilidad, por un lado, entre los adolescentes con ansiedad social y el resto de los participantes del estudio; y, por otro, entre los jóvenes pertenecientes a grupos de ansiedad social específica y generalizada. Por su parte, el tercer objetivo pretende abordar las diferencias y semejanzas entre jóvenes con ansiedad social específica, con ansiedad social generalizada, con otras psicopatologías y sin patologías respecto a determinadas variables demográficas, competencias psicosociales y una amplia gama de índices clínicos. Por último, el cuarto objetivo se preocupó por determinar la prevalencia (en número y porcentaje) y las *odds ratios* (la probabilidad de que los casos incluidos en cada grupo estén expuestos a determinadas variables en comparación con la probabilidad de que lo estén los controles) de algunas variables demográficas, competencias psicosociales e índice clínicos de los jóvenes con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías respecto a los que no tiene ninguna patología. Para conseguir estos objetivos se postularon once hipótesis para ser puestas a prueba, las cuales se relacionaron con las distintas variables evaluadas en el estudio. El sexto capítulo ofrece una descripción detallada del método empleado, donde se informaron las características de la muestra de los jóvenes participantes en el estudio que ha sido seleccionada mediante un muestreo incidental en distintos centros de la provincia de Granada; asimismo, también se muestra una descripción amplia de los instrumentos de evaluación utilizados y de sus propiedades psicométrica: Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18, Escala de Ansiedad en la Interacción Social, Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, Escala de Evitación y Angustia Social, Escala de Temor a la Evaluación Negativa y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para

Adolescentes. Posteriormente, se explica el procedimiento llevado a cabo, el diseño empleado (describiendo las distintas variables del estudio) y el análisis estadístico efectuado. Los resultados señalaron que los jóvenes con ansiedad social específica y generalizada presentaron más similitudes que diferencias entre ellos respecto a las variables evaluadas; de hecho, se han detectado diferencias significativas entre estos dos grupos en tan sólo once índices clínicos de 55 evaluados, resultando las puntuaciones del grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada superaron a las del grupo de adolescentes con ansiedad social específica. Así, estos dos grupos con ansiedad social mostraron un mayor porcentaje de comorbilidad que el resto de los participantes en los índices clínicos evaluados; no obstante, el grupo con ansiedad social generalizada manifestó una comorbilidad más alta que el grupo con ansiedad social específica en tan sólo diez problemas clínicos de entre todos los índices evaluados. En general, los grupos con ansiedad social específica y generalizada guardan más similitudes entre sí que diferencias, difiriendo de los jóvenes sin patologías y en menor medida de los adolescentes con otras psicopatologías. Además, los valores *odds ratios* indicaron una mayor probabilidad entre los casos incluidos en los grupos con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías de estar expuestos a las variables demográficas y competencias y de presentar niveles clínicos en los índices estudiados, en comparación con la que muestra el grupo control sin patologías. Por último, el séptimo capítulo ofrece una discusión exhaustiva de todos estos resultados las distintas hipótesis formuladas . El análisis de estos resultados se ha basado en la comparación de los mismos con los hallados en otros trabajos que han utilizado muestras clínicas y comunitarias, tanto en población infanto-juvenil como adulta, de procedencia anglosajona y española. Además, este último capítulo aporta una serie de conclusiones extraídas de los resultados obtenidos, mostrando las limitaciones que han tenido lugar en el transcurso de la realización de todo el trabajo. Las dificultades presentadas, las conclusiones y las consideraciones generales han dado pie a llamar la atención a las posibles propuestas de investigación futuras en el ámbito de la fobia y ansiedad social.

## ***CAPÍTULO I***

# ***HISTORIA, CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y SUBTIPOS DE LA FOBIA SOCIAL***

## CAPÍTULO I

# HISTORIA, CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y SUBTIPOS DE LA FOBIA SOCIAL

### 1. Introducción

Uno de los aspectos más importantes del comportamiento humano son las relaciones interpersonales, ya que son imprescindibles para la supervivencia al igual que otras necesidades como el agua, la comida y el sexo. Las situaciones novedosas de interacción con las personas de nuestro entorno exigen un nivel determinado de ansiedad que nos permite funcionar adecuadamente, y que va disminuyendo significativamente tras los primeros momentos de interacción social y tras exposiciones repetidas a situaciones parecidas. Las personas normales experimentan niveles de ansiedad concordantes con el peligro real de las situaciones en las que interactúan (por ejemplo, una entrevista de selección de personal, impartir una conferencia ante un auditorio, etc.), mientras que los individuos que padecen fobia social manifiestan una ansiedad excesiva de difícil eliminación, y que no corresponde a la realidad amenazante de la situación. Estas sensaciones de malestar frecuentes en los pacientes de fobia social se suelen reducir por la compañía de otras personas (Juster, Heimberg y Holt, 1996). Además, aunque la ansiedad social, a veces, provoca incapacidad y perturbación para la persona que la sufre, ésta ha favorecido unos avances muy importantes para la vida humana como la vida en grupo, la posibilidad de cooperación, la creatividad o la innovación (Botella, Baños y Perpiñá, 2003a). El trastorno de ansiedad social tiene una alta prevalencia entre las individuos consultantes; además, las personas con ansiedad social muestran una discapacidad particular y una tendencia a usar un sistema de tratamiento extenso (Zhang, Ross y Davidson, 2004).

Desde una perspectiva etológica, la ansiedad social es el resultado de la puesta en marcha de una estrategia de afrontamiento, actuando como un mecanismo de defensa frente a las amenazas provocadas por los miembros de la misma especie, ejerciendo un papel fundamental en la supervivencia y evolución de los grupos sociales. Los pacientes con fobia social emplean inadecuadamente dicho mecanismo, de manera que suelen poner en marcha una serie de procesos psicológicos de evaluación y afrontamiento que les hace valorar a los otros como hostiles y dominantes, manifestando un miedo exagerado a las críticas, lo que da lugar a las conductas de sumisión y, en los casos extremos, al escape o a la evitación (Trower y Gilbert, 1989). Evolutivamente, el miedo y la evitación de situaciones sociales suelen ser frecuentes en la adolescencia, desapareciendo en la edad adulta, donde se reduce la timidez, disfrutando de las relaciones sociales. En definitiva, el miedo social de las personas se puede localizar a lo largo de un continuo, en el que los niveles de ansiedad dan lugar a conductas que oscilan desde la inhibición en algunas situaciones específicas (hablar en público, enfrentar a figuras de autoridad, etc.) hasta la evitación de cualquier relación nueva. Así, distintas investigaciones defienden la existencia de un continuo en el que se localiza la timidez en un extremo como el menor grado de ansiedad social, y la fobia social generalizada o el trastorno de personalidad evitadora en otro extremo, correspondiendo con los niveles más elevados de la misma (Bruch y Cheek, 2000; Chavira, Stein y Malcarne, 2002; Olivares *et al.*, 2002; Rapee, 1995; Stein, 1999; Turner, Beidel y Townsley, 1990). Las conductas de evitación (eludir la mirada, hablar en voz baja, mantener hombros caídos, etc.) de los individuos con fobia social agravan el problema, ya que, a menudo, los demás muestran falta de interés por la conversación con ellos, pudiendo rechazarlos (Argas, 1985). Por todo ello, se afirma que el nivel de interferencia de la ansiedad social en las relaciones interpersonales, en el desempeño laboral, lúdico y en el funcionamiento emocional del paciente determina la significación clínica de la fobia social (Turner y Beidel, 1989).

Desde una perspectiva clínica, la gran atención dedicada al estudio de la fobia social está justificada, ya que estamos ante un problema que tiene implicación en un gran sector de la población. Varios estudios basados en muestras clínicas de pacientes con fobia social ofrecen una amplia evidencia de la seriedad de este trastorno (Anthony, Roth, Swinson, Huta y Davins, 1998; Ballenger *et al.*, 1998; Safren, Heimberg, Brown y Holle, 1997; Schneier *et al.*, 1994); sin embargo, pocas personas de la comunidad aquejadas de fobia social piden tratamiento (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, y Kessler, 1996). En los últimos años, la problemática de la fobia social, relativa a la relación que mantiene con los trastornos de

ansiedad, hizo que dispusiera de una importancia notable dentro de las consultas de Salud Mental (Kessler *et al.*, 1994). Además, la determinación de la epidemiología de este trastorno ha resultado una tarea difícil debido a los problemas asociados a su diagnóstico (Roca, Bernardo y Gili, 1998). En esta línea, se ha estimado que el punto de prevalencia está en torno al 8% (Davidson, Hughes, George y Blazer, 1993), ocupando el tercer lugar en cuanto a prevalencia entre todos los trastornos mentales (Barlow, Esler y Vitali, 1998). Previos informes sobre la correlación entre medidas de incapacidad y de satisfacción en pacientes con trastorno de ansiedad social indicaron que solo el 25% de la varianza de la calidad de vida es debida a la incapacidad (Hambrick, Turk, Heimberg, Schneier y Liebowitz, 2003). Los pacientes con fobia social informaron de insatisfacción en el logro y el funcionamiento dentro de los dominios sociales antes del tratamiento (Eng, Coles, Heimberg y Safren, 2005); además, determinados niveles de satisfacción en estos dominios fueron relacionados con la severidad de la ansiedad social y de los síntomas depresivos. Finalmente, el estudio de la ansiedad social desde la psicología clínica tiene doble justificación; por un lado, la misma limita considerablemente el ámbito de las relaciones de los individuos que sufren el trastorno, disminuyendo su calidad de vida; y, por otro, dicho trastorno puede dar lugar o agravar otros trastornos comórbidos como la depresión, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas o algunos trastornos psicósomáticos. Un estudio que va en esta línea es el de Wittchen y Fehm (2003), quienes afirmaron que la fobia social constituye un trastorno mental frecuente que comienza a principios de la adolescencia y suele presentarse comórbido con otros trastornos como la depresión y el abuso de sustancias; además el trastornos de fobia y ansiedad social es considerado como crónico cuando se compara con otros trastornos mentales y cuando se toman en cuenta niveles sintomáticos subclínicos. De hecho, la fobia social causa un deterioro considerable que se incrementa en la vida de los pacientes con el paso del tiempo.

## 2. Perspectiva histórica

El término *phobie du situations sociales* fue introducido por primera vez en el año 1909 por Janet con el fin de argumentar la teoría de las regresiones funcionales, haciendo referencia a pacientes que manifestaban miedo a hablar en público, escribir mientras les observaban o tocar el piano (Vallejo y Bataller, 1998). Este tipo de trastornos fueron olvidados durante más de medio siglo, sobre todo desde la perspectiva de los estudios experimentales tal como señalan Caballo y Mateos (2000), Echeburúa (1993), Echeburúa y Salaberría (1991) y

Liebowitz *et al.* (1985), y no se retomaron hasta el año 1966 por Marks y Gelder, quienes establecieron la fobia social como categoría diagnóstica. Todo ello indica que el subtipo de trastorno por ansiedad social ha sido menos investigado que otros trastornos de ansiedad durante el siglo pasado. Posteriormente, la fobia social fue incluida como entidad diagnóstica independiente con la publicación del DSM-III en 1980 (*American Psychiatric Association*, 1980), argumentando que dicho trastorno es el más prevalente en las poblaciones occidentales y norteamericanas. Se ha mantenido en la revisión del DSM-III y en el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1987, 1994). En la actualidad, se considera uno de los subtipos de trastorno de ansiedad. La fobia social ha sido reconocida como uno de los subtipos de trastorno fóbico, incorporados dentro de los trastornos neuróticos asociados con el estrés y somatoformes (Gelder, Gath y Mayou, 1989). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye, por primera vez, la ansiedad social como categoría diagnóstica independiente a su sistema de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, el CIE-10, en 1992 (Organización Mundial de la Salud, 1992). Por otra parte, Ballenger *et al.* (1998) han coincidido en ofrecer una nueva denominación de estos trastornos, etiquetada como trastornos por ansiedad social, siendo la edad de inicio en la infancia-adolescencia. La discapacidad producida se limita exclusivamente a situaciones de tipo social y los síntomas como acalorarse y ruborizarse están considerados como esenciales para este tipo de trastornos. Esto es, un nivel elevado de sintomatología está asociado con una gran discapacidad que, a su vez, va asociada a un nivel alto de insatisfacción en la vida de los pacientes con fobia social (Hambrick *et al.*, 2003). Además, las situaciones de interacción o trabajo social reciben el nombre de precipitantes, lo que caracteriza las cogniciones de los pacientes que juegan un papel dentro de dichas situaciones. Los últimos aportes admiten la existencia de dos tipos de fobia social: fobia social simple (discreta) y fobia social generalizada (Lépine y Chignon, 1994).

Un gran avance en el estudio de los aspectos clínicos, biológicos, y en el tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad, ha tenido lugar a lo largo de la década de los años ochenta, especialmente respecto a los trastornos de pánico, de estrés postraumático y obsesivo-compulsivo (Stein, 1995). Por otra parte, Judd (1994) afirma que a finales de los años setenta y durante los ochenta hubo una preocupación por ampliar el conocimiento diagnóstico y terapéutico de los trastornos afectivos, mientras que en los años noventa es cuando se ha progresado en el abordaje de los trastornos de ansiedad, considerándose como el grupo de esta época. Sin embargo, la atención que se le ha concedido

a la fobia social ha llegado más tarde que a los otros trastornos de ansiedad, concretamente con la publicación de un artículo por parte de Liebowitz *et al.* (1985), llamado “Fobia social: revisión de un trastorno de ansiedad olvidado”. En esta línea, los resultados del *National Comorbidity Survey (NCS)* (Kessler *et al.*, 1994) señalan que la fobia social tiene una frecuencia que sitúa a la misma como el segundo trastorno mental en la población norteamericana, llamando la atención de los investigadores sobre su importancia, lo que ha aumentado el número de trabajos publicados en los últimos años sobre el mismo. Una de estas publicaciones es la revisión histórica sobre la fobia social realizada por Pelissolo y Lépine (1995), la cual tiene el objetivo de reflejar cómo los psiquiatras y psicólogos europeos habían abordado el concepto de angustia social, empleando distintas nominaciones a lo largo de los dos siglos pasados. A continuación vamos a ofrecer una revisión sobre las distintas conceptualizaciones de la fobia social que se han ido formulando.

### **3. Concepto y criterios diagnósticos**

#### **3.1. Concepto de fobia y ansiedad social**

El término “fobia social” fue acuñado, por primera vez, por Janet (1903), mientras que los síndromes de timidez, ansiedad social y evitación social aparecieron a partir de las descripciones realizadas por Hipócrates (citado en Marks, 1969). Los individuos con fobia social experimentan un temor exagerado ante las situaciones sociales por el hecho de estar sometidos a la evaluación, lo que les hace sentir humillados o avergonzados por los demás. Se caracterizan por ser excesivamente conscientes de sí mismos, autocríticos, manifestando frecuentemente determinados síntomas, tales como las palpitaciones, sudor, rubor, temblor y transpiración. Los sujetos con fobia social experimentan temor a situaciones sociales de distinto alcance, es decir, el temor va desde una situación específica y concreta (por ejemplo, actuar en un escenario) hasta cualquier contacto interpersonal. Además, estos pacientes suelen mostrar baja autoestima y, realmente, son conscientes de la irracionalidad de los miedos exagerados que suelen experimentar.

La tarea de diferenciar la fobia social de otros tipos de fobias ha sido abordada por distintos autores (Janet, 1903; Marks, 1970). Janet (1903) establece cuatro grupos de fobias: corporales, a objetos, a situaciones y a ideas; a su vez, divide a las situacionales en dos tipos: físicas (por ejemplo, fobia a las alturas o claustrofobias) y sociales (por ejemplo, dismorfofobia, eritrofobia o fobia a determinados aspectos del cuerpo o de la cara). En esta

misma línea, Marks (1970) propone una clasificación formada por cuatro tipos de fobias: agorafobia, fobia social, fobia animal y fobias específicas. Distingue entre fobias sociales y simples (por ejemplo, a animales) o a situaciones (alturas, oscuridad o tormentas). Este autor considera que la fobia social se inicia más tardíamente, acompañada de altos niveles de ansiedad y mayores índices de neuroticismo en comparación con la fobia a animales.

Por otra parte, especificar el nombre exacto de este trastorno resulta polémico. En el pasado casi siempre se ha denominado como fobia social; no obstante, en la actualidad, se emplea el término de trastorno de ansiedad social. La fobia social se concibe como algo más que una fobia y la ansiedad social es distinta de otros problemas de ansiedad, teniendo ésta una gran utilidad desde una perspectiva de especie y evolutiva (Botella *et al.*, 2003a). Como consecuencia, resulta más adecuado considerar este problema como un complejo trastorno de ansiedad social, en vez de etiquetarlo como fobia social, lo que puede permitir al investigador una mejor comprensión del mismo. El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso a hacer el ridículo, a la humillación negativa por los demás en situaciones sociales (*American Psychiatric Association*, 1994). En esta línea, el *Internacional Consensus Group on Depression and Anxiety* (Ballenger *et al.*, 1998) apostó, de manera unánime, por la denominación “trastorno por ansiedad social”, teniendo éste dos formas: con evitación y sin evitación de las situaciones sociales, distinguiéndose, de esta manera, los síntomas primarios y secundarios. Por su parte, Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers y Stein (2000) creen que el término fobia social quizás supone un problema, recomendando tomar la iniciativa de utilizar el término de trastorno de ansiedad social como primer nombre del mismo. Estos autores señalan que el DSM-IV ofrece el nombre alternativo de trastorno de ansiedad social, el cual mantiene connotaciones que le hacen ser considerado como más generalizado e incapacitante que las provenientes de la etiqueta fobia social. La *Anxiety Disorders Association of America* junto a la *American Psychiatric Association* usan el término trastorno de ansiedad social en lugar de fobia social (Heimberg, Fresco, Travers y Stein, 2000).

El cambio de denominación abre el debate sobre la diferenciación entre la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación, considerándose a veces como dos formas distintas de un mismo trastorno, aunque los dos mantienen una serie de características en común como el miedo, la inseguridad y la hipersensibilidad a la evaluación negativa. Asimismo, existen otros trastornos de personalidad en los que aparecen patrones alterados de interacción social al igual que la fobia social, tales como la frialdad y la falta de interés por el contacto social del esquizoide, la suspicacia y la desconfianza del paranoide, la sumisión del

dependiente, y la admiración y la grandiosidad del narcisista. Recientemente, algunos autores creen que es necesario distinguir la ansiedad social de la ansiedad en “genérico” (Kashdan y Herbert, 2001; Liebowitz *et al.*, 2000; Ollendick y Hirshfeld-Becker, 2002), ya que la amenaza que experimenta el fóbico social tiene orígenes e implicaciones diferentes a las de la amenaza vivenciada por los individuos que padecen agorafobia.

La fobia social se ha considerado como un trastorno de ansiedad, descrito como una alteración diferente que consiste en “temores a comer, beber, temblar, ruborizarse, hablar, escribir o vomitar ante la presencia de otras personas” (Marks y Gelder, 1966), siendo la característica principal de dicho trastorno el miedo a ponerse en ridículo ante los demás. Esta definición inicial permitió a sus autores diferenciar dos tipos de fobia social: específica (como el temor a hablar en público, asearse o comer en público) y generalizada (como el temor a iniciar una conversación). La fobia social aparece descrita, por primera vez, por Marks (1970), y con la publicación del DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980) adquiere entidad diagnóstica. Más tarde, el CIE-10, al hablar de la fobia social pone énfasis en el miedo que experimentan las personas por ser el foco de atención o el temor a manifestar una serie de comportamientos humillantes o embarazosos. Tanto el DSM-IV como el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000) conciben la fobia social como el “miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas”. A parte de la diferenciación propuesta por Gelder y Marks entre formas específicas y generalizadas, se establece otra más reciente entre situaciones que requieren realizar una acción determinada (*performance situations*) (por ejemplo, hablar, comer o beber en público) y de otras referentes a la interacción con otros individuos (*interactional situations*) (por ejemplo, interaccionar con figuras de autoridad o con el sexo opuesto) (Hazen y Stein, 1995).

Muchas veces la ansiedad social se da paralelamente a otros trastornos de ansiedad, especialmente al trastorno de ansiedad generalizada. La característica principal que diferencia la ansiedad social de otros trastornos es el miedo excesivo, la evitación de un gran número de situaciones de interacción social y la repercusión negativa en la vida diaria de los fóbicos sociales, causada por sus temores sociales (Rapee, Sanderson y Barlow, 1988). Así, los síntomas psicofisiológicos de taquicardia, temblores, sudoración y enrojecimiento facial son característicos de este tipo de pacientes, experimentando éstos más pensamientos negativos y menos positivos en las situaciones interpersonales, atribuyendo las deficiencias más a sí mismos que a la situación, considerándose como menos hábiles, lo que desencadena niveles altos de tasa cardíaca y presión sanguínea (Beidel, Turner y Dancu, 1985).

Desde una perspectiva emocional, la ansiedad social se concibe como una emoción necesaria y adaptativa para motivar a los individuos a comportarse adecuadamente en determinadas situaciones interpersonales (Botella *et al.*, 2003a). Las definiciones actuales consideran la fobia social como un miedo considerable (muchas veces acompañado de evitación) a situaciones en las que el individuo puede mostrar comportamientos poco adecuados, considerados como embarazosos, ridículos o humillantes delante de otros; ese miedo también, incluye el miedo a que se perciban los síntomas de ansiedad que padece. Es decir, se hace referencia a situaciones de tipo social, en las que los pacientes con fobia social creen que están sujetos a la evaluación negativa y a la observación de otras personas, independientemente de la veracidad de su creencia. El hecho de que la persona se exponga de manera continua a situaciones sociales diarias no garantiza la disminución considerable en su nivel de ansiedad. Además, es muy común que el fóbico social experimente la ansiedad anticipatoria que le produce preocupaciones ansiosas antes de la ocurrencia de la situación social (Botella *et al.*, 2003a). Por otra parte, las situaciones desencadenantes del temor causado en los pacientes con fobia social son muy diversas: hablar en público o por teléfono, comer, beber o escribir en público, presenciar fiestas y eventos sociales, conversar con desconocidos o personas sin ningún vínculo íntimo, hablar con personajes de autoridad, hacer uso del lavabo público, etc. Frecuentemente, se considera que como la mayoría de las emociones, la respuesta de ansiedad dentro de la fobia social se manifiesta a tres niveles: fisiológico, comportamental y cognitivo. En cuanto al componente fisiológico, existe una gran variedad de síntomas corporales que pueden ser diferentes de unos individuos a otros, como la elevación de la tasa cardíaca y el pulso sanguíneo, molestias estomacales y mareos, etc., pero los más frecuentes y característicos de este trastorno son el rubor, la sudoración y los temblores (Amies, Gelder y Chaw, 1983; Solyom, Ledwidge y Solyom, 1986). El miedo a los síntomas forma parte del subtipo de “fobia social específica”, denominándose “eritrofobia” cuando el miedo es a la ruborización y “tremofobia” cuando el mismo es al temblor (Scholing y Emmelkamp, 1996). Por su parte, el componente comportamental aglutina respuestas muy variadas que pueden estar acompañadas de la evitación o la no evitación de las situaciones que producen miedo (muchas veces, la evitación es de tipo cognitivo). También, pueden darse conductas de seguridad, como, por ejemplo, apartar la mirada si se percibe que le van a formular preguntas o apoyar las manos sobre algún objeto cuando tiemblan con el objetivo de protegerse. Por último, con respecto al componente cognitivo, los pensamientos del fóbico

social suelen depender de la comprobación de si su actuación es o va a ser deficitaria, si se produce una evaluación negativa y si se darán las consecuencias catastróficas esperadas.

### 3.2. Criterios diagnósticos

El reconocimiento de la fobia social como entidad diagnóstica no se remonta a tiempos lejanos, sino que es reciente. En la primera y segunda edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I y DSM-II; 1952, 1968) las fobias estaban agrupadas según la teoría psicoanalítica, la cual defendía que los síntomas fóbicos eran el resultado de los impulsos instintivos inadmisibles (Freud, 1961). La distinción entre diferentes tipos de fobias según la edad fue posible merced al trabajo de Marks y Gelder (1966), y se reflejó en el DSM-III (1980). En esta edición, la fobia social se caracterizaba por el miedo exagerado a la observación o al escrutinio de los demás, a situaciones específicas asociadas al rendimiento, tales como hablar en público, usar el aseo o escribir en presencia de otras personas. Por ello, los pacientes que sufrían el llamado “trastorno de la personalidad evitadora”, los cuales evitaban distintas situaciones sociales, no se incluyeron dentro del diagnóstico de fobia social. Además, para que se produzca el diagnóstico de la fobia social era imprescindible la provocación de la “angustia significativa” y que el paciente considerara los miedos como “exagerados o irracionales” (*American Psychiatric Association*, 1980, p. 228).

Más tarde, la revisión diagnóstica del DSM-III (DSM-III-R) (*American Psychiatric Association*, 1987) introdujo un subtipo generalizado de fobia social como respuesta al hecho de que muchos individuos presentaban miedo a interactuar en distintas situaciones sociales (Liebowitz *et al.*, 1985), concretamente en la mayoría de las situaciones sociales. Este cambio, junto a la eliminación de la exclusión arbitraria del DSM-III de los cuadros clínicos que coincidían con los criterios del trastorno de personalidad evitadora, dieron lugar a que se ampliara el campo de la fobia social. El temor al desconcierto o a la humillación en el subtipo generalizado es prácticamente a cualquier situación social (hablar con desconocidos, compañeros, etc.), diferenciándose de su subtipo complementario que careció de denominación, lo que dio lugar a que se llamara de diferentes nombres, tales como “no generalizado”, “específico” “de actuación” o “aislado” (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzery Liebowitz, 1993). En el DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987) se afirmaba que la fobia social es un miedo constante a una o más situaciones de interacción interpersonal, las cuales hacen que el individuo esté expuesto a la observación y la evaluación de los demás, manifestando un miedo relativo a una serie de comportamientos considerados como

humillantes o embarazosos. Con el objetivo de realizar el diagnóstico de fobia social, se requerían los siguientes criterios complementarios:

- 1) En el caso de que exista un trastorno del eje III (trastornos físicos) o del eje I (trastornos mentales), el miedo experimentado no se considera el resultado de haber sufrido un ataque de pánico, tartamudear o temblar (enfermedad de Parkinson) o vivenciar conductas alimentarias anómalas (anorexia nerviosa o bulimia).
- 2) La exposición al estímulo fóbico específico (o a los estímulos fóbicos en su caso) durante alguna fase del trastorno da lugar a una respuesta momentánea de angustia.
- 3) Existen dos posibilidades de responder a las situaciones fóbicas: evitación o afrontamiento con intensa angustia.
- 4) Las respuestas de evitación repercuten negativamente en el rendimiento laboral, en las actividades sociales cotidianas y en las relaciones interpersonales.
- 5) El fóbico social admite que el miedo que experimenta es excesivo o irracional.
- 6) Los criterios diagnósticos deben ser diferentes a los correspondientes al trastorno de evitación en la infancia o la adolescencia en el caso de que el paciente sea menor de 18 años.

El diagnóstico según estos criterios ofrece un alto grado de fiabilidad, obteniendo un coeficiente *Kappa* de 0,90 al utilizar el *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised* (Barlow, 1988; Rapee *et al.*, 1988), mientras que su validez discriminante se ha verificado por medio de estudios comparativos de la fobia social con la agorafobia y el trastorno de pánico (Amies *et al.*, 1983). Así, la sintomatología experimentada en la ansiedad generalizada es habitual en la fobia social y en todos los trastornos de ansiedad (Turner, Beidel, Borden, Stanley y Jacob, 1991). Del mismo modo, los síntomas de la depresión se dan en un 50% de los individuos con fobia social (Liebowitz *et al.*, 1985), posicionando la gravedad de la enfermedad de fobia social a medio camino entre la agorafobia y la fobia específica según el número de miedos, el nivel de ansiedad no fóbica y de depresión desencadenada.

Por último, en el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) se ha mantenido un continuo diagnóstico desde la infancia, pasando por la adolescencia hasta la edad adulta, señalando que, en la infancia, se debe distinguir la fobia social de la ansiedad social limitada al miedo de los adultos; además, es posible que los niños no reconozcan que su miedo es

irracional. A continuación la Tabla 1 muestra los criterios diagnósticos de la fobia social según el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000*).

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de la fobia social según el DSM-IV-TR (tomado de *American Psychiatric Association, 2000*).

- 
- A. Miedo marcado y persistente a una o varias situaciones sociales o a la realización de una actividad en que la persona está en contacto con gente desconocida o se ve sometida al posible escrutinio de los demás. El individuo teme actuar (o demostrar síntomas de ansiedad), lo que sería humillante o embarazoso para él. Nota: en el caso de los niños es preciso que demuestren capacidad de relación social apropiada a su edad con gente conocida y la ansiedad debe aparecer en un marco de igualdad y no únicamente en las interacciones con los adultos.
  - B. La exposición a la situación social temida provoca casi invariablemente ansiedad, que puede adoptar la forma de una crisis de pánico relacionada con la situación en sí o provocada por la misma. Nota: en los niños, la ansiedad puede manifestarse a través de llanto, rabieta, inmovilidad física o evitación de situaciones sociales con desconocidos.
  - C. La persona reconoce que el miedo es exagerado o ilógico. Nota: en los niños puede estar ausente este rasgo.
  - D. Las situaciones temidas, ya sean sociales o de realización de una actividad, se evitan o se soportan con ansiedad o angustia intensas.
  - E. La evitación, la ansiedad anticipatoria o el malestar en la(s) situación(es), ya sean de tipo social o de realización de una actividad, interfieren significativamente en la rutina normal de la persona, en su actividad ocupacional (académica) o social y en sus relaciones, o bien existe una angustia notoria en relación con la aparición de la fobia.
  - F. En los individuos menores de 18 años, la duración mínima es de 6 meses.
  - G. El miedo o la evitación no se debe a los efectos psicológicos directos provocados por una sustancia (por ejemplo, una droga que induce a adicción, un medicamento) o por un trastorno médico general y no se explican con otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno general del desarrollo, trastorno esquizoide de la personalidad).
  - H. Cuando existe una enfermedad médica u otro trastorno mental, el miedo del criterio A no está relacionado con el mismo, por ejemplo, no se teme el tartamudeo, el temblor en la enfermedad de Parkinson o una conducta anómala de la alimentación en la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa.

*Especificar si:*

Generalizado: los miedos abarcan la mayoría de situaciones sociales (también debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

---

### 3.3. Evolución de los cambios nosológicos del DSM-II al DSM-IV en niños y adolescentes

La ubicación nosológica de las categorías de ansiedad social ha sufrido cambios continuos, llevando a la modificación de su conceptualización y a la valoración de los datos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos, de comorbilidad, etc., dependiendo de las versiones del sistema DSM y los criterios diagnósticos que se han propuesto. En el DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980) se recogió dentro de los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia el trastorno de evitación y en otra sección el trastorno esquizoide. Se pretendía separar ambos trastornos para no dar lugar a la confusión provocada por el diagnóstico de “reacción de retirada” o de aislamiento del DSM-II (*American Psychiatric Association*, 1968), que incluía tanto la ansiedad social y la timidez, como la escasa gratificación y la indiferencia por las interacciones sociales que son indicadores de aspectos esquizoides, síntomas estos de distinta consideración psicopatológica.

La aparición del DSM-III permitió realizar a partir de 1980 una serie de estudios en niños y adolescentes, encontrando una comorbilidad muy frecuente entre el trastorno de evitación y la fobia social. Puesto que las características etiológicas, epidemiológicas y clínicas eran bastante similares, se consideró que ambos eran el mismo trastorno, excluyéndose el trastorno de evitación en el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994). Además, en el DSM-IV se agregaron una serie de descriptores específicos para los niños.

También, dentro del DSM-III, en el apartado “trastornos de ansiedad que tienen lugar en los niños y adolescentes”, se recogió el de ansiedad excesiva, caracterizado por “preocupación excesiva en torno a la propia competencia en distintos aspectos (académico, deportivo y social)” y “exagerada autoevaluación o susceptibilidad a sentirse humillado, o en una situación embarazosa”. El solapamiento entre estos síntomas y los pertinentes a la fobia social, hizo que se produjera una falta de comprensión y la confusión de los datos proporcionados por estudios epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. Así, se encontraron cifras de comorbilidad excesivas, considerándose como falsas por la influencia de los artefactos nosológicos (Ballesteros, Conde y Geijo, 1996). Finalmente, el trastorno de ansiedad excesiva también se excluyó de los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia en el DSM-IV, incorporándolo dentro del trastorno de ansiedad generalizada, ya que se consideran similares y no es necesario separarlos. Paralelamente, la fobia social aparece por primera vez en la sección general del DSM-III para aludir al “miedo persistente e irracional, y un deseo impulsivo de evitar la situación en la cual el individuo se ve expuesto a

la posible observación de los demás, con el temor de que pueda actuar de tal manera que resulte humillante o embarazoso”.

Por último, es aconsejable tener en cuenta el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad por evitación. En la infancia, este último no se limita a determinados síntomas pasajeros, sino que pone de manifiesto la primera aparición de rasgos de personalidad evitadora. Hoy por hoy, la fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación representan variantes cuantitativas psicopatológicas, sin llegar a ser trastornos cualitativamente diferenciados. Quizás esto sería el reto de investigaciones futuras. Finalmente, señalamos que la ubicación nosológica de las categorías de ansiedad social en niños y adolescentes no ha sufrido cambios nosológicos en el DSM-IV-TR respecto al DSM-IV.

#### 4. Epidemiología y curso de la fobia social

##### 4.1. Tasa de prevalencia

La ansiedad social se ha considerado como poco frecuente en el DSM-III (*American Association Psychiatry*, 1980); la reconsideración de este juicio en el DSM-III-R (*American Association Psychiatry*, 1987) dio lugar a una redefinición del término de fobia social y a distintos trabajos epidemiológicos. Según el *Munich Follow-Up Study (MFS)* (Wittchen, 1986) y el *Epidemiological Catchment Area (ECA)* (Myers, Weissman y Tischler, 1984; Weissman, 1985) los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población general, implicando al 8,1%-8,9% en el primer y segundo estudio respectivamente, ascendiendo estas tasas al 13,9%-14,6%, al considerar el tiempo total de vida. Según otros estudios, un 11% de la población experimenta síntomas de ansiedad significativos asociados a enfermedades físicas, mientras que un 20% de la misma tiene la posibilidad de padecer síntomas referentes a trastornos importantes de ansiedad (Pasnau, 1987, tomado de Echeburúa (1993)). Las tasas más elevadas dentro de los trastornos de ansiedad son las referentes a las fobias y al trastorno de ansiedad generalizada, afectando del 15% al 19% de la población (Merikangas y Weissman, 1985, tomado de Echeburúa (1993)). Se ha revelado en el estudio de Weissman (1985) que el trastorno de ansiedad generalizada es más frecuente en hombres, mientras que las fobias son más frecuentes en mujeres. Pero, Regier, Boyd y Burke (1988) encuentran que la tasa de prevalencia de los trastornos de ansiedad en mujeres (9,7%) es el doble que la de los hombres (4,7%), salvo en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social donde no se han

establecido diferencias entre ambos. Además, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en individuos en el rango de edad comprendido entre los 25 y 44 años, personas divorciadas y con un nivel socioeconómico medio-bajo o bajo. Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold (2003) informan que algunos trastornos (ansiedad social, pánico, depresión y abuso de sustancias) muestran un incremento en prevalencia, mientras que otros (ansiedad de separación, déficit de atención/hiperactividad) presentan un decremento; estos autores concluyen que el riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico alrededor de 16 años es mucho mayor que los puntos de estimación que se han supuesto.

Antes de realizar un análisis de los datos epidemiológicos de la fobia social, es necesario distinguir entre este trastorno y la ansiedad social, llegando la tasa de incidencia de esta última al 10% de la población general (Salaberría y Echeburúa, 1998), presentándose en una multitud de trastornos mentales con especial énfasis en los trastornos de ansiedad (Rapee *et al.*, 1988). En esta línea, Jiménez, Sáiz, Bascarán e Iglesias (1999) consideran que la fobia social está infradiagnosticada e infratratada, ya que es diagnosticada con menor frecuencia en la práctica clínica que en la población general. Esto puede atribuirse, entre otras razones, a la falta de búsqueda de ayuda profesional por parte de los pacientes y la alta comorbilidad entre este problema y otros trastornos psicopatológicos.

La fobia social puede afectar al 2% de la población general (Turner y Beidel, 1989), constituyendo el segundo trastorno más frecuente después de la agorafobia (Liebowitz *et al.*, 1985; Marks, 1987). No obstante, en una revisión realizada por Chapman, Mannuzza y Fyer (1995) se ha concluido que los estudios epidemiológicos llevados a cabo antes de la publicación del DSM-III-R aportan porcentajes de prevalencia específica de la fobia social que oscilan entre el 0,53 y el 3%, resultando más frecuente en hombres que en mujeres. Según el *Epidemiological Catchment Area (ECA)* (Myers *et al.*, 1984) la tasa de prevalencia de la fobia social oscila entre 1,5 y 2,6% para las mujeres y entre 0,9 y 1,7% para los hombres. Este estudio fue realizado siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III. La tasa de prevalencia asciende hasta el 13,3% en el *National Comorbidity Survey (NCS)* (Kessler, Stein y Berglund, 1998) basado en los criterios del DSM-III-R. Por otra parte, el estudio de Kessler *et al.* (1994) que se ha basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, encuentra que la fobia social oscila entre el 3 y el 13%. Los resultados preliminares de un trabajo conjunto realizado en Estados Unidos (Eaton, Dryman y Weissman, 1991; Schneier, Chin, Hollander y Liebowitz, 1992), Canadá (Bland, Orn y Newman, 1988), Puerto Rico (Canino *et al.*, 1987) y Corea del

Sur (Lee *et al.*, 1990) señalan que la prevalencia de la fobia social oscila entre el 0,5 y el 2,6% (Weissman *et al.*, 1996).

En cuanto a la prevalencia relativa a los dos subtipos (generalizado y específico) de la fobia social, se ha observado que la misma varía de unos trabajos a otros debido a diferencias en la nacionalidad de la población, aspectos metodológicos, técnicas de clasificación, tipo de evaluación y período de prevalencia. Existen algunos estudios en la población adulta (Kessler *et al.*, 1998; Turner, Beidel y Jacob, 1994; Scholing y Emmelkamp, 1993b) donde la mayor parte de los pacientes con fobia social fueron asignados al subtipo generalizado. En otros estudios realizados con población adulta (Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson, 2000; Stein *et al.*, 2001) y adolescente (García-López, 2000; Hofmann *et al.*, 1999; Ramos, 2004; Ruiz, 2003; Wittchen, Stein y Kessler, 1999) el porcentaje del subtipo no generalizado supera considerablemente al generalizado. Por ejemplo, Rabe-Jablonska, Dietrich-Muszalska y Gmitrowicz (2004) informan de un porcentaje del 7% de los adolescentes con fobia social generalizada y otro de 17% con fobia social específica; además 15% de los adolescentes con fobia social consumen alcohol o sustancias psicoactivas y 5% han intentado suicidarse. El estudio realizado en España por Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996) informa de un porcentaje de 6,3% en una muestra de adolescentes (de edad comprendida entre los 14 y los 17 años) con miedo a hablar en público. Recientemente, se ha encontrado una tasa de prevalencia del 8,2%, en una población comunitaria de adolescentes de la misma edad del estudio anterior, en el sureste español (Olivares, 2004b). En este último estudio también se ha detectado un porcentaje de 3% con el subtipo generalizado del total de adolescentes detectados en dicha población (8,4%). En el ámbito clínico, Strauss y Francis (1989) indican que un 9% de los adolescentes que acuden a consulta reúnen los criterios diagnósticos de la fobia social. Albano, DiBartolo, Heimberg y Barlow (1995) informan que un 14,1% de los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años que precisan tratamiento reciben el diagnóstico de fobia social. No obstante, la prevalencia de la fobia social en población juvenil, usando los criterios del DSM-IV y del DSM-IV-TR todavía no se ha clarificado (Velting y Albano, 2001). Aunque, la revisión realizada por Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet (2003) sobre los aspectos epidemiológicos relacionados con el trastornos de ansiedad social, en población adulta y adolescente, recoge algunos de los estudios que responden a los criterios diagnósticos de los distintos Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1980; DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994; DSM-VI-TR, 2000).

A modo de conclusión, los estudios indican que la fobia social presenta una prevalencia que oscila entre el 2% y el 16% (Davidson *et al.*, 1993; Magee *et al.*, 1996; Schneier, Johnson, Horing, Liebowitz y Weissman, 1992; Stein, McQuaid, Laffaye y McCahill, 1999; Stein, Walker y Forde, 1996; Weiller, Bisserbé, Weiller, Boyer, Lépine y Lecrubier, 1996; Wittchen *et al.*, 1999). La fobia social puede aparecer junto a otros trastornos de ansiedad; por ejemplo, casi un 20% de los individuos con fobia social presenta una dependencia al alcohol y un 7% de los mismos padece agorafobia (Amies *et al.*, 1983; Schneier, Martin, Liebowitz, Gorman y Fyer, 1989). Mullaney y Tripett (1979) informan de porcentajes de 25% y 17% de hombres y mujeres, respectivamente que padecen fobia social sin consumir alcohol o psicofármacos.

#### 4.2. Variables sociodemográficas

Existe una coincidencia entre los estudios que pretenden determinar el perfil sociodemográfico de los individuos con fobia social, informando de niveles económicos y educativos inferiores, un empleo inestable o en paro, mayor porcentaje de solteros y de mujeres, repercutiendo negativamente en el ámbito personal, profesional y social (Davidson *et al.*, 1993; Jiménez *et al.*, 1999). En esta línea, el trastorno de ansiedad social se ha relacionado con bajos niveles de educación e ingresos, siendo más frecuente entre los estudiantes, las personas solteras, las que conviven con sus padres, las que no ejercen ningún trabajo, no estudian o no llevan a cabo tareas en el hogar (Magee *et al.*, 1996). Sin embargo, Weiller *et al.* (1996) no observa diferencias relativas al nivel de estudios y al estado civil, encontrando un mayor porcentaje de pacientes aquejados de ansiedad social entre los individuos que están en paro. Los resultados relacionados con las variables sociodemográficas: edad de inicio de la ansiedad social, género, estado civil, nivel socioeconómico y educativo aparecen en la revisión efectuada por Olivares *et al.* (2003), en las poblaciones infantil, adolescente y adulta.

Por otra parte, a pesar de que las mujeres superan a los hombres en cuanto a porcentaje en todos los trastornos fóbicos y de ansiedad, en la fobia social esta diferencia no está muy clara, ya que algunos estudios sólo encuentran un predominio ligero para las mujeres (Myers *et al.*, 1984), mientras que otros informan de un reparto igual de personas con fobia social entre ambos sexos (Amies *et al.*, 1983). En esta línea, el estudio de Turk *et al.* (1998) defiende que, aunque una mayor parte de los estudios epidemiológicos obtienen una tasa de prevalencia del trastorno de ansiedad social superior en mujeres, esta diferencia entre ambos sexos desaparece cuando se consideran los estudios clínicos. Muchas veces, el porcentaje de

hombres entre los pacientes de ansiedad social presentado iguala e incluso supera al de las mujeres. Por ejemplo, Davidson *et al.* (1993) informan de porcentajes del 62% entre las mujeres de una muestra de pacientes de ansiedad social y del 53,9% de mujeres del grupo control. También, se ha encontrado un porcentaje del 70% de mujeres en una muestra aquejada de ansiedad social (Schneier *et al.*, 1992). Asimismo, los estudios de Kessler *et al.* (1998) y Magee *et al.* (1996) informan de una prevalencia del 15,5% para las mujeres frente a un 11,1% para los varones. Del mismo modo, el estudio transcultural de Weissman *et al.* (1996) presenta tasas de prevalencia de ansiedad social superiores en mujeres que en hombres en Estados Unidos, Canadá y Puerto Rico. No obstante, las diferencias mostradas en el estudio de Weiller *et al.* (1996) entre las mujeres de una muestra de pacientes con ansiedad social (53,5%) y otra de la población general (43,1%) no son significativas. Por otra parte, cuando la fobia social va acompañada del trastorno de personalidad por evitación, entonces se relatan más casos de hombres que de mujeres (Echeburúa, 1993).

Por su parte, la variable estado civil es considerada como significativa en el trastorno de ansiedad social, de manera que los fóbicos sociales muestran un porcentaje de soltería del 38% (Amies *et al.*, 1983) y del 50% (Marks, 1969), estando éste muy por encima del presentado en la población general y en otros trastornos fóbicos. Dicho porcentaje se relaciona con la edad de aparición de la fobia social y con las dificultades provocadas por este trastorno. Asimismo, la mayoría de los estudios (Davidson *et al.*, 1993; Lépine, Lellouch, Novell, Téhérani y Pariente, 1993; Schneier *et al.*, 1992) ha informado de un porcentaje mayor de solteros entre los individuos con fobia social que entre los que no la padecen. Por su parte, Caballo y Turner (1994) informaron que las personas con fobia social específica tenían más amigos y más relaciones de pareja que los pacientes de fobia social generalizada.

Por otro lado, existe un acuerdo unánime en los resultados de los estudios epidemiológicos sobre la presencia de un nivel socioeconómico y educativo inferior en los pacientes de fobia social (Davidson *et al.*, 1993; Lépine *et al.*, 1993; Reinherz, Giaconi, Lefkowitz, Pakiz y Frost, 1993; Schneier *et al.*, 1992; Wittchen *et al.*, 1999). Además, los pacientes con fobia social pertenecen a una clase social más alta que la media de la población general, presentando un nivel cultural y una inteligencia verbal superiores a los mostrados por los individuos con agorafobia (Amies *et al.*, 1983; Persson y Nordlund, 1985).

La fobia social suele comenzar con anterioridad a otros trastornos de ansiedad, situándose al final de la infancia o al principio de la adolescencia con una edad de inicio comprendida entre 14 y 16 años, y rara vez se presenta a partir de los 25 años (Schneier *et al.*,

1992; Weiller *et al.*, 1996) o entre 15 y 20 años (Echeburúa, 1993). No obstante, diferentes estudios (Amies *et al.*, 1983; Marks y Herst, 1970; Shafar, 1976; Thyer, Parrish, Curtis, Nesse y Cameron, 1985) concluyen que la media de edad de inicio de la fobia social es en torno a los 18,50 años. Asimismo, en el estudio de Olivares *et al.* (2002) se encuentra que la edad de inicio de la fobia social, en una muestra comunitaria, oscila entre los 14 y los 16 años. En esta misma línea, Weissman *et al.* (1996) relata diferencias entre la edad de inicio en diferentes países, siendo ésta mayor en Puerto Rico y Corea del Sur (19,8 y 24,3 años, respectivamente) que en Estados Unidos y Canadá (15,8 y 14,6 años, respectivamente), reflejando diferencias culturales en el desarrollo de la fobia social entre la población hispana y asiática en comparación con la norteamericana. Por su parte, Schneier *et al.* (1992) informan de una edad de inicio de 16,3 años para los varones y de 14,8 para las mujeres. Así, Magee *et al.* (1996) encuentran que la edad media de inicio de la ansiedad social está en torno a los 16 años, mientras que Weiller *et al.* (1996) establecieron que la edad de inicio de la misma fue anterior a los 25 años en el 90% de los pacientes, situándose la media en torno a los 15,1 años. También, se ha encontrado una edad de inicio de 11,5 y 14 años para los varones con fobia social generalizada y no generalizada, mientras que para las mujeres la misma se situaba entre los 12,5 y 15 años, respectivamente (Wittchen *et al.*, 1999).

Todos los resultados anteriores llevaron a Baños, Quero, Botella y Perpiñá (2003) a concluir que los datos relativos a la edad de inicio de la fobia social no son concluyentes, coincidiendo con Chavira *et al.* (2002), ya que algunos estudios la sitúan en la adolescencia, otros observan que un alto porcentaje de pacientes con fobia social informan que han padecido la fobia social a lo largo de toda su vida. Además, estos autores defienden que la edad de comienzo de la fobia social depende de la manera en la que se define la misma. Sin duda, la etapa de la adolescencia forma un período crítico por la gran significación de las relaciones interpersonales con los compañeros, donde cobra importancia el proceso de evaluación mantenido por los miembros del grupo de iguales. Las conductas de evitación o de ansiedad como respuesta a la evaluación social son típicas en los adolescentes más afectados por las situaciones de estrés, reduciendo su estatus social (Turner y Beidel, 1989).

La aparición del trastorno de ansiedad social puede tener dos formas: progresiva, que tiene el antecedente de timidez en la infancia y de aislamiento social en la adolescencia, y repentina, como respuesta a una experiencia traumática, estabilizándose el problema llegada la etapa media de la vida (Echeburúa, 1993). Por otro lado, el curso del trastorno suele ser crónico o continuo, siendo posible que dure toda la vida (Baños *et al.*, 2003; Vallejo y Bataller,

1998). No obstante, otros estudios (Davidson *et al.*, 1993; Öst, 1987 y Van Ameringen, Mancini, Styan y Donison, 1991) defienden que a veces el problema cesa total o parcialmente durante la edad adulta, teniendo una duración que oscila entre los 15 y 20 años. A pesar de la cronicidad del curso del trastorno de ansiedad social, los pacientes acuden a la terapia solo en fases avanzadas, oscilando la edad media de los pacientes estudiados entre los 27 y 34 años (Persson y Nordlund, 1985). De todas maneras, la búsqueda de tratamiento de la fobia social suele darse una vez llegada la edad adulta a pesar de la aparición temprana del trastorno. Varios estudios (Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder, 1984; Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990; Rapee *et al.*, 1988) defienden que la edad media está en torno a los 30 años, es decir, las personas aquejadas de fobia social suelen tardar entre 15 y 25 años en pedir ayuda profesional. En general, las personas con fobia social acuden a consulta una vez que experimentan episodios de depresión, en los que aparecen deterioros sociales significativos tanto en las relaciones interpersonales como de pareja, y también en los medios laboral y escolar (Echeburúa, 1993). Se ha revelado que los sujetos entrevistados por internet informan de un nivel más elevado de severidad y deterioro debido a su ansiedad social que los individuos de una muestra con ansiedad social que están siendo tratados, aunque únicamente un tercio de estos entrevistados informó haber recibido un tratamiento psicoterapéutico (Erwin, Turk, Heimberg, Fresco y Hantula, 2004).

Por último, al tener en cuenta los antecedentes familiares se ha encontrado que, en comparación con otros trastornos, en la fobia social los familiares de primer grado muestran altos niveles de ansiedad social (Fyer, Mannuzza, Chapman, Martin y Klein, 1995; Reich y Yates, 1988). En esta línea, tanto el DSM-IV como el DSM-IV-TR informan que los parientes de primer grado de las personas aquejadas de fobia social tienden a padecer la misma más que la población general.

## **5. Subtipos de la fobia social**

### **5.1. Fobia social generalizada versus específica en adultos**

Los trabajos actuales sobre la ansiedad social se preocupan por el abordaje de diferentes subtipos de la misma, ya que desde el DSM-III-R se considera la existencia de un subtipo generalizado caracterizado por el miedo a la mayoría de las situaciones sociales (*American Psychiatric Association*, 1987). Paradójicamente, no se sabía el número de situaciones sociales necesarias para establecer un diagnóstico de fobia social del subtipo generalizado. Por

defecto, aparece otro subtipo denominado por diferentes autores (Levin *et al.*, 1993; Liebowitz *et al.*, 1988; Turner, Beidel y Townsley, 1992) como “específico”, “no generalizado”, “circunscrito” o “limitado”. Turner *et al.* (1992) establecen una categoría de fobia social generalizada, incluyendo a las pacientes que temen fiestas o reuniones sociales, iniciar o mantener conversaciones, y otra de fobia social específica que recoge a los pacientes que manifiestan miedo sólo ante situaciones circunscritas, tales como dar discursos, hablar en reuniones, comer o escribir en público o utilizar aseos públicos. En muestras clínicas, generalmente, se acepta la existencia de dos subtipos de fobia social, denominados como no generalizado y generalizado (Chavira y Stein, 2002; Stein y Chavira, 1998). La mayoría de las personas que precisa un tratamiento como resultado del miedo y la evitación de una amplia gama de situaciones sociales se define en el DSM-IV y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994) como individuos que padecen fobia social del tipo generalizado (Stein, 1996).

Heimberg y Holt (1989) clasifican a los subtipos de la fobia social en tres tipos. Un primer tipo llamado generalizado y definido como el miedo a la mayoría de las situaciones sociales, tal como se conceptualizó en el DSM-III-R. Un segundo tipo denominado circunscrito que alude al miedo a un número limitado de situaciones discretas. Por último, un tercer subtipo con el nombre no generalizado que se refiere al miedo a un número limitado de situaciones de interacción social con o sin miedo en situaciones de actuación específicas y sin experimentar ansiedad significativa en, al menos, un área de su funcionamiento social. Por otra parte, Kessler *et al.* (1994) clasifican a los miedos sociales en dos categorías: una primera caracterizada sólo por el temor a hablar en público, y otra segunda, que recoge al resto de los miedos sociales. Se ha demostrado que las dos categorías: “miedo a hablar en público” y “miedo a la interacción” recogen a ítems parecidos entre sí en cuanto a contenido dentro de cada una de ellas, pero difieren entre sí cuando se comparan estas dos categorías (Stein y Deutsch, 2003); este hallazgo sugirió que el miedo a hablar en público y el miedo a la interacción representan dominios distintos de miedo a situaciones sociales. Estos dos subtipos mantienen semejanzas relativas a la edad de inicio, historia familiar y algunas características sociodemográficas, aunque el miedo de la segunda categoría (miedos distintos al de hablar en público) es más crónico, más perjudicial y mantiene mayor comorbilidad con otros trastornos que el subtipo de miedo a hablar en público. En esta línea, se ha encontrado que la fobia social generalizada tiene un comienzo más temprano, acompañada de bajos niveles de escolarización, lo que causa mayores niveles de ansiedad y depresión en actividades

de realización social, mostrando, también, un ritmo cardíaco reactivo menor y ninguna diferencia en la ansiedad subjetiva (Gelernter, Stein, Tancer y Uhde, 1992; Heimberg *et al.*, 1990; Holt, Heimberg y Hope, 1992; Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer y Liebowitz, 1991; Turner *et al.*, 1992). Además, los individuos con fobia social generalizada sufren una mayor interferencia en la vida y una mayor severidad clínica general que los que no padecen la misma (Heimberg *et al.*, 1990; Holt *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1992). Kessler *et al.* (1994) defienden que, realmente, no está muy clara la diferenciación entre los dos grupos descritos anteriormente, aunque afirman que el miedo a hablar en público tiene mucha más prevalencia que los demás miedos sociales. Además, una mayor parte de los pacientes con fobia social muestran únicamente miedo a hablar en público. En esta línea, se ha encontrado que la mayoría de las personas (60,4%) informa de no haber experimentado ningún miedo social, mientras que de los doce tipos de miedos sociales (hallados en el 4% al 15% de la población general) resulta que el miedo a comer en presencia de los demás es el menos común y el miedo a hablar en público es el más frecuente (Stein, Torgrud y Walker, 2000), incrementando el deterioro de manera lineal a medida que aumenta el número de los temores sociales. Todo ello, condujo a que estos autores examinaran la posibilidad de que los subtipos de fobia social pueden ser destacados en la base del número de los miedos sociales mostrados por el individuo.

Manuzza *et al.* (1995) comprueban que los pacientes aquejados de fobia social generalizada se caracterizan por ser solteros, experimentan más temprano síntomas de fobia social, manifiestan de manera frecuente temor a las situaciones sociales, presentando niveles más altos de depresión mayor y alcoholismo, y otros más bajos de trastornos de pánico. Estos autores establecen una distinción menos confusa entre dos subtipos de trastorno por ansiedad social: generalizado y no generalizado, argumentando que el primer subtipo tiene la suficiente fiabilidad y validez para considerarlo como una categoría independiente y distinta de la forma no generalizada, pudiendo aludir a una variante familiar del trastorno de ansiedad social. A pesar de todo ello, es arriesgado categorizar al trastorno por ansiedad social como un síndrome clínico diferenciado o un estado más grave del mismo.

Recientemente, ha habido otros intentos por delimitar subtipos de fobia social. Por ejemplo, Furmark *et al.* (2000) realizan un análisis y clasificación de las personas de una muestra comunitaria basándose en cuatro variables: malestar, número de situaciones sociales, grado de deterioro funcional y número de criterios cumplidos para el trastorno de personalidad por evitación. De acuerdo con la puntuación obtenida en el conjunto de las

variables, los individuos fueron clasificados en tres categorías: subtipo generalizado (puntuación alta), no generalizado (puntuación media) y fobia social discreta (puntuación baja). Por su parte, Stein *et al.* (2000) hacen uso de doce situaciones sociales (de las cuales la mitad son de actuación y la otra son de relación) con el objetivo de contabilizar la frecuencia de su ocurrencia en una muestra comunitaria. Estos autores proponen un criterio cuantitativo consistente con el DSM-IV, donde los sujetos fueron clasificados en un subtipo de fobia social generalizado cuando experimentaban miedo en siete o más situaciones sociales y en otro no generalizado que recoge al resto de los individuos. No obstante, a raíz del trabajo anterior se concluyó que no se puede hablar de categorías claramente diferenciadas en la población general pese a que dicha distinción entre los subtipos puede ser utilizada en la práctica clínica. Por último, Quero, Baños, Botella y Gallardo (2003) informan de tres subtipos de fobia social en población española: miedo a hablar en público, fobia social circunscrita y fobia social generalizada.

Todo lo anterior indica que las fobias sociales pueden tomar dos formas: específicas y generalizadas. Las primeras se refieren a una serie de estímulos concretos productores de ansiedad, tales como hablar, comer, beber, escribir o asearse en público, mientras que las segundas están asociadas a una variedad de situaciones sociales, en las que el trastorno se presenta de manera multifóbica. Es decir, la ansiedad generalizada se manifiesta en la mayor parte de las interacciones interpersonales, sin limitarse a determinadas situaciones específicas (Mattick y Peters, 1988). Las personas que padecen fobia social del tipo generalizado tienen marcada su vida social por el miedo a que les observen los demás sudar, enrojecer, temblar o cometer actos ridículos, respondiendo con conductas evitativas o con respuestas inadecuadas, tales como sonrojarse, evitar la mirada, hablar entre dientes o susurrar. Dicho miedo a la evaluación negativa puede aludir a determinados aspectos como el mantenimiento de relaciones íntimas, la aceptación social global, la interacción con personas de autoridad o el desempeño de actividades ante los demás (Butler, 1989).

De todas maneras, las diferencias que se han realizado entre pacientes con fobia social generalizada y otras fobias (discreta, específica, no generalizada, etc.) se han pasado en características sociodemográficas (Heimberg *et al.*, 1990), tipo y severidad de los síntomas (Gelernter *et al.*, 1992; Heimberg *et al.*, 1990; Holt *et al.*, 1992), nivel de funcionamiento (Heimberg *et al.*, 1990), inicio de la fobia social (Holt *et al.*, 1992) y en los autoinformes, la observación y las respuestas fisiológicas a cambios comportamentales (Heimberg *et al.*, 1990; Levin *et al.*, 1993). En un estudio reciente, se ha encontrado que los pacientes con ansiedad

social generalizada informan de un nivel elevado de ansiedad relacionado con la autoinformación proporcionada (Alden y Mellings, 2004). No obstante, se han empleado definiciones inconsistentes de los subtipos de fobia social a causa de la falta de acuerdo sobre la característica esencial de la fobia social generalizada.

En definitiva, el subtipo generalizado de la fobia social se concibe como el miedo a la mayoría de las situaciones de interacción social. Al igual que las personas con fobia social específica, es característico que los individuos del subtipo generalizado experimenten temores a situaciones de realización de actividades, tales como hablar, escribir o comer en público, pero, además, suelen presentar miedos ante las interacciones sociales de todo tipo. Por último, hay que señalar que la mayoría de los estudios anteriores han sido realizados en población adulta, mientras que la investigación en población adolescente es todavía muy escasa. A continuación se detallan los hallazgos más significativos relativos a cada uno de los subtipos de la fobia social en la población adolescente objeto de la presente investigación.

## 5.2. Fobia social en niños y adolescentes

La importancia de las relaciones sociales en el desarrollo evolutivo y el funcionamiento psicológico, social y académico ha despertado el interés por el estudio de las dificultades de adaptación social de los niños y adolescentes (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989; Trianes, Jiménez y Muñoz, 1997). Sin embargo, el reconocimiento de dichas dificultades, en niños y adolescentes, como problemas de conducta de un trastorno etiquetado como fobia social ha sido un hecho reciente (Albano, Detweiler, Logsdon-Conradsen, 1999; Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001). De hecho, la *American Psychiatric Association* (APA, 2000) ha conceptualizado la fobia social o el trastorno de ansiedad social, incluyendo ciertas características y criterios diagnósticos relativos a la población de niños y adolescentes, destacándose esta labor por diferentes autores (Beidel y Turner, 1998; Morris, 2000).

Los niños y adolescentes con fobia social suelen tener distintos problemas de ansiedad en el entorno escolar, tales como hablar en público delante de los alumnos de la clase, comer en la cafetería o cambiarse de ropa en la clase de deporte, etc. Además, pueden mostrar comportamientos de evitación hacia el ATS o el médico del colegio. Es posible identificar el patrón en el que ocurren comportamientos de evitación durante el tiempo de exposición a los estímulos sociales fóbicos por medio de un interrogatorio cuidadoso al niño, a los padres o al profesor. Fuera del colegio, estos niños temen extremadamente pedir algo en un restaurante o hablar con los dependientes, camareros u otros empleados, dirigiéndose a los

hermanos, padres o amigos para que hablen por ellos. Evidentemente, los jóvenes con el subtipo generalizado de la fobia social evitan más situaciones sociales que el subtipo circunscrito de la misma. Por ejemplo, el niño con un intenso miedo de cambiar la ropa delante de sus compañeros suele ser muy cauteloso al elegir un lugar privado, mientras que el niño con fobia social generalizada limita de manera estricta la interacción en una variedad de situaciones sociales, tales como ir a comprar, a fiestas o al colegio (Francis, 1990).

Existen pocos datos relativos a la frecuencia de los tipos de fobia social en niños y adolescentes. En esta línea, Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) investigaron la prevalencia en una muestra de niños de 11 años en Nueva Zelanda. El diagnóstico se basó en los criterios del DSM-III, haciendo uso de entrevistas con los niños y padres, y de cuestionarios con los profesores, encontrando que la media de la fobia social estaba en torno a 0,9%. Por su parte, Last, Strauss y Francis (1987) examinaron la media de la fobia social en una muestra clínica de menores, encontrando que aproximadamente un 15% de estos niños recibía el diagnóstico primario de fobia social con evitación de la escuela. Así, Strauss y Francis (1989) informaron que casi el 9% de los menores con trastornos de ansiedad en una muestra clínica tenían fobia social sin evitación de la escuela. Otros estudios más recientes (Beidel y Turner, 1998; Essau, Conradt y Petermann, 1999; Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 1998; Wittchen *et al.*, 1999) informan de una prevalencia de la ansiedad social infantil juvenil que oscila entre el 1,6 y el 10%. Wittchen *et al.* (1999) informan que los chicos y chicas adolescentes con fobia social del subtipo generalizado suelen tener una edad de inicio más temprana, presentar mayor deterioro funcional y persistencia de las respuestas alteradas, aportar tasas más altas de tratamiento psicológico o médico, así como una frecuencia elevada de historia familiar con fobia social y otros trastornos de conducta.

Por otro lado, algunos estudios realizados con muestras de niños y adolescentes revelan que las niñas muestran más miedos y preocupaciones de tipo social que los niños (Anderson *et al.*, 1987; Lapouse y Monk, 1959). No obstante, el único trabajo basado en los criterios del DSM-III fue el de Anderson *et al.* (1987), quienes informan de porcentajes de 0,2% frente a 1,0% de fobia social entre chicos y chicas, respectivamente. Del mismo modo, las chicas presentan más casos de timidez (French, 1990; Stevenson-Hinde y Glover, 1996) y fobia social (Anderson *et al.*, 1987) que los chicos, en muestras comunitarias, pero no en clínicas, ya que la distribución en ellas es bastante parecida (Last, Perrin, Hersen y Kazdin, 1992; Strauss y Last, 1993). Asimismo, Strauss y Francis (1989) defienden que las niñas suelen recibir más comúnmente que los niños el diagnóstico de fobia social basado en los criterios

del DSM-III en las muestras clínicas de trastornos de ansiedad. Algunos estudios (Crick y Ladd, 1993; La Greca y Stone, 1993; Vernberg *et al.*, 1992) han pretendido evaluar las diferencias de género de la ansiedad social en niños y adolescentes, encontrando que las chicas presentan niveles más altos de la misma que los chicos, especialmente en lo referente a su aspecto de evaluación social (por ejemplo, miedo a la evaluación negativa de los iguales). Además, las chicas adolescentes se muestran más preocupadas que los chicos en relación al juicio de los demás sobre su apariencia y comportamiento (Nolsen-Hoeksema y Larson, 1992; Rosen y Aneshensel, 1976), siendo los porcentajes de los problemas de interiorización más altos en las primeras que en los segundos (Bernstein, Garfinkel y Hoberman, 1989; Kashani, Orvaschel, Rosenberg y Reid, 1989; Quay y La Greca, 1986). Esto pone de manifiesto la mayor vulnerabilidad de las chicas adolescentes que los chicos de experimentar sentimientos de ansiedad social, teniendo implicaciones en su funcionamiento social.

Para muchos adolescentes, la aceptación por parte del grupo de iguales se incrementa con la edad, alcanzando su pico en una fase tardía de la adolescencia. Hay una variante de aceptación que algunos autores denominan el “deseo de ser aceptado como un compañero romántico” (Harter, 1988; Kuhlen y Houlihan, 1965). La percepción de la exclusión social por parte del grupo de iguales puede desencadenar directamente sentimientos de ansiedad (Leary, 1990), limitando la interacción de los adolescentes con su grupo de iguales o inhibiendo el desarrollo normal de las relaciones amorosas, lo que interfiere en su funcionamiento social. Así, se ha revelado que los niños ansiosos son menos queridos por sus iguales (Strauss, Frame y Forehand, 1987) y que los niños rechazados o abandonados por su grupo de iguales son más ansiosos socialmente que sus compañeros de clase (La Greca, Dandes, Wick, Shaw y Stone, 1988; La Greca y Stone, 1993). En esta misma línea, se ha demostrado que las chicas adolescentes informan de niveles más altos de ansiedad social que los chicos, más asociada con el funcionamiento social de las primeras que de los segundos (La Greca y López, 1998). Específicamente, los chicos adolescentes con niveles altos de ansiedad social informan de un funcionamiento social pobre (menos apoyo por parte de los compañeros, menos aceptación social), mientras que las chicas experimentan una baja tasa de amistades, menor intimidad, compañerismo y apoyo dentro de sus interacciones cerradas con los amigos. Ambos sexos disfrutan de menor aceptación y apoyo de su grupo de iguales y perciben a sí mismos como menos llamativos románticamente.

Numerosos estudios sobre miedos subclínicos demostraron cambios en el número y el tipo de los miedos durante el transcurso de la infancia y la adolescencia. Graziano,

DeGiovanni y Garcia (1979) señalan un incremento de los miedos sociales y escolares relacionados con la edad de los niños y adolescentes. Así, la edad típica de inicio de la fobia social tiene lugar en torno a la infancia tardía o la primera adolescencia (Marks, 1970), coincidiendo con el tiempo en el que suelen aparecer los problemas de humillación social a lo largo de la adolescencia (Amies *et al.*, 1983). Se desconoce el curso natural de las fobias sociales que se desarrollan en los menores. Desde la fobia social se llega a la evitación escolar de los niños (Francis, Strauss y Last, 1987), relacionándose con problemas de ajuste tardíos (Coolidge, Brodie y Feeney, 1964; Waldron, 1976). Particularmente, Berg, Bulter y Hall (1976) y Berg y Jackson (1985) han estudiado, a largo plazo, la predicción de un número amplio de adolescentes con fobia escolar tratados originalmente en hospitales. Tres años después del ingreso, un tercio mostró la remisión de los síntomas, otro manifestó una leve mejoría y uno tercero presentó problemas de ansiedad adicionales; además, la mitad de la muestra continuó con una evidencia significativa de evitación escolar.

La extensión del deterioro en niños y adolescentes que padecen fobia social es muy amplia. Los que presentan fobia social circunscrita, rara vez se encuentran incapacitados, siendo limitado su sufrimiento, mientras que los del tipo generalizado evitan una gran variedad de situaciones sociales, repercutiendo negativamente en su funcionamiento cotidiano (Ballesteros y Conde, 1999). Una de las situaciones que evitan los individuos con fobia social y que supone un problema potencialmente significativo es la escuela. Se ha demostrado que casi la mitad de los sujetos de una muestra clínica con fobia escolar reciben el diagnóstico de fobia social (Francis *et al.*, 1987). Como resultado, estos menores pierden importantes oportunidades normativas y evolutivas durante su desarrollo académico y socioemocional. Además, se ha demostrado que el trastorno de ansiedad social en la población infanto-juvenil suele estar asociado con pocos amigos, soledad, estado de ánimo deprimido (Beidel, Turner y Morris, 1999), rechazo a la escuela (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin, 1991), deficiente rendimiento en la escuela (Beidel, 1991) y consumo de alcohol (DeWitt, MacDonald y Offord, 1999).

Determinadas experiencias clínicas proponen que existe una cierta continuidad entre los diferentes tipos de fobia social (por ejemplo, el miedo a hablar en público se presenta en ambos). Independientemente de todo ello, las fobias sociales pueden conducir a un deterioro significativo en cualquier edad, ya que tanto los niños que evitan la escuela como los adultos que no se presentan a su trabajo resultan seriamente afectados. Evidentemente, si el estudio de la fobia social como un trastorno de ansiedad ha sido relativamente descuidado en adultos

(Liebowitz *et al.*, 1985), es casi completa la ignorancia del mismo en la literatura de los menores. Aunque, los trastornos de ansiedad de los niños y adolescentes han recibido atención clínica e investigadora en los últimos años, todavía es escasa la información relativa a la fobia social infantil y juvenil.

Algunos de los puntos que se están aclarando en los trabajos actuales y que coinciden con la propuesta de Francis (1990) son: la relación entre la ansiedad social de los menores en poblaciones normales y la misma en poblaciones clínicas, los cambios que se dan en los niños cuando entran en la adolescencia y la adultez, la relación entre la fobia social y la ansiedad ante la evitación escolar, entre otros. Por último, hay que destacar que, hasta el momento, las revisiones relativas que se han realizado en población infanto-juvenil acerca de las dificultades de interacción social en general son de tipo cualitativo, lo que señala la necesidad de efectuar otras revisiones de tipo cuantitativo en la población de niños y adolescentes (Greco y Morris, 2001). A continuación detallaremos los datos sobre los dos subtipos de la fobia social (generalizado y específico) por separado en niños y adolescentes.

### **5.2.1. Fobia social generalizada en niños y adolescentes**

Se han realizado pocos estudios en la población adolescente con el objetivo de establecer un criterio que sirva para diferenciar entre los dos subtipos (generalizado y no generalizado) de la fobia social. Por ejemplo, Hofmann *et al.* (1999) establecieron un criterio necesario para el diagnóstico del subtipo generalizado que requiere informar de una moderada ansiedad (una puntuación de 4, donde 8 es la puntuación máxima) en todas las situaciones sociales más temidas por los sujetos; de lo contrario, tendría lugar el diagnóstico de fobia social no generalizada. Por su parte, Wittchen *et al.* (1999) realizan un estudio en una muestra comunitaria de adolescentes y jóvenes adultos, donde la asignación de los individuos al subtipo generalizado de la fobia social requería reunir los criterios diagnósticos del DSM-IV, manifestar miedo a tres o más de las situaciones evaluadas por la M-CIDI (*Munich-Composite International Diagnostic Interview*) (Wittchen y Pfister, 1997) y reconocer que el miedo y la evitación de dichas situaciones estaban presentes desde su inicio por parte del sujeto. A pesar de la escasez de estudios realizados en la población de niños y adolescentes al respecto, parece ser que la fobia social generalizada es la más dominante en esta población (Ballesteros y Conde, 1999).

En cuanto a las características de los niños y adolescentes que sufren fobia social generalizada, se ha encontrado que éstos infravaloran su capacidad cognoscitiva y

experimentan malestar que repercute negativamente en su funcionamiento cotidiano, refiriendo una multitud de situaciones ansiosas, las cuales provocan niveles altos de ansiedad (Beidel, 1991). Además, presentan rasgos de ansiedad llamativos, manifestados en una ansiedad intensa durante la realización de pruebas de vocabulario y, en un patrón definitorio de su frecuencia cardíaca, incrementándose a lo largo del desarrollo de la actividad provocadora de ansiedad. Estas características les diferencian de los niños y adolescentes simplemente ansiosos, los cuales presentan una frecuencia basal más alta que se incrementa únicamente al principio de la tarea para ir disminuyendo con el transcurso de la ejecución de la misma. Así, los llantos, síntomas somáticos y conductas de evitación son respuestas características de los niños con fobia social, lo que hace que éstos empleen distintas estrategias de evitación (Beidel, 1991).

Por otro lado, determinados problemas como el gran déficit en las habilidades sociales y los mayores problemas de interacción social son característicos de la fobia social generalizada, de manera que, en los primeros años de la vida los problemas de deterioro académico, personal y social son más significativos, ya que éstos se asocian a síntomas psicopatológicos patentes de rasgos anómalos de personalidad, tales como la ansiedad social, la timidez, la baja autoestima, el miedo a la evaluación negativa, etc. Dicha sintomatología incluye tres tipos: somática, comportamental y cognoscitiva. Los primeros dos tipos suelen darse en niños más pequeños, mientras que el tercero aparece en edades más avanzadas, cuando los individuos muestran mayor madurez y complejidad psicológica (Ballesteros y Conde, 1999). El niño que padece fobia social no se aísla totalmente de los demás, sino que a menudo busca grupos de juego y ocio de fácil interacción, tales como personas del otro sexo (los niños buscan niñas y viceversa) o compañeros de más edad (por ejemplo, sus hermanos y los amigos de sus hermanos). Los niños con fobias considerados como más inteligentes emplean la mayor parte de su tiempo en la lectura y la realización de actividades en solitario como, por ejemplo, el uso de ordenadores y la propia evitación de las situaciones sociales.

Se señala que la fobia social generalizada presenta con mayor frecuencia comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos que la específica, siendo éstos más graves y crónicos en el caso de la primera y teniendo un inicio más temprano que en el caso de la fobia social específica (Pine, Cohen, Gurley y Ma, 1998). Además, los criterios diagnósticos del DSM-IV y el DSM-IV-TR apoyan la posibilidad de diferenciar los dos tipos de fobia social: generalizada y específica en sus manifestaciones clínicas, etiología pronóstico y tratamiento, dando lugar a cuadros clínicos que se ubican en distintos ejes diagnósticos (sistema DSM). Asimismo, en la

descripción de la fobia social generalizada en el DSM-IV y el DSM-IV-TR se pone de relieve la necesidad de considerar el diagnóstico adicional del trastorno de la personalidad por evitación. Finalmente, la evolución del trastorno de ansiedad social generalizada a lo largo de la infancia y la adolescencia hasta la vida adulta tiene una continuidad homotípica. Es decir, este trastorno se presenta siempre de la misma forma, al contrario de lo que ocurre en la ansiedad social específica, donde se manifiesta una discontinuidad a través del tiempo (Conde y Ballesteros, 1995). No obstante, faltan estudios que tengan como objetivo conseguir mayor conocimiento sobre la fobia social generalizada, especialmente en las primeras etapas de la vida.

### 5.2.2. Fobia social específica en niños y adolescentes

La fobia social específica se ha diferenciado de la fobia generalizada en determinados aspectos destacados por Strauss y Last (1993). Estos autores defienden que los niños que padecen fobia social del subtipo específico, a diferencia de los aquejados de fobias específicas, se caracterizan por ser más miedosos, sufrir más aislamiento social, experimentar más sentimientos de depresión y tener más edad. Los niños y adolescentes suelen mostrar más temor al fracaso y a las críticas (evaluados por medio de la *Fear Survey for Children (FSSC-R)*) que los adultos (Ollendick, 1983). La aparición de este subtipo de fobia social depende de una experiencia de condicionamiento en el 50% de los casos (Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1986).

Las fobias sociales específicas presentan incidencias distintas. En esta línea, el estudio de Beidel y Randall (1994) aportó un listado de situaciones sociales ansiógenas ordenadas según la frecuencia de ocurrencia: hablar en público de una manera formal (89%), comer en presencia de otros (39%), participar en fiestas (28%), mantener conversaciones con gente con autoridad (21%) y hablar con un estilo informal (13%). Por su parte, Strauss y Last (1993) encuentran que el mayor nivel de ansiedad se experimenta ante situaciones escolares (64%), situaciones que necesitan que los individuos hablen en público (57%), las que producen temor a ruborizarse (25%), a comer o beber ante los demás (18%), a vestirse en presencia de personas (14%) y a usar aseos públicos (7%). En esta línea, Beidel y Morris (1995) observan que cada paciente de su consulta obtiene una media de 2,3 situaciones sociales generadoras de ansiedad. Así, el orden de frecuencia de los síntomas somáticos es el siguiente: taquicardia (70%), temblores (67%), rubor (62%), sudoración y náuseas (54%) (Beidel, Neal y Lederer, 1991). En cuanto al contexto donde aparecen las fobias sociales específicas, se considera que

el medio escolar es el más frecuente, en donde tienen lugar las relaciones de interacción con los compañeros que requieren comunicación verbal. Esto repercute de forma negativa en las tareas y funciones escolares de los niños y adolescentes, tales como el rendimiento escolar, la asistencia a clase y la realización de las actividades extraescolares. Por ello, la relación con los iguales y profesores se ve mermada, tanto si se trata de la fobia social específica como la generalizada, debido a las dificultades de interacción con ellos, aumentando éstas cuando se comprometen las habilidades sociales, imprescindibles para relacionarse e interactuar con los demás (Ballesteros y Conde, 1999).

Se ha considerado un subtipo de la fobia social específica, “ansiedad ante pruebas o evaluaciones” (*test anxiety*), siendo frecuente en contextos académicos y, posteriormente, laborales, generando interferencias llamativas con las actividades desarrolladas en los mismos. Existen individuos que manifiestan este temor circunscrito exclusivamente a dicha situación, mientras que otros presentan ansiedad más generalizada (Beidel y Randell, 1994). Además, las madres de estos niños se caracterizan por ser sobreprotectoras, restrictivas, ansiosas e inhibidoras de la autonomía de los mismos. Stein *et al.* (1996) afirman que la fobia a “hablar en público” se considera cercana a la “ansiedad ante pruebas o evaluaciones”, comprobando que, en una muestra de la población general, la misma tiene un inicio temprano (el 50%, 75% y 90% a edades de 13, 17 y 20 años, respectivamente). Dicha fobia presenta determinados síntomas, tales como el miedo a los temblores (80%), el enrojecimiento (80%) y la sudoración (80%), quedarse en blanco (74%), hacer o decir algo embarazoso (64%), no tener la capacidad de seguir hablando (63%) y decir cosas incoherentes sin significado (59%). Esto permite concluir que las formas graves de los miedos a hablar en público puedan causar un impacto perjudicial en la vida de los individuos que los padecen. Stein *et al.* (1996) defienden que estos niños se caracterizan por tener un nivel académico, intelectual y cultural más alto que el de los niños con otras fobias. En muestras clínicas, los pacientes con un solo miedo experimentan menos deterioro por sus síntomas que los pacientes con formas más generalizadas del trastorno. Sin embargo, no se sabe la extensión del miedo a hablar en público, siendo ésta la forma más común en muestras no clínicas en cuanto al grado de incapacidad y angustia consideradas como clínicamente significativas (Hazen y Stein, 1995). Los resultados encontrados por estos autores sugieren que el miedo a hablar en público provoca la incapacidad en un sector amplio de la población, que según informan los afectados interfiere con su nivel educativo. Este último dato había sido verificado anteriormente por Davidson *et*

*al.* (1993), quienes informan de altos niveles de deterioro escolar en adolescentes con fobia social.

Algunos autores (Black y Uhde, 1995; Dummit *et al.*, 1997) incluyen el mutismo selectivo dentro de la fobia social, ya que se ha verificado que la mayoría de estos pacientes reunía todos los criterios diagnósticos de la misma. No obstante, Olivares (1999) y Olivares, Méndez y Maciá (1996) consideran que la inclusión del mutismo selectivo dentro de la categoría “fobia social” acarrea serios problemas. Se trata de un trastorno dentro de la ansiedad fóbica que implica el lenguaje, en el que se muestra una incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas delante de individuos poco familiares, aunque pueden manifestarse en diversas situaciones. El mutismo selectivo mantiene límites poco diferenciados de los dos subtipos de la fobia social, de manera que los sujetos que sufren este trastorno suelen ser tímidos, retraídos socialmente, miedosos ante la interacción con los demás, especialmente si hay una intervención del lenguaje, estando éste deteriorado en un porcentaje significativo, lo que resalta la diferencia entre este trastorno y las fobias sociales específicas descritas anteriormente. Recientemente, Olivares, Rosa y García-López (2004) defienden que resulta mucho más clara la distinción entre la ansiedad social (la cual incluye como categoría todo tipo de trastornos de la conducta que tienen su origen en diferentes procesos de asociación con situaciones sociales, tales como el mutismo selectivo y la timidez) y la fobia social que alude, todavía, a un trastorno específico dentro de los trastornos de ansiedad social. Según esta reconceptualización, el mutismo selectivo es considerado como un trastorno de la conducta que pertenece a la dimensión de ansiedad social que tiene que ver con las situaciones de interacción social.

## **6. La problemática de los subtipos de la fobia social: límites y futuras investigaciones**

### **6.1. Situación actual: diferenciación cuantitativa entre los dos subtipos y sus límites**

Parece ser que a algunas personas les generan miedo las situaciones sociales relativas a la actuación personal, mientras que a otras les inquietan más las situaciones sociales que tienen que ver con el trato social. Esta distinción entre ambos subtipos se ha recogido en algunos cuestionarios y medidas de la fobia social (Liebowitz, 1987; Mattick y Clarke, 1989). Por otro lado, ha habido otros intentos de diferenciar los dos subtipos de fobia social basados en la manera en que la ansiedad se generaliza a otras situaciones sociales temidas, ya que algunas personas tienen miedo a una única actividad (por ejemplo, hablar en público), mientras que

otras manifiestan miedo a una multitud de situaciones interpersonales. Esta especificación referida al número de situaciones que generan temor en sujetos con fobia social se refleja en la tercera edición revisada (DSM-III-R), en la cuarta (DSM-IV) y en la cuarta revisada (DSM-IV-TR del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1987, 1994, 2000) sobre un subtipo generalizado de fobia social distinto de otro tipo específico de la misma, denominado como no generalizado.

La tarea de delimitar un subtipo de fobia social generalizado, tanto en población adulta como adolescente, en población clínica o comunitaria, pretende minimizar la variabilidad encontrada en el mismo. Puesto que, existe un problema referente a la fiabilidad en la variabilidad que comienza a presentarse en las poblaciones adolescente, infantil y adulta. Se piensa que las personas a las que les afectan más las situaciones asociadas a la actuación personal es posible que se quejen de un número más limitado de temores denominados no generalizados (Heimberg *et al.*, 1990; Turner *et al.*, 1992). No obstante, el problema que acarrea esta división es la falta de la cuantificación exacta de “la mayoría” de las situaciones (Heimberg *et al.*, 1993; Holt *et al.*, 1992; Schneier *et al.*, 1991). Esta confusión aparece no sólo en la población adulta, sino también en la adolescente donde se dispone de pocos datos al respecto. Es decir, cada investigador o grupo (por ejemplo, Hofmann *et al.*, 1999) operacionalizan la expresión “la mayoría de situaciones” según la estimación que consideran más adecuada. En esta línea, Heimberg y Holt (1989) ofrecen una nueva clasificación basada en tres subtipos de fobia social: uno primero llamado subtipo generalizado donde se incluyen aquellos individuos que presentan miedo a la mayoría o todas las situaciones sociales, uno segundo denominado subtipo discreto que recoge a los sujetos que muestran miedo ante una o dos situaciones sociales concretas, y por último, uno tercero llamado subtipo no generalizado como una categoría intermedia donde el problema se sitúa entre el subtipo discreto y el generalizado. Por su parte, Stein (1997) defiende la existencia de tres categorías de fobia social; la primera recoge a las personas con miedo sólo a hablar en público, la segunda incluye a individuos que además de este miedo muestran otro y la tercera agrupa a sujetos que manifiestan miedo a gran variedad de situaciones sociales. Estas tres categorías confirman los hallazgos sobre la existencia de dos subtipos de fobia social. Las dos primeras forman parte del subtipo específico de fobia social, mientras que la tercera se refiere al generalizado. Otra propuesta de clasificación reciente es la de Olivares *et al.* (2004), quienes agrupan a las personas, mediante una combinación de criterios, por el número y la naturaleza de las situaciones temidas. El número de las situaciones sociales permite distinguir entre

cuatro categorías distintas: fobia social específica, leve, moderada y gravemente generalizada. A su vez, la naturaleza de dichas situaciones da lugar a dos tipos de las mismas: las primeras no requieren la relación física con los otros, mientras que las segundas conllevan como condición necesaria la relación física con los demás.

Las diferencias que se han considerado entre los dos subtipos (generalizado y no generalizado) del DSM-III-R se refieren a variables sociodemográficas, a antecedentes familiares y sociales, al grado de deterioro y severidad provocado por la afección, a la reacción psicológica y conductual y a las distintas reacciones a tratamientos psicosociales y farmacológicos (revisado en Heimberg *et al.*, 1993). Sin embargo, las críticas que se han realizado al subtipo del DSM-III-R fueron cuatro. La primera se refiere a la vaga conceptualización de la frase “la mayoría de situaciones sociales”. La segunda alude a la validez cuestionable de una diferencia categórica basada en la cantidad de situaciones temidas en lugar de la calidad de las mismas. La tercera pone énfasis en la ausencia de pruebas concluyentes capaces de realizar una diferenciación cualitativa entre subtipos. Por último, la cuarta hace referencia a la ausencia de un subtipo intermedio que identifique los sujetos que tienen temor a distintas situaciones interpersonales, pero no a la mayoría de las mismas. La solución de estos problemas era el objetivo del Grupo de Trabajo del DSM-IV, abordando la fiabilidad y validez de otros sistemas de subclasificación. En esta línea, Schneier *et al.* (1998) encontraron que la ansiedad resultante de la actuación sin miedo significativo a ninguna situación interpersonal se manifestaba en el 6% de una muestra de 229 pacientes, el miedo a una o dos situaciones se presentaba en el 24% y el miedo a tres o más situaciones sociales se daba en el 70% de los casos. No obstante, no se han observado diferencias significativas relativas a los porcentajes del subtipo generalizado, concebido unas veces como temor a “la mayoría de situaciones” y otras como miedo a “tres o más situaciones de interacción social”.

Diferentes estudios (Heimberg *et al.*, 1990; Holt *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1992) de los últimos años han pretendido investigar las diferencias entre los dos subtipos de la fobia social, verificando que los sujetos con fobia social generalizada puntúan más alto en un amplio campo de la ansiedad social y otras medidas de autoinforme que las personas aquejadas del subtipo específico. Además, los primeros experimentan alta interferencia en la vida y un mayor nivel de severidad clínica general que los segundos (Heimberg *et al.*, 1990; Holt *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1992). Parece ser que la posible diferenciación del subtipo generalizado de fobia social concretado en el DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR de otros tipos de fobia social es una cuestión de grado, es decir, las diferencias son cuantitativas.

No obstante, el estudio de Heimberg *et al.* (1990) señala posibles diferencias de tipo cualitativo entre las personas con fobia social no generalizada que sufrían miedo a hablar en público, manifestando una reactividad cardiaca notablemente más baja que los individuos con fobia social generalizada ante una actividad que supone un reto comportamental individualizado. Este resultado no coincide con el encontrado por Levin *et al.* (1993), quienes informan que los fóbicos con miedo a hablar en público experimentaban unos niveles de ritmo cardiaco mucho más elevados que los individuos con fobia social generalizada y los sujetos control normales ante la situación de tener que hablar en público. Dicha situación es la más temida para las personas del subtipo no generalizado, pero no para los del generalizado. Además, es llamativo que las personas con fobia social generalizada y los sujetos control normales no presentan diferencias entre sí relativas al ritmo cardiaco. Un resultado diferente a este último es el de Turner *et al.* (1992), quienes demuestran que no existen diferencias entre los sujetos con fobia social generalizada y los que sufren fobia social no generalizada en cuanto al ritmo cardiaco manifestado como respuesta a una prueba de conducta estandarizada, aunque realmente los pacientes del subtipo generalizado presentan un ritmo cardiaco ligeramente más alto que los del subtipo no generalizados ante la misma. Como conclusión, los datos relativos a la distinción cualitativa entre la fobia social generalizada y la fobia social específica son contradictorios, careciendo de claridad la diferenciación entre estas dos formas.

Una última cuestión es el hecho de que el trastorno de personalidad por evitación se considera el correlato del eje II más aceptado de la fobia social (Turner *et al.*, 1991). Este trastorno presenta asociaciones más frecuentes con la fobia social generalizada que con la fobia social no generalizada (Schneier *et al.*, 1991). Sin embargo, no se han verificado diferencias cualitativas entre personas con fobia social con y sin dicho trastorno de personalidad por evitación. A pesar de que el resultado que se ha encontrado ha sido el hecho de que los sujetos con fobia social y personalidad evitadora consiguen puntuaciones más altas en la mayor parte de las escalas referentes a la ansiedad social, la gravedad total y la psicopatología general que aquellas personas con fobia social sin dicho trastorno (Herbert, Hope y Bellack, 1992; Holt *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1992). A continuación se analizan algunos puntos claves que pueden dar pie a una diferenciación cualitativa futura de los subtipos de la fobia social.

## 6.2. Distinción cuantitativa versus propuesta cualitativa

Las preguntas actuales se dirigen hacia una distinción más sólida de los dos subtipos de la fobia social. Concretamente, ¿están estos subtipos mejor conceptualizados como variantes del mismo trastorno o constituyen distintas taxonomías con características fenotípicas similares? (Hofmann, 2000). Se piensa que el subtipo generalizado constituye una forma más incapacitante de la fobia social (*American Psychiatric Association*, 1994, 2000), ya que se caracteriza por tener un patrón disperso de miedos sociales, mientras que la forma específica es mucho menos incapacitante al ser más limitada, siendo posible que se presente el temor a una única situación social (Schneier *et al.*, 1992). Esta segunda forma no está reconocido como un subtipo en el DSM-IV y el DSM-IV-TR pero se ha referido a ella en la literatura investigadora y clínica (Beidel y Turner, 1998; Heimberg *et al.*, 1993), denominada a veces como “fobia social circunscrita” (McNeil, 2001). Se ha propuesto un subtipo llamado *Taijin Kyofusho* diferente al no generalizado y caracterizado por el miedo de ofenderse por otras personas (Kleinknecht, Dintel, Kleinknecht, Hiruma y Harada, 1997), siendo difundido en culturas orientales, tales como la japonesa.

Por su parte, tanto el DSM-IV como el DSM-IV-TR no ha ofrecido unas directrices firmes que faciliten el diagnóstico de la fobia social generalizada, es decir, no ha limitado el número exacto de las situaciones sociales que dan lugar a la misma. Además, si se guía únicamente por el criterio cuantitativo, la gran mayoría de los individuos obtendría el diagnóstico de fobia social no generalizada, ya que es más frecuente que tengan un sólo miedo o dos a tener cinco o más (Baños *et al.*, 2003). Algunas investigaciones (Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 2000; Hofmann, 2000; McNeil, 2001) interpretan que la distinción entre los dos subtipos es cuantitativa y que no está diferenciada por categorías, sino que existe un continuo de severidad. La forma generalizada junto al trastorno de personalidad por evitación representan el polo más grave, la generalizada sin dicho trastorno es una forma menos grave que la anterior, la específica por si sola representa la forma menos severa y los individuos no ansiosos se sitúan en el polo opuesto del continuo. Por ejemplo, Hofmann (2000) usa este continuo para proponer que el subtipo generalizado junto al trastorno de personalidad por evitación constituyen la forma más complicada del trastorno de ansiedad social a tratar, mientras que la fobia social específica es la más simple. Esta manera de entender la relación entre la fobia social generalizada y específica alude a la distinción cuantitativa.

En contraste con la diferenciación cuantitativa, la cualitativa propone que, aunque, los dos subtipos (generalizado y específico) comparten algunas similitudes fenotípicas, éstos

constituyen trastornos diferentes (Boone *et al.*, 1999; McNeil, 2001). No obstante, la distinción cualitativa quizás puede aludir a una diferencia cuantitativa, indicando que el número de situaciones sociales temidas no es la base de la diferenciación de los subtipos. La posición que toman Hook y Valentiner (2002) señala que la distinción entre la fobia social generalizada y la específica es cualitativa a cambio de la estrictamente cuantitativa. Estos autores definen los dos subtipos (generalizado y específico) en términos de la difusión de los miedos sociales, estando la fobia social específica asociada a un número de miedos más limitado. Según Hook y Valentiner (2002), la fobia social generalizada es entendida como el miedo a situaciones que requieren la interacción con los otros, mientras que la específica es concebida como el miedo a una situación concreta de rendimiento. Además, las diferencias en el curso de los dos subtipos pueden ofrecer un apoyo adicional a la distinción cualitativa si las diferencias no fueron congruentes con la cuantitativa. Así, la distinción cualitativa señala que los dos subtipos de fobia social (generalizada y específica) mantienen diferencias relativas a sus causas y al pronóstico. Las observaciones sobre la evidencia de diferentes causas muestra la necesidad de un tratamiento adecuado, constituyendo un soporte a la distinción cualitativa (Hook y Valentiner, 2002).

La distinción entre la ansiedad de interacción y de rendimiento contribuye a la diferenciación entre la fobia social generalizada y específica (Leary, 1983b). Parece ser que el tipo generalizado está más estrechamente asociado con las situaciones de interacción, mientras que el específico lo hace con las situaciones de rendimiento (Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995). A su vez, los miedos relacionados con la interacción y el rendimiento se distinguen (Mattick y Clarke, 1998) y mantienen correlatos consistentes con los de la fobia social generalizada y específica, respectivamente (Hooke, Valentiner y Kim, 2000). Por ejemplo, los correlatos de la ansiedad ante la interacción están más estrechamente asociados a medidas de la personalidad evitadora, timidez y miedos en las situaciones sociales generales, mientras que la ansiedad ante el rendimiento correlaciona más con miedos en situaciones sociales circunscritas.

Por otro lado, en cuanto a la severidad del deterioro, la forma generalizada se considera más incapacitante que la específica. En esta línea, se ha demostrado que los individuos con fobia social generalizada informan de más evitación social (Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992), miedos exagerados a la evaluación negativa (Holt *et al.*, 1992), grandes déficit en las habilidades sociales (Tran y Chambless, 1995) y más ansiedad social total (Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994) que los individuos con

fobia social específica. Esto permite concluir que la primera se asocia siempre con niveles más altos de deterioro funcional que la segunda. Además, comparando con las personas de la forma específica, las de la forma generalizada están menos interesadas por casarse (Mannuzza *et al.*, 1995), acostumbrados a tener más problemas en el trabajo, con la familia, con los amigos y en las actividades diarias provocadoras de ansiedad social, y exhiben con más frecuencia comportamientos suicidas (Schneier *et al.*, 1994). Estos hallazgos son consistentes con ambas distinciones (cuantitativa y cualitativa) de los dos subtipos de la fobia social.

### **6.3. Conclusiones: necesidad de realización de futuros estudios sobre la ansiedad social**

La existencia de subtipos de ansiedad y fobia social fue cuestionada. Parece ser que los estudios realizados sobre la distinción entre la fobia social generalizada y la fobia social específica son escasos en la población adulta. Como ejemplo, se menciona el estudio epidemiológico de Wittchen (1998), quien informa que la forma generalizada tiene menor prevalencia que la no generalizada y presenta mayor comorbilidad y un mayor grado de deterioro. Esto indica la necesidad de realización de estudios epidemiológicos sobre la fobia social con el objetivo de avanzar más en el conocimiento asociado a la diferenciación entre los dos tipos de fobia social en cuanto a ciertas variables, tales como la tasa de prevalencia, factores sociodemográficos o de comorbilidad.

Por su parte, en la población de niños y adolescentes existen menos estudios relativos a la diferenciación de las dos formas (específica y generalizada) de la fobia social. Además, la mayoría de ellos están realizados en muestras anglosajonas, salvo algunos que han tenido lugar en poblaciones de habla española, tales como los de Olivares (2004a), García-López (2000), Ramos (2004) y Ruiz (2003). En la presente investigación se da una respuesta a esta cuestión, ya que uno de los objetivos va a ser distinguir la ansiedad social específica y generalizada, en jóvenes escolarizados, respecto a determinadas variables sociodemográficas, competencias psicosociales y una multitud de índices clínicos. Por su parte, las futuras investigaciones deberían responder a las preguntas planteadas con respecto a las diferencias y similitudes entre los diferentes subtipos de la fobia social propuestos (especialmente, los denominados generalizado y no generalizado) en esta población. En esta línea, se da una limitación en los estudios que pretenden diferenciar los dos subtipos, resultante del uso de definiciones distintas para los mismos, lo que dificulta la comparación entre diferentes

trabajos. De hecho, surge la necesidad de realizar una revisión de las definiciones de la fobia social y de sus subtipos con la finalidad de operacionalizarlas.

Por otra parte, una gran parte de los datos obtenidos en los estudios epidemiológicos son contradictorios. Como ejemplo, se menciona el estudio *Early Development Stages of Psychopathology Study (EDSP)* realizado en Alemania, el cual obtiene una cifra de 7,3%, siendo ésta similar a la hallada en el trabajo de Sofres en Francia (Wittchen, 1998). Este estudio coincide con los resultados encontrados anteriormente relativos a la edad de inicio (antes de los 20 años), al sexo (mayor prevalencia de mujeres (9,5%) que de hombres (4,9%)) y a otras variables sociodemográficas (bajo nivel socioeconómico, bajo rendimiento escolar y laboral, etc.). Esto confirma la tendencia a diferenciar la fobia social generalizada de la no generalizada y marca el destino de las líneas de investigación posteriores al respecto.

Actualmente, tal como indica el *International Consensus Group* todavía no se sabe si existen únicamente diferencias de tipo cuantitativo (referentes a gravedad) o también cualitativo entre los dos subtipos de la fobia social. Tampoco se sabe si la forma no generalizada es propensa a volverse más grave y acercarse a la generalizada, y si la intervención temprana es capaz de prevenir el avance de la misma (Ballenger *et al.*, 1998). Hoy por hoy, la distinción más común entre los dos subtipos de la fobia social es cuantitativa, ya que los datos empíricos concluyentes relativos a la distinción cualitativa entre ambas son escasos, tales como los del estudio de Turner *et al.* (1992), donde la clasificación entre los dos subtipos de ansiedad social se hace en base al contenido de los ítems o de las situaciones de actuación e interacción social. A pesar de la posible diferenciación cualitativa futura entre las dos categorías de fobia social, se señala que las pruebas de evaluación disponibles en estos momentos llevan a realizar una interpretación prudente de tipo cuantitativo y no cualitativo entre ellas (Heimberg *et al.*, 1990; Holt *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1992).

Uno de los temas que hemos intentado solventar en el presente trabajo y que tiene que preocuparse de ello los futuros esfuerzo en el terreno de la fobia social es el referente a la operacionalización de la misma y de otros conceptos que se solapan con ella, tales como la timidez. Por ejemplo, diferentes estudios han pretendido hacer una aproximación al significado de ambos conceptos (timidez y fobia social) para determinar las dificultades de relación social referentes a cada uno de ellos (Greco y Morris, 2001; Monjas y Caballo, 2002; Rubin y Asendorpf, 1993). Asimismo, Olivares *et al.* (2002) proponen que las investigaciones futuras centradas específicamente en la población infanto-juvenil deberían hacer uso de estudios longitudinales con el objetivo de observar el curso de la operacionalización rigurosa,

tanto de la timidez como de la fobia social. En el presente estudio se ofrece una respuesta a esta cuestión, aportando una revisión sobre las diferencias entre la timidez y la ansiedad social en cuanto a conceptualización y a los factores asociados a cada una de ellas. En esta línea, la timidez se ha concebido como el miedo a la evaluación negativa en situaciones de interacción social y la evitación o el retraimiento ante situaciones que incluyen a gente conocida, poco conocida o desconocida (Buss, 1980; Pilkonis, 1977b; Zimbardo, 1977), relacionándose este concepto con otros términos como el retraimiento social (Rubin y Stewart, 1996).

En cuanto al tratamiento, existen pocos estudios que pretenden descubrir importantes diferencias entre los dos subtipos de la fobia social, relativas a la respuesta a varias intervenciones (revisado en Heimberg *et al.*, 1993), siendo necesaria la realización de estudios en el futuro capaces de comprobar la supuesta reacción diferencial de los sujetos de cada subtipo a tratamientos específicos. También, los estudios del futuro intentarán solventar determinadas cuestiones diagnósticas, abordando la relación que mantiene la fobia social con variables de la personalidad y con la ansiedad social causada por situaciones de azoramiento (por ejemplo, el tartamudeo), así como la utilidad clínica de los dos tipos de la fobia social (Heimberg *et al.*, 2000). Por último, Olivares *et al.* (2002) defienden que a pesar de la existencia de distintos tratamientos eficaces para la timidez y la fobia social, se considera necesaria la réplica de los mismos por parte de grupos de investigación, tales como Chambless *et al.* (1998). Así, es preciso llevar a cabo un análisis de los componentes de los tratamientos para determinar los elementos significativos en la terapia y las características específicas de los sujetos (por ejemplo, edad, sexo y tipo de problema) que pueden tener una influencia importante en los mismos. Sin duda, la traducción y la adaptación de los diferentes programas de intervención eficaces en determinadas culturas a la población española podría ser un aporte de gran valor, especialmente cuando se aprovechan sus ventajas y contribuciones, mediante su réplica, para mejorar el problema (Olivares *et al.*, 2002).

En resumen, la incertidumbre creada en torno a la definición, prevalencia, etiología, psicopatología y el tratamiento de la fobia social marcará las próximas líneas de investigación en el terreno de la misma.

## ***CAPÍTULO II***

### ***COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA FOBIA SOCIAL***

## CAPÍTULO II

# COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA FOBIA SOCIAL

### 1. Introducción

La comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos constituye uno de los temas de mayor interés para la investigación. De hecho, el gran índice de comorbilidad mostrado por los individuos con fobia social dificulta su estudio. En esta línea, algunos estudios epidemiológicos (Magee *et al.*, 1996; Schneier *et al.*, 1992) informaron de un porcentaje comprendido entre el 19 y el 29% de los casos en el que la fobia social se presenta de forma aislada. Esto quiere decir que existe un 70 - 80% de pacientes que, además de la ansiedad social, presenta al menos otro trastorno psicopatológico diagnosticado (Lecrubier, 1998). La comorbilidad con otros trastornos agrava la sintomatología, provocando niveles elevados de deterioro e interferencia, y dando lugar a una tasa alta de suicidio entre los pacientes con trastorno de ansiedad social comórbido frente al puro (Ballenger *et al.*, 1998; Davidson *et al.*, 1993; Lépine y Lellouch, 1995). Como resultado de la alta comorbilidad, aparece un alto porcentaje de pacientes aquejados de fobia social que buscan tratamiento (Kessler *et al.*, 1998; Magee *et al.*, 1996; Schneier *et al.*, 1992).

Los trastornos más frecuentes en cuanto a comorbilidad con la fobia social son otros trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias. Un gran número de estudios señala que, entre los trastornos más comórbidos con la fobia social se menciona la depresión mayor (Bisserbé, Weiller, Boyer, Lépine y Lecrubier, 1996; Degonda y Angst, 1993; Faravelli *et al.*, 2000; Pini *et al.*, 1997; Schneier *et al.*, 1992; Wittchen y Beloch, 1996), otros trastornos de ansiedad (Angst, 1993; Faravelli *et al.*, 2000; Magee *et al.*, 1996) y el abuso del consumo de sustancias tóxicas, tanto legales como ilegales (Degonda y Angst, 1993;

Lecrubier y Weiller, 1997; Lépine y Lellouch, 1995). Concretamente, en el estudio de Magee *et al.* (1996) se ha encontrado que los trastornos comórbidos más frecuentes eran los trastornos de ansiedad, los afectivos y los referentes al abuso de sustancias tóxicas con porcentajes de 56,9%, 41,4% y 39,6% respectivamente.

Otros trastornos comórbidos que pueden asociarse a la fobia social son el trastorno de personalidad por evitación (Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Jansen, Arntz, Merckelbach y Mersch, 1994; Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002; Schneier *et al.*, 1991; Tillfors, Furmark, Ekselius y Fredrikson, 2001; Turner *et al.*, 1992) y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Ramos *et al.*, 2002). También se relata un mayor riesgo de sufrir esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme en los individuos aquejados de fobia social (Davidson *et al.*, 1993); este último resultado se había comprobado anteriormente sólo en el trabajo de Roth (1991). La fobia social suele ir acompañada de otros problemas, tales como los déficit en habilidades sociales, la falta de asertividad y la baja autoestima que suele ir asociada a sentimientos de inferioridad (Baños, Botella, Guillén y Benedito, 2003). En general, la sintomatología relativa al trastorno de ansiedad social precede a la del trastorno comórbido, lo que hace pensar que la misma desencadena el inicio de la comorbilidad (Magee *et al.*, 1996; Roth, 1991; Schneier *et al.*, 1992; Weiller *et al.*, 1996). En esta línea, se ha observado que el trastorno de fobia social aparece antes del trastorno no comórbido cuando se trata de trastornos afectivos (95%), ansiedad generalizada (90%), agorafobia (80%), trastorno de angustia (80%) y alcoholismo (65%) (Angst, 1993). Por último, la revisión mantenida por Olivares *et al.* (2003), en las poblaciones infantil, adolescente y adulta, incluye los datos relativos a la comorbilidad de la ansiedad social en relación con otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, abuso del consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas legales e ilegales y los trastornos de la conducta alimenticia.

Por otra parte, la tarea de realizar un diagnóstico clínico fiable y válido requiere la distinción clara entre el trastorno de ansiedad social y otros trastornos psicopatológicos con los que puede ser confundido, dependiendo de determinadas características de cada uno. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone en el CIE-10 establecer el diagnóstico diferencial con la agorafobia y la depresión (Organización Mundial de la Salud, 1992). Existe suficiente evidencia de que la fobia social puede ser diferenciada de otros trastornos de ansiedad (Gelernter *et al.*, 1992; Mannuzza, Fyer, Liebowitz y Klein, 1990; Turner y Beidel, 1989). A continuación se exponen las aportaciones más importantes relativas

a la comorbilidad y al diagnóstico diferencial de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos.

## **2. Comorbilidad de la fobia social con otros trastornos de la conducta y la personalidad y problemas asociados**

### **2.1. Trastornos de ansiedad**

La agorafobia y la fobia específica son dos trastornos que se asocian con más frecuencia con la fobia social que otros trastornos de ansiedad. Además, la agorafobia suele formar una asociación con la fobia social más fuerte que la que establece el trastorno de pánico (crisis de angustia) con agorafobia (Angst, 1993; López y Pelissolo, 1996). Esto hace destacar la posibilidad de la existencia de una interrelación entre las diferentes fobias. Se trataría de un continuo etiológico para las fobias, en el que se localiza la agorafobia y la fobia simple en los dos extremos, mientras que la fobia social se sitúa en una posición intermedia (Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1992). La agorafobia tiene una edad de inicio más tardía, una comorbilidad más elevada y una mayor transmisión hereditaria, mientras que la fobia simple presenta una edad de inicio más temprana y una menor comorbilidad y transmisión hereditaria.

Por su parte, el trastorno obsesivo-compulsivo es el que con menor frecuencia se asocia con la fobia social dentro de los trastornos de ansiedad. Se ha encontrado que un 56,9% (véase la Tabla 2) de los 1,077 pacientes diagnosticados de fobia social padecían al menos otro trastorno de ansiedad, excluyendo el trastorno obsesivo-compulsivo (Magee *et al.*, 1996). Además, los dos trastornos que más se asocian con la fobia social son la agorafobia y la fobia simple (véase la Tabla 2), pero también se dan asociaciones significativas entre la misma y otros trastornos de ansiedad. Los resultados del estudio anterior se han repetido en los estudios de Schneier *et al.* (1992) y Davidson *et al.* (1993), ya que la comorbilidad más elevada resultó con la agorafobia y la fobia simple. Por último, Gokalp, Tukul, Solmaz, Demir y Kiziltan (2001) encuentran que un 51,7% de los individuos con fobia social fue diagnosticado con otro trastorno comórbido del eje I, de los cuales un 12,6% presentaba el trastorno de pánico y un 10,3% agorafobia.

La Tabla 2 muestra un resumen de la comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos.

**Tabla 2.** Comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos. Tomado de Bobes, González, Sáiz y Bousoño (1999).

<i>Trastorno</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>OR* (IC 95%)</i>
Otros trastornos de ansiedad	56,9 %	5,80 (4,89-6,88)
Fobia simple	37,6 %	7,75 (6,35-9,48)
Agorafobia	23,3 %	7,06 (5,65-8,83)
Pánico	20,7 %	4,67 (3,73-5,85)
Ansiedad generalizada	13,3 %	3,77 (2,83-5,03)
Trastornos afectivos	41,4 %	3,74 (3,14-4,45)
Depresión mayor	37,2 %	3,65 (2,98-4,46)
Distimia	14,6 %	3,15 (2,37-4,19)
Abuso de sustancias	39,6 %	2,01 (1,69-2,38)
Alcohol	23,9 %	2,17 (1,78-2,64)
Drogas	14,8 %	2,56 (1,93-3,40)

IC=Intervalo de confianza; OR\*=*Odds ratio*: la probabilidad de que los casos incluidos en el grupo de fobia social estén expuestos a otros trastornos psicopatológicos, comparada con la probabilidad de que los estén los controles.

## 2.2. Depresión

Dentro de los trastornos afectivos, la depresión mayor es considerada como el trastorno que mayor comorbilidad mantiene con la ansiedad social. Por ejemplo, se ha demostrado que un 41,1% de las personas con fobia social tuvo una historia de al menos un trastorno afectivo (Magee *et al.*, 1996) (véase la Tabla 2). Asimismo, un porcentaje similar (45,2%) del estudio de Lépine y Pelissolo (1996) informó haber experimentado como mínimo un episodio de depresión mayor durante su vida. En general, la fobia social se presenta antes que la depresión mayor (Schneier *et al.*, 1992; Wittchen *et al.*, 1999) en un 70,8% de los casos, aunque en el mismo año y más tarde, la misma aparece en un 15,3% y 13,9%, respectivamente. En esta línea, los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente un 25-31% de los adolescentes y adultos con trastorno de ansiedad social tienen un trastorno depresivo comórbido (Essau *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 1999). No obstante, los porcentajes de los estudios clínicos son mayores, mostrando un rango desde 51 a 71% (Albano, Chorpita y Barlow, 1996; Chavira y Stein, 2002; Last *et al.*, 1992).

Por otro lado, diferentes áreas del funcionamiento personal del paciente con fobia social, se ven mermadas, especialmente en lo que respecta a las relaciones interpersonales. Así, se ha encontrado que más de la tercera parte de una muestra de individuos diagnosticados de ansiedad social señala que su problema repercute negativamente en al

menos una de sus áreas de funcionamiento, especialmente la referente a la interacción social (Stein *et al.*, 2000). Por ejemplo, la depresión comórbida de los individuos aquejados de ansiedad social estaba asociada con incrementos en la interpretación negativa de los eventos sociales (Wilson y Rapee, 2005). Es muy frecuente que los pacientes con fobia social tengan problemas para encontrar pareja, siendo entre ellos el porcentaje de casados significativamente menor que en el caso de otros trastornos de ansiedad (Sanderson, Di Nardo, Rapee y Barlow, 1990; Schneier *et al.*, 1992; Solyom *et al.*, 1986). Estas interferencias racionales llevarían a pensar que muchos individuos aquejados de ansiedad social cumplen criterios diagnósticos relativos a trastornos del estado de ánimo, tales como la depresión mayor o la distimia (Lépine, Wittchen y Essau, 1993; Perugi y Savino, 1990; Stein y Gelernter, 1990). Así, Sanderson *et al.* (1990) informan que un 21% de la muestra de su estudio reúnen los criterios de distimia. Por otra parte, el trastorno del estado de ánimo es más frecuente en el caso de la fobia social generalizada, estando ésta asociada con una mayor gravedad de la sintomatología del mismo y un deterioro mayor, un nivel económico más bajo y una edad de inicio más temprana (Erwin, Heimberg, Juster y Mindlin, 2002). Estos autores encuentran que los individuos con trastornos de ánimo comórbidos informan de una mayor duración de la ansiedad social que los del trastorno de ansiedad social sin comorbilidad. Por consiguiente, el deterioro experimentado es más severo en los primeros que en los segundos.

### 2.3 Consumo de sustancias

La tercera edición del Manual de Clasificación de los Trastornos Psicopatológicos (DSM-III) ya había señalado que los pacientes con fobia social suelen hacer uso del alcohol y los ansiolíticos con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad que sufren cuando se encuentran en las situaciones sociales temidas. En general, el alcohol se consume por los aquejados de ansiedad social para hacer frente al malestar que experimentan en situaciones de interacción social. Dentro del subtipo específico de la fobia social (especialmente los que tienen miedo a hablar en público), las personas afectadas usan el alcohol como un medio para reducir su miedo en situaciones de interacción social (Lépine y Pelissolo, 1996). Se ha observado que un 46% de la muestra del estudio de Turner *et al.* (1986) consumía alcohol y ansiolíticos, mientras que la mitad de la misma informaba haber bebido alcohol antes de estar en situaciones sociales con la finalidad de combatir la ansiedad anticipatoria.

Los problemas asociados al consumo del alcohol están presentes en un 23,6% de las personas con fobia social frente a un 8,6% de la población control (Weiller *et al.*, 1996). Así,

un 19% de la muestra de pacientes con fobia social del trabajo de Schneier *et al.* (1992) reunía los criterios para efectuar un diagnóstico adicional de abuso del alcohol. No obstante, se ha encontrado que la cifra de individuos aquejados de fobia social que cumplen los criterios de abuso del alcohol dentro de la práctica clínica oscila entre el 2% (Herbert *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1991; Turner *et al.*, 1992) y el 16% (Schneier *et al.*, 1989). Sin embargo, muchos centros clínicos están dedicados de una manera exclusiva al tratamiento de los trastornos de ansiedad sin tener en cuenta los problemas graves relativos al consumo del alcohol (Rapee, 1995).

Por otro lado, se ha visto que muchos pacientes que reciben un tratamiento de desintoxicación alcohólica reúnen los criterios del trastorno de ansiedad social (Kushner, Sher y Beitman, 1990). De hecho, la fobia social puede preceder al consumo de alcohol que tiene lugar como una forma de automedicación para hacer frente a la ansiedad experimentada (Kushner *et al.*, 1990). Se ha demostrado que el consumo de alcohol por parte de los individuos con fobia social tiene lugar en mayor porcentaje que en personas con otros trastornos de ansiedad (Amies *et al.*, 1983; Kushner *et al.*, 1990; Norton *et al.*, 1996). Además, la presencia adicional de fobia social incrementa el riesgo de sufrir abuso de alcohol en pacientes con otros trastornos, como por ejemplo el trastorno de pánico (Otto, Pollack, Sachs, O'Neil y Rosenbaum, 1992). No obstante, el estudio de Ham y Hope (2003) encuentra pocas evidencias o aspectos sutiles significativos de abuso de sustancias a favor de los individuos con trastorno de ansiedad social frente a las personas con trastorno de pánico o los del grupo control.

Baumeister (1991) defiende que la existencia de una alta tasa de consumo de alcohol entre las personas con fobia social puede deberse al hecho de que el mismo provoca un estrechamiento mental o miopía alcohólica (Steele y Josephs, 1990). Este hecho ayuda a la persona a focalizar su atención en los demás en vez de en si misma, reduciendo sus niveles de ansiedad. Por su parte, Lecrubier (1998) encuentra que los pacientes con fobia social con una edad de inicio anterior a los 15 años suelen mostrar tasas de comorbilidad con el abuso de alcohol superiores a las que señalan una edad de inicio posterior. Además, distintos estudios (Lydiard *et al.*, 1992; Smail, Stockwell, Canter y Hodgson, 1984; Schneier *et al.*, 1992; Stravynski, Lemontagne y Levalle, 1986; Weiller *et al.*, 1996; Wittchen *et al.*, 1999) informan que la fobia social precede al abuso en el consumo de alcohol en un porcentaje comprendido entre el 25 y el 94% de los casos.

En cuanto al uso de otras sustancias, existen menos datos al respecto. Por ejemplo, se ha observado que el 52% de los individuos con fobia social se medicaba con ansiolíticos de

manera habitual, mientras que un 13,3% los consumía intencionalmente momentos antes de encontrarse en situaciones interpersonales (Turner *et al.*, 1986). En otro estudio, un 17% de los aquejados de fobia social utilizaba ansiolíticos, otro 17% beta-bloqueantes y un 17% tomaban antidepresivos con prescripción médica (Sanderson, Rapee y Barlow, 1987). Por su parte, los sujetos con fobia social del estudio de Sanderson *et al.* (1990) informaron haber tomado medicación ansiolítica diariamente, mientras que los del trabajo de Magee *et al.* (1996) presentaron al menos una dependencia o abuso de alguna sustancia (véase la Tabla 2).

En la población universitaria se ha identificado que los tímidos, a diferencia de los sujetos que no presentan este problema, tenían más posibilidades de consumir cocaína, marihuana y alucinógenos (Page, 1990). Así, el estudio de Essau *et al.* (1999) revela que la fobia social resultó altamente comórbida con los trastornos del abuso de sustancias. Del mismo modo, se ha confirmado que la fobia social constituía un factor de riesgo para el inicio temprano en el consumo de sustancias tóxicas en sujetos de edad comprendida entre los 16 y 64 años (DeWitt *et al.*, 1999); estos autores concluyen que el número de situaciones sociales temidas forma una variable mediadora entre los eventos vividos durante la infancia, los estresores familiares y el abuso y la dependencia del consumo de sustancias tóxicas durante la adolescencia. Asimismo, se ha visto que, en una muestra de adolescentes y jóvenes adultos con fobia social (con edades comprendidas entre los 14 y los 24 años), un 35,7% eran fumadores regulares y un 18,7% presentaba dependencia de nicotina según los criterios del DSM-IV (Sonntag, Wittchen, Köfler, Kessler y Stein, 2000). Otros estudios (Breslau, 1995; Nelson y Wittchen, 1998; Sonntag *et al.*, 2000; Wittchen *et al.*, 1999) han revelado que los pacientes con fobia social, a diferencia que aquellos sin la misma, muestran mayor probabilidad de reunir los criterios del DSM-III-R y DSM-IV relativos a la dependencia de nicotina.

#### **2.4. Déficit en las habilidades sociales**

Es lógico pensar que los individuos con fobia social sufren un deterioro en las habilidades sociales. A pesar del interés por comprobar la premisa anterior, los resultados obtenidos no han sido concluyentes, e incluso a menudo contradictorios; es decir, no se ha podido comprobar si el déficit en las habilidades sociales en los individuos con fobia social se debe a la falta de éstas o a una inhibición de la puesta en marcha de las mismas (Rapee, 1995). Distintos autores (Arkowitz, Liechtenstein, McGovern y Hines, 1975; Bellack y Hersen, 1979; Curran, 1977; Twentyman y McFall, 1975) observaron que los pacientes con fobia social se

muestran como menos hábiles socialmente. No obstante, las diferencias específicas en las habilidades sociales encontradas han sido escasas (Leary y Kowalski, 1995).

En un estudio reciente se ha encontrado una asociación significativa entre algunos trastornos de ansiedad del DSM-III-R y algunos diagnósticos de comportamiento antisocial (Sareen, Stein, Cox y Hassard, 2004). Concretamente, el subtipo complicado de la fobia social (por ejemplo, miedos sociales múltiples) y el trastorno de estrés postraumático producen los porcentajes más elevados. En esta línea, se ha verificado que las personas aquejadas de fobia social, a diferencia de los individuos que no poseen este trastorno, se muestran menos habladores en las interacciones sociales, evitan la mirada a los demás, emiten sonrisas y asienten frecuentemente, intentan no interrumpir a los demás y presentan más señales indicadoras de que escuchan activamente a sus interlocutores (Arkowitz *et al.*, 1975; Borkovec, Stone, O'Brien y Kaloupek, 1974; Cheek y Buss, 1981; Natale, Entin y Jaffe, 1979). Pero, la baja frecuencia de participación social no es un indicador de un deterioro en las habilidades sociales, y tampoco un nivel bajo de contacto ocular es considerado como inadecuado. De hecho, existe la posibilidad de que los individuos con ansiedad social se muestren hábiles como oyentes, mientras que los que no padecen este trastorno se presentan como mejor hablantes (Leary y Kowalski, 1995). Los observadores consideran que las personas que se manifiestan como nerviosas o ansiosas carecen de habilidades sociales.

A menudo, las personas con fobia social poseen las habilidades sociales necesarias, aunque éstas pueden estar inhibidas por la ansiedad experimentada por los mismos en situaciones interpersonales (Rapee y Hilton, 1993). Del mismo modo, se ha demostrado que tanto los individuos tímidos como los no tímidos son conscientes de si un comportamiento social es considerado como apropiado o no (Hill, 1989). No obstante, las personas tímidas se ofrecen como menos dispuestas a ejecutar dichos comportamientos, estando menos convencidas de poseer la habilidad para alcanzar este fin. La creencia mantenida por los individuos con ansiedad social relativa a la falta de recursos y habilidades interpersonales, necesarias para la interacción social con el objetivo de provocar una impresión favorable en los demás, puede hacer que se convenzan de que son incapaces de producir dicha impresión. También pueden pensar que los demás harán una evaluación negativa de ellos al no poder poner en marcha determinadas habilidades dentro de ciertos contextos sociales (Leary y Kowalski, 1995).

A modo de conclusión, la percepción de uno mismo como socialmente inhábil se considera como un factor central. Teniendo en cuenta esto no se puede afirmar la inexistencia

de un deterioro en las habilidades sociales en la fobia social, aunque éstas no constituyen un correlato necesario (Baños *et al.*, 2003). Dichas habilidades pueden estar bien presentes pero inhibidas por la ansiedad o porque el individuo piensa que es incapaz de ponerlas de manifiesto o bien la propia historia de evitación y retraimiento social ha impedido que se aprendan.

## **2.5. Baja autoestima**

Es muy frecuente detectar entre las personas con fobia social niveles bajos de autoestima, aunque la asociación entre ambos problemas no se da necesariamente en todos los casos. Por ejemplo, los resultados del estudio de Baños y Guillén (2000) indican que, a pesar de la posible asociación entre fobia social y problemas de autoestima, no es adecuado establecerla como un criterio diagnóstico presente. Es verdad que en muchas ocasiones los pacientes con fobia social experimentan sentimientos de inferioridad, pero estos a menudo aluden exclusivamente al ámbito de la competencia social sin implicar otras áreas, tales como el rendimiento académico o cotidiano, el funcionamiento dentro de la familia o la evaluación global en el dominio de la valía personal. La relación entre la baja autoestima y la fobia social es posible una vez que el individuo se valore como incapaz de mostrar la imagen social deseada y aceptar que va a ser percibido y evaluado negativamente por los demás (Leary y Kowalski, 1995). Podría ser que las estimaciones negativas acerca de uno mismo, sean estas reales o imaginarias, provocarían altos niveles de ansiedad social, desencadenando en el sujeto una amplia gama de pensamientos y autoafirmaciones negativos, momentos antes o durante el transcurso de las situaciones de interacción social. Por otra parte, en algunos casos la fobia social puede estar asociada a un estado de ánimo deprimido que, a su vez se relaciona con la baja autoestima, siendo la relación entre esta última y la ansiedad social indirecta.

## **2.6. Ansiedad de ejecución**

La relación existente entre la ansiedad y la ejecución en diferentes tareas está muy estudiada. En esta línea, Eysenck (1979) ya había informado que el rendimiento de las personas puede ser perturbado por el alto nivel de ansiedad experimentado por las mismas, especialmente en tareas complejas. Así, la interferencia es mayor cuando se trata de tareas cognitivas que motoras. Eysenck propone que las personas normales e incluso las aquejadas de fobia social, en las cuales resulta mermada su ejecución por la ansiedad, es posible que manifiesten niveles elevados de motivación como compensación para llevar a cabo

determinadas tareas. Sin embargo, Morris, Davis y Hutchings (1981) defienden que la perturbación no es el resultado de la ansiedad en sí, sino ésta se debe a la preocupación ansiosa experimentada por la persona. Asimismo, se ha propuesto que determinados procesos tales como la focalización de la atención en uno mismo y las preocupaciones resultantes de la valoración de la propia persona pueden llevar a este deterioro en la ejecución (Baños *et al.*, 2003).

Siguiendo en esta misma línea, la ansiedad ante los exámenes (especialmente los orales) puede estar relacionada con la fobia social. De hecho, se ha observado que el miedo a los exámenes y al fracaso suelen poner de manifiesto un factor de miedo social (Lovibond y Rapee, 1993). Así, se ha encontrado una tasa de ansiedad ante los exámenes del 19% entre los individuos con ansiedad social en un estudio de Beidel (citado en Heimberg *et al.*, 1995). Además, tanto los sujetos con miedo ante los exámenes como las personas con fobia social mostraron niveles altos de ansiedad relativos a la evaluación social. Asimismo, se ha observado que los niños de edad comprendida entre los 8 y 12 años que obtienen puntuaciones elevadas en medidas de ansiedad a los exámenes reciben el diagnóstico de ansiedad social (Beidel y Turner, 1988).

A modo de conclusión, se puede afirmar que la ansiedad ante los exámenes puede ser valorada como una fobia social discreta, una vez que cumpla los otros criterios diagnósticos del DSM-IV.

### **3. Comorbilidad y asociación psicopatológica de la fobia social generalizada versus específica**

Existe bastante evidencia para suponer que la presencia de un trastorno de ansiedad incrementa la probabilidad de aparición de otro (Barlow *et al.*, 1985; Boyd *et al.*, 1984; Sanderson *et al.*, 1987). De hecho, es posible que la fobia social se encuentre asociada a otros trastornos de ansiedad. Por ejemplo, se ha observado que el 42% de los individuos que reúnen los criterios de un diagnóstico primario de fobia social recibe un diagnóstico secundario de trastorno de pánico con agorafobia, fobia simple, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada (Sanderson *et al.*, 1987). Así, más de dos tercios de los individuos con fobia social han tenido al menos otro trastorno mental en algún momento de su vida. Asimismo, se ha encontrado que un 59% de los individuos con fobia social tuvo un trastorno de personalidad y otro 47% fue diagnosticado con el trastorno de personalidad por evitación (Marteinsdottir, Furmark, Tillfors, Fredrikson y Ekselius, 2001).

Aún, en su forma no complicada (sin comorbilidad con otros trastornos), la fobia social va asociada a niveles elevados de ideación suicida, dependencia económica y búsqueda de ayuda (Schneier *et al.*, 1992).

La elevada prevalencia de la fobia social en la población da lugar a que muchas personas que padecen este trastorno informen de una interferencia considerable en determinados aspectos trascendentes de su vida. Diferentes estudios epidemiológicos han subrayado varios aspectos del pobre funcionamiento asociado con la fobia social (por ejemplo, el funcionamiento escolar) (Davidson *et al.*, 1993). Asimismo, los resultados del estudio de Stein *et al.* (2000) indican que la ansiedad social y la evitación tienen un impacto negativo significativo en el funcionamiento en un sector amplio de la población. La fobia social tiene un comienzo temprano y frecuentemente se complica por trastornos comórbidos como la depresión y el abuso de sustancias (Ballenger *et al.*, 1998; Moutier y Stein, 1999). Además, los individuos con fobia social suelen mantener un nivel alto de dependencia a las drogas y medicación oral prescrita (Patel, Knapp, Henderson y Baldwin, 2002). Kessler *et al.* (1994) encuentran que los trastornos comórbidos más comunes fueron la depresión mayor, dependencia alcohólica, fobia social y fobia simple. Dentro de la fobia social, el 50% de los pacientes del subtipo generalizado informa de una edad de inicio anterior a los 12 años, frente al 19% de los del subtipo específico (Wittchen *et al.*, 1999). Este resultado permite entender el porque de la alta comorbilidad con otros trastornos y la mayor intensidad de las respuestas de ansiedad social presentadas en los adolescentes con fobia social generalizada. En esta línea, Giaconia *et al.* (1994) encuentran que los adolescentes con fobia social antes de los 14 años tenían un riesgo significativamente más alto de padecer un trastorno comórbido.

Los adultos con fobia social generalizada, a diferencia de los de la específica, muestran una elevada comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y de la personalidad (Heimberg *et al.*, 1990; Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Kessler *et al.*, 1998). Sin embargo, se dispone de pocos datos para los adolescentes, siendo éstos contradictorios. Por ejemplo, Wittchen *et al.* (1999) observaron que adolescentes alemanes con fobia social generalizada presentaron mayor tasa de comorbilidad. Al contrario, no se han encontrado diferencias en la tasa de comorbilidad entre los sujetos con fobia social generalizada y los de la específica en población norteamericana en el estudio de Hofmann *et al.* (1999). Además, las situaciones que más temen los adultos son las que requieren presentar una charla formal o hablar en público (Mannuzza *et al.*, 1995; Pollard y Henderson, 1988; Stein, Walker y Forde, 1994). En cambio, un 52% de los adolescentes informa que la situación social que más miedo les genera es la que

tiene que ver con la interacción con los demás. Así, las diferencias entre los dos subtipos de la fobia social en función de las variables de personalidad señalan que las personas con fobia social generalizada, en comparación con los de la específica, experimentan niveles elevados de neuroticismo e introversión, y recuerdan mayor número de historias de timidez en la infancia (Mannuzza *et al.*, 1995; Stemberger *et al.*, 1995).

A diferencia de la fobia social específica, la generalizada suele ir acompañada de una gran asociación patológica. Particularmente, los niveles de comorbilidad son mayores en el subtipo generalizado de la fobia social que en el específico (Holt *et al.*, 1992; Mannuzza *et al.*, 1995; Turner *et al.*, 1992), especialmente en lo que se refiere a otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Normalmente, la fobia social generalizada es más discapacitante que la específica, tiene menos posibilidad de recuperación espontánea y muestra un alto riesgo de comorbilidad y deterioro (Stein y Chavira, 1998). Estos autores señalan que los individuos con fobia social generalizada informan de un número superior de trastornos del estado del ánimo comórbidos a diferencia de los sujetos con miedo a hablar en público. Del mismo modo, se ha revelado una fuerte asociación entre el subtipo generalizado de la fobia social y la depresión mayor, sin que se presente esta asociación entre dicho subtipo y el miedo a hablar en público (Stein y Kean, 2000), coincidiendo este resultado con el encontrado por Kessler *et al.* (1998). Así, se ha encontrado que los dos trastornos más prevalentes en los sujetos con fobia social generalizada son la depresión (36%) y el alcoholismo (13%) (Mannuzza *et al.*, 1995). Además, la alta comorbilidad entre la fobia social generalizada y el trastorno de depresión mayor ha guiado a especular sobre un subtipo de fobia social del mismo (Joiner, 2000). Dentro de los trastornos de personalidad, la fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación mantienen una alta comorbilidad (Holt *et al.*, 1992). Se ha propuesto que la persona que recibe el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación sufre una severa fobia social generalizada (Stein, 1997). Dado el solapamiento entre varios criterios diagnósticos del subtipo generalizado de la fobia social y del trastorno de personalidad por evitación, los altos grados de diagnóstico dual no son sorprendentes (Reich, 2001). Generalmente, en la literatura sobre los subtipos de la fobia social se encuentra que el subtipo generalizado de la misma con el trastorno de personalidad por evitación constituyen una forma más severa que la ansiedad social generalizada por sí sola (Boone *et al.*, 1999).

En comparación con los individuos con fobia social específica, aquellos con forma generalizada obtienen puntuaciones altas en índices continuos de patología, incluyendo baja autoestima, depresión, neuroticismo y ansiedad rasgo, historia de timidez en la infancia y falta

de habilidades sociales (Herbert *et al.*, 1992; Hofmann y Roth, 1996; Holt *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1992). Así, en un estudio reciente, se ha demostrado que el subtipo generalizado de la ansiedad social mantenía alta comorbilidad con la depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y fobias específicas, mientras baja comorbilidad se presentó para el subtipo no generalizado de la misma (Chavira, Stein, Bailey y Stein, 2004); además, el análisis de regresión que realizan estos autores indica que la ansiedad social generalizada fue el único trastorno de ansiedad que se asociaba con posibles incrementos de la depresión mayor. Asimismo, Mennin, Heimberg y Jack (2000) observan que los pacientes de la forma generalizada de la fobia social obtienen medidas de alta severidad en la ansiedad social y la evitación, ansiedad general, síntomas cognitivos de la ansiedad, estado de ánimo depresivo, deterioro funcional y psicopatología general. Igualmente, se ha encontrado que la ansiedad ante la interacción estaba asociada con índices continuos del trastorno de personalidad por evitación, baja autoestima, ansiedad rasgo y timidez, aun después del control de la ansiedad de ejecución (Hook *et al.*, 2000). En contraste, la relación entre dichas variables y la ansiedad de ejecución parece estar fuertemente mediatizada por la ansiedad ante la interacción (Hook *et al.*, 2000). Estos hallazgos mantienen consistencia con la distinción cualitativa entre la fobia social generalizada y la específica, resultando complicada su conciliación con la cuantitativa. Es posible que las dos formas de ansiedad social ocurran en la misma persona, de manera que la forma generalizada puede formar un factor de riesgo para el desarrollo de la no generalizada o al revés. Esta distinción cualitativa entre el subtipo generalizado y el específico de la fobia social plantea nuevas preguntas para la investigación futura (Hook y Valentiner, 2002).

#### **4. Consecuencias de la comorbilidad**

Dentro de la categoría de “pacientes con fobia social” se da una gran variabilidad, dependiendo de la manera en la que éstos resultan afectados por el problema, puesto que la fobia social interfiere en sus vidas, causándoles desadaptación y sufrimiento. Por ejemplo, el miedo a hablar en público es una variante de la fobia social, donde el problema para la mayoría de los sujetos que lo sufren aparece en momentos concretos de su vida. Al contrario, en otros casos se produce un deterioro que repercute negativamente en la vida social y académica, que se va incrementando conforme aumenta el número y el tipo de las situaciones sociales temidas. Además, cuando la fobia social implica a varias situaciones sociales, el 90% de las personas afectadas experimenta problemas asociadas al desempeño de la actividad laboral. Dicho porcentaje disminuye en un 30% en aquellos individuos que manifiestan miedo

a una única situación social, como por ejemplo hablar en público o escribir en público (Olivares *et al.*, 2004).

Las consecuencias de la comorbilidad sobre los pacientes aquejados de fobia social han sido contrastadas en distintos estudios epidemiológicos. En muchas ocasiones, el diagnóstico y el tratamiento de cualquier trastorno psicopatológico se ven dificultados por la presencia de comorbilidad. Generalmente, la ausencia de comorbilidad hace que los individuos con fobia social no busquen un tratamiento para su problema. La presencia de otros trastornos psicopatológicos en personas con fobia social aumenta la severidad de las respuestas de ansiedad y el deterioro académico y laboral, repercutiendo negativamente en la respuesta al tratamiento psicológico (Roca y Baca, 1998). De hecho, la mayoría de las investigaciones realizadas al respecto revela que la causa por la cual los pacientes acuden a consulta para solicitar un tratamiento es la presencia de estos trastornos comórbidos y no la existencia misma de la fobia social (Schneier *et al.*, 1992). Por ejemplo, se ha observado que un 28,9% de los pacientes con fobia social con comorbilidad acude a terapia para buscar una ayuda profesional, frente a un 5,4% de pacientes de trastorno con ansiedad social puro (Schneier *et al.*, 1992). Del mismo modo, los pacientes de ansiedad social con comorbilidad han tenido más asistencia médica, especialmente los que presentaron crisis de angustia (Magee *et al.*, 1996). En el trabajo de Van Velzen, Emmelkamp y Scholing (2003) se analizaron los trastornos de personalidad comórbidos de una muestra de pacientes con fobia social como predictores de la calidad de la relación terapéutica, encontrando que los rasgos paranoide y obsesivo-compulsivo mantenían correlaciones negativas con la percepción del paciente. Asimismo, los rasgos paranoides presentaban una correlación negativa con la percepción del terapeuta sobre la relación terapéutica. Por su parte, la hostilidad explicaba el 21% de la varianza en la calidad de la relación terapéutica, según la percibía el terapeuta.

Por su parte, Kessler, Stang, Wittchen, Stein y Walters (1999) defienden que antes de la aparición del trastorno comórbido, la persona con fobia social suele sufrir su trastorno de ansiedad un tiempo estimado en 10 años de duración. Como consecuencia, se hace necesaria la intervención precoz con el objetivo de aliviar la sintomatología ansiosa de su enfermedad y, a su vez, la reducción de la posibilidad del surgimiento de un trastorno comórbido. Por otra parte, se ha detectado un 0,9% de pacientes de ansiedad que tienen un incremento en el riesgo de suicidio y en experimentar algún trastorno comórbido frente a un 15,7% entre los pacientes con comorbilidad (Lépine y Pelissolo, 1996). Igualmente, en el trabajo de Weiller *et al.* (1996) se informan de datos similares y aunque, encontraron tasa de intentos de suicidio

parecida entre los sujetos controles y los individuos con fobia social, dicha tasa alcanza un valor significativamente mayor cuando se trataba de pacientes que padecen, además de la fobia social, el trastorno de depresión mayor.

Por otro lado, la probabilidad de interferencia es significativamente mayor en personas con fobia social según los criterios del DSM-IV que otras con umbrales bajos de miedos sociales (Stein *et al.*, 2000). De manera que un 37,7% de los pacientes con fobia social informa de una interferencia considerable en al menos uno de los dominios funcionales (por ejemplo, el educativo, el funcional, el ocupacional y otros), frente a un 13,2% de las personas con diferentes miedos sociales. Stein *et al.* (2000) encuentran que sólo un 26,8% de los individuos con fobia social cumple los criterios diagnósticos del DSM-IV referentes al subtipo generalizado, donde el deterioro de los mismos es mayor en casi todos los índices examinados que el mostrado por las personas del subtipo no generalizado. Además, se han observado correlaciones significativas entre el número de miedos sociales y el grado de interferencia atribuido por las personas con miedos sociales en distintos ámbitos, tales como el educativo, ocupacional, personal y otros. Así, las personas con ansiedad social experimentan un deterioro significativo en el ámbito social, educativo y vocacional (Schneier *et al.*, 1994), y niveles bajos de calidad de vida (Safren *et al.*, 1997). Asimismo, se ha verificado que el diagnóstico de fobia social predice un resultado funcional pobre (McShane, Walter y Rey, 2004). Por su parte, Marteinsdottir *et al.* (2001) informan de niveles significativamente mayores de propensión a la ansiedad, irritabilidad, imparcialidad y agresión indirecta entre los pacientes de fobia social que el grupo control; además, los primeros puntuaban más bajo que los segundos en la Escala de Socialización y Deseabilidad Social. También la fobia social acarrea determinadas consecuencias, tales como el bajo nivel socioeconómico y un nivel bajo de empleo e ingresos (Patel *et al.*, 2002). Por último, la dimensión denominada “ansiedad social ante la interacción” estaba negativamente asociada con varios índices del funcionamiento hedónico (Kashdan, 2002); esto llevaría a que los miedos de interacción social y los comportamientos de evitación interfieran en el inicio de los encuentros sociales positivos y el desarrollo de relaciones que sirvan como una fuente de intimidad, soporte social y otros resultados de refuerzo. Además, la ansiedad social ante la interacción estaba asociada con niveles bajos de bienestar afectivo subjetivo, vitalidad, optimismo, esperanza y recompensa sensitiva (Kashdan, 2002). Así, la ansiedad social ante la interacción estaba negativamente relacionada con las experiencias subjetivas positivas y con la curiosidad

después de eliminar la varianza atribuida a varios síntomas depresivos y ansiosos (Kashdan, 2004).

## 5. Comorbilidad de la fobia social en niños y adolescentes

La mayoría de los datos que se aportan sobre la comorbilidad en la infancia y adolescencia hace referencia a los trastornos de ansiedad en general, sin especificar cada uno de ellos. Diferentes estudios mostraron que los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia ocurrían junto a otros trastornos psiquiátricos, incluyendo los trastornos depresivos, los trastornos de conducta, oposicionistas/desafiantes y atencionales con déficit de hiperactividad, y el abuso o dependencia de alcohol (Benjamín, Costello y Warren, 1990; Bird, Gould y Staghezza, 1993; Cohen *et al.*, 1993; Essau, Conradt y Petermann 2000; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn y Sack, 1997; Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1991). En general, la comorbilidad de los trastornos de ansiedad en la adolescencia con otros trastornos psiquiátricos es alta (Essau, 2003); aproximadamente, la mitad (51%) de los adolescentes tenía otros trastornos psiquiátricos. Además, el patrón comórbido más común fue el de los trastornos de ansiedad con depresión, donde el 72% de los adolescentes tuvo ansiedad antes de la depresión (Essau, 2003); así, los adolescentes con trastornos comórbidos mostraban un mayor estrés que los que se quejaban de trastornos de ansiedad no comórbidos. Durante la infancia, la fobia social mantiene una mayor comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, siendo significativa la consideración de ciertas cuestiones diagnósticas, evolutivas, etiopatogénicas y terapéuticas de la sintomatología de la ansiedad. La comorbilidad puede tomar dos formas (Ballesteros *et al.*, 1996). Una primera, transversal, donde tienen lugar determinados trastornos concurrentes o asociados de corta duración; y otra segunda, longitudinal, apareciendo en ella dichos trastornos en periodos de tiempo mucho más largos. En esta última forma puede haber una implicación de factores de riesgo evolutivos compartidos con el trastorno primario o bien un riesgo de padecer otros secundarios. Además, la ansiedad social es uno de los pocos trastornos que van asociados tanto a trastornos del eje I como del eje II, incidiendo negativamente en la sintomatología y en el tratamiento. Se ha demostrado la eficacia de la modalidad de tratamiento cognitivo-conductual multicomponente, tanto en las medidas generales de ansiedad social como en las que examinan específicamente las respuestas cognitivas y motoras, para población adolescente con fobia social generalizada que presentan comorbilidad con trastornos del eje I y II (Olivares y García-López, 2001). La asociación entre dos o tres trastornos agrava más la

sintomatología, incrementando el deterioro académico y laboral y repercutiendo negativamente en la evolución clínica y en la respuesta al tratamiento. La fobia social actúa como un trastorno primario frente a dichos trastornos asociados, lo que hace necesaria la intervención precoz (Ballesteros *et al.*, 1996).

La mayoría de los estudios clínicos sobre comorbilidad en niños y adolescentes, con edades comprendidas entre los 5 y 18 años, ha sido llevada a cabo por Last y colaboradores (Last *et al.*, 1991; Last *et al.*, 1992). En esta línea, se ha verificado una asociación comórbida entre la fobia social y una mayor tasa de trastornos de ansiedad (por ejemplo, el trastorno de ansiedad excesiva equivalente al trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, por evitación y depresivos en el DSM-IV) (Francis, Last y Strauss, 1992). En este último estudio, se ha detectado una relación frecuente entre la fobia social y el trastorno por evitación, radicando la única diferencia entre ambos en la edad de aparición que suele ser más temprana en el segundo. La sintomatología estable presentada por el trastorno por evitación puede constituir un indicador de un trastorno de la personalidad por evitación que lleva al surgimiento posterior de la fobia social. Además, Francis *et al.* (1992) informan que la totalidad de la muestra de niños con fobia social que acudieron a consulta manifestó como mínimo otro trastorno de ansiedad, resultando el trastorno de ansiedad excesiva como el más frecuente (83%), mientras que las fobias simples se presentaron en la mitad de dicha muestra. Por su parte, Last *et al.* (1992) obtienen resultados similares relativos a la comorbilidad con el trastorno de ansiedad excesiva, hablando de un solapamiento de síntomas entre la fobia social y el mismo en lugar de una comorbilidad. Esto hace pensar que la sintomatología manifestada por el trastorno de ansiedad excesiva alude a un rasgo de personalidad más que a un estado, contribuyendo al surgimiento de la fobia social.

En relación a la población general, las cifras de comorbilidad de la fobia social con el trastorno de ansiedad excesiva fueron menores, apareciendo en sólo el 10% de los sujetos. También se ha comprobado que la mitad de una muestra de niños y adolescentes con fobia social presentó un trastorno depresivo mayor, considerándose éste como un trastorno primario que contiene criterios de sintomatología predominante (Last *et al.*, 1992). Por otro lado, la fobia social se ha relacionado con un tipo concreto de fobia escolar, siendo ésta significativa en la práctica clínica por su relevancia psicopatológica (Last *et al.*, 1990). Ambos tipos de fobias comparten rasgos de la personalidad por evitación, aunque en la fobia escolar, a diferencia de la fobia social, existe una implicación de procesos de ansiedad de separación de determinadas personas del vínculo afectivo. No obstante, existe una diferencia evolutiva,

ya que la fobia social evoluciona hasta el trastorno por ansiedad social, mientras que la ansiedad de separación puede establecer una asociación futura con el trastorno de angustia.

A diferencia de los resultados encontrados en los estudios realizados en población clínica, en Alemania se ha puesto de relieve que el trastorno de ansiedad que se asocia con más frecuencia con la fobia social, en las personas de edad comprendida entre los 12 y los 17 años de edad, es la agorafobia (23,5%), seguido por el trastorno obsesivo-compulsivo (11,8%) y la fobia específica (5,9%) (Essau *et al.*, 1999) (véase la Tabla 3). La Tabla 3 recoge un resumen de las tasas de comorbilidad de la fobia social con otros trastornos.

**Tabla 3.** Comorbilidad de la fobia social con otros trastornos. Adaptado de Olivares *et al.* (2004a).

<i>Autores</i>	<i>TEA</i> %	<i>TAG</i> %	<i>AG-TA</i> %	<i>TA+AG</i> %	<i>TOC</i> %	<i>FE</i> %	<i>TEPT</i> %	<i>EDM</i> %	<i>TD</i> %	<i>A/DST</i> %
McGee <i>et al.</i> (1990)	5,9	-	-	-	-	3,6	-	-	-	-
Francis <i>et al.</i> (1992)	83,0	-	-	-	-	-	-	33,0	-	-
Strauss y Last (1993)	-	-	-	-	-	-	-	10,0	-	-
Essau <i>et al.</i> (1999)	-	-	23,5	-	11,8	5,9	-	23,5	5,1	23,5
Beidel, Turner y Morris (2000)	-	-	-	-	-	-	-	8,0	-	-
García-López (2000)	-	27,0*	-	14,0*	9,0*	75,0*	10,0*	30,0*	20,0*	10,0*
Ruiz (2003)	-	27,0*	-	14,0*	9,0*	75,0*	10,0*	30,0*	20,0*	10,0*
Ramos (2004)	-	27,0*	-	14,0*	9,0*	75,0*	10,0*	30,0*	20,0*	10,0*

TEA: Trastorno de ansiedad excesiva (actualmente englobado en el TAG); TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; AG-TA: Agorafobia sin historia de trastorno de angustia; TA+AG: Trastorno de angustia con agorafobia; TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo; FE: Fobia específica; TEPT: Trastorno de estrés postraumático; EDM: Episodio depresivo mayor; TD: Trastorno distímico; A/DST: Abuso / dependencia de sustancia tóxicas.

\* Datos promedio de los estudios realizados en cada una de las tesis doctorales, en adolescentes del sureste español con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años.

No obstante, no se ha presentado comorbilidad con otros trastornos, tales como el de ansiedad generalizada o el de estrés postraumático. Los estudios llevados a cabo en España (García-López, 2000; Ramos, 2004; Ruiz, 2003), en una población adolescentes de edad

comprendida entre los 14 y los 17 años de edad, presentan un promedio de unas tasas de comorbilidad entre la fobia social y la fobia específica del 75%, con el trastorno de ansiedad generalizada del 27%, con el trastorno de angustia / pánico con agorafobia del 14%, con el trastorno obsesivo- compulsivo del 9% y con el trastorno de estrés postraumático del 7% (véase la Tabla 3).

La fobia social precede a diferentes trastornos psicopatológicos comórbidos, pudiendo estar éstos causados por su ocurrencia. Por ejemplo, los cuadros depresivos se asocian frecuentemente a la fobia social, existiendo la posibilidad de que éstasea la causa de los mismos (Perrin y Last, 1993). En esta línea, se ha estimado que las personas con fobia social tienen una probabilidad entre dos y tres veces mayor de padecer depresión mayor o un trastorno distímico (Kessler *et al.*, 1999). Por su parte, Strauss y Last (1993) encuentran un porcentaje de 10% de los pacientes con fobia social que cumplían los criterios diagnósticos de la depresión mayor (véase la Tabla 3). Dicho porcentaje era similar al encontrado en Estados Unidos por Beidel *et al.* (2000); estos últimos autores indican que un 8% de los individuos diagnosticados de fobia social también sufrían depresión mayor (véase la Tabla 3), superando ligeramente al 7,2% encontrado por Stein *et al.* (2001). Sin embargo, las tasas que se han obtenido en el trabajo de Essau *et al.* (1999) eran significativamente más altas, siendo éstas 23,5% y 5,1% para el episodio depresivo mayor y el trastorno distímico, respectivamente (véase la Tabla 3). En España, se han informado de tasas del 30% para el episodio depresivo mayor y del 20% para el trastorno distímico (García-López, 2000; Ramos, 2004; Ruiz, 2003) (véase la Tabla 3).

Del mismo modo, los trastornos relacionados con el consumo del alcohol a menudo tienen lugar con posterioridad a la fobia social (Clark, 1993). En esta línea, una gran parte de los adolescentes aquejados de ansiedad social refiere que su consumo de alcohol empezó más tarde. Se trataría de una respuesta a la ansiedad experimentada con el objetivo de combatirla y favorecer comportamientos prosociales resultantes de la desinhibición de la conducta. Concretamente, un 70% de los individuos con fobia social informa que su consumo de alcohol suele ir precedido por sus miedos sociales (Stravynski *et al.*, 1986). Además, el abuso de alcohol puede ir asociado al consumo de otras sustancias, apareciendo este hecho frecuentemente en la clínica psiquiátrica. Así, se ha obtenido un porcentaje de 23,50%, en población comunitaria adolescente, con una historia de abuso o dependencia del consumo de alcohol y de otras sustancias tóxicas legales e ilegales (Essau *et al.*, 1999) (véase la Tabla 3), aunque esta proporción fue significativamente más baja en los estudios llevados a cabo en

España (García-López, 2000; Ramos, 2004; Ruiz, 2003), alcanzando ésta un 10% (véase la Tabla 3). Por otro lado, se ha encontrado que un 22% de los adolescentes hospitalizados por abuso y dependencia de alcohol también reunían los criterios diagnósticos referentes a la fobia social (Clark *et al.*, 1995). Anteriormente, se ha informado que la mayoría de los adolescentes con fobia social que consumían alcohol solía experimentar también una historia de absentismo escolar y problemas de conducta (Clark, 1993).

En definitiva, parece que la ansiedad social puede desencadenar tanto trastornos depresivos como otros de consumo y abuso de sustancias (para aliviar su sintomatología y fomentar conductas adecuadas de interacción social). Muchas veces, los síntomas relativos a los cuadros depresivos y al consumo de sustancias son tan llamativos que hacen que se enmascare el trastorno primario inicial (la ansiedad social) (Ballesteros y Conde, 1999). Así, la falta de asistencia a clase y otros problemas de conducta asociados tienen una frecuencia elevada en los adolescentes con fobia social consumidores de alcohol (Clark, 1993). Asimismo, se relatan determinados problemas de conducta y novillos que han formado parte de la historia personal de los adultos con fobias, donde el inicio del trastorno fue precoz (Davidson *et al.*, 1993); estos autores señalan que el comienzo de la fobia social con anterioridad a los 10 u 11 años constituye un motivo de un mal pronóstico. Por su parte, Prescott, Neale, Corey y Kendler (1997), haciendo uso de una muestra de mujeres gemelas dependientes del alcohol, detectaron que la fobia social era el predictor de riesgo más importante, entre otros.

Con respecto a los trastornos alimentarios, hasta la fecha existen pocos estudios que los relacionen con la fobia social con los mismos. No obstante, se ha observado en la práctica clínica que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria muestran mayor probabilidad de padecer fobia social (Lecrubier *et al.*, 2000); además, la fobia social puede preceder a los trastornos alimentarios (Wittchen *et al.*, 1999). Se han estudiado los antecedentes de los trastornos de ansiedad en la infancia de mujeres aquejadas de anorexia y bulimia nerviosas, presentándose estos trastornos en el 90% de las primeras y en el 94% de las segundas (Bulik, Sullivan, Fear y Joyce, 1997). Estos autores encuentran que la bulimia nerviosa mantenía una asociación significativa con la ansiedad social, apareciendo la primera con posterioridad a la segunda, mientras que la asociación entre la anorexia nerviosa y la fobia social era menos frecuente. Godart, Flamment, Lecrubier y Jeammet (2001) han informado que un 50% de una muestra de 63 pacientes con diagnóstico de trastornos de la alimentación reunía los criterios para el trastorno de ansiedad social. En esta línea, se ha demostrado que la

ansiedad social del grupo de pacientes con bulimia nerviosa estaba asociada a niveles altos de psicopatología bulímica (Hinrichsen, Wright, Waller y Meyer, 2003); en contraste, la ansiedad social de las pacientes con anorexia nerviosa estaba ligada a altos niveles de disociación. Por su parte, el estudio de McClintock y Evans (2001) tenía el objetivo de relacionar variables cognitivas en mujeres con fobia social y trastornos de la conducta alimentaria, demostrando que la evaluación negativa ejerce un efecto directo e indirecto en las conductas alimentarias, en la fobia social y en la aceptación del propio cuerpo.

Otro trastorno que se ha relacionado con la ansiedad social es el dismórfico corporal que tiene un inicio con una frecuencia elevada durante la adolescencia, especialmente en mujeres (Veale, Boocok y Gournay, 1996). De hecho, existe la posibilidad de que los dos trastornos anteriores compartan factores de tipo etiológico, apareciendo la asociación entre ambos en el 11% en una muestra de 54 pacientes (Brawman-Mintzer *et al.*, 1995).

## **6. Diagnóstico diferencial de la fobia social**

La tarea de diferenciar entre los conceptos de fobia social, ansiedad social y timidez es complicada, ya que los tres términos implican un componente de miedo ante la interacción en las situaciones sociales y la evaluación negativa. La fobia social mantiene un aspecto diferencial al caracterizarse por un curso más crónico y por provocar un deterioro grave debido al comportamiento evitativo. Las personas tímidas, a diferencia de los individuos con fobia social, suelen sentirse incómodas en las situaciones de interacción social, aunque la interferencia que experimentan en el ámbito social, académico y laboral no es tan grave, tal como ocurre en la fobia social (Echeburúa, 1993). A continuación se exponen los aspectos diferenciales de la fobia social con otros trastornos mentales que se pueden confundir con la misma. En primer lugar, se mostrarán las diferencias que presenta la fobia social con otras categorías diagnósticas del eje I del DSM-IV; en segundo lugar, se reflejará la problemática relativa a la distinción entre la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación; y, en tercer lugar, se abordarán las similitudes y diferencias encontradas entre la fobia social y la timidez.

### **6.1. Diagnóstico diferencial con el trastorno de pánico con agorafobia**

La dificultad de realizar un diagnóstico diferencial entre la fobia social y el trastorno de pánico con agorafobia se ha indicado en el DSM-IV. Los individuos aquejados de agorafobia, al igual que las personas con fobia social, experimentan miedo ante las situaciones

sociales, dando lugar a su evitación. La aparición de crisis de angustia es súbita e inesperada, pudiendo llevar a conductas de evitación social por miedo a ser observados por los demás en el momento de la crisis. Los individuos con agorafobia temen sufrir un ataque de pánico o perder el control en situaciones sociales donde no pueden escapar, mientras que los individuos con ansiedad social suelen experimentar miedo al ser objeto de observación y valoración por los demás en situaciones de interacción social; es decir, el diagnóstico de fobia social es fiable cuando el miedo y la evitación de situaciones sociales se dan en ausencia de crisis de pánico inesperadas y recidivantes. No obstante, a veces pueden darse ataques de pánico asociados a situaciones sociales o de ejecución. Por ello, el simple hecho de ser visto en plena crisis no debería ser motivo para dejar de establecer un diagnóstico de fobia social (Baños *et al.*, 2003), a pesar de que el CIE-10 recomienda elegir el diagnóstico de agorafobia cuando la diferenciación de la misma con la fobia social resulta complicada.

Los aspectos más importantes que posibilitan la distinción entre la fobia social y la agorafobia han sido mencionados por Heckelman y Schneier (1995). Primero, hay que determinar el motivo por el cual el individuo teme las situaciones de interacción social; es decir, habría que concretar si el miedo proviene de la posibilidad de ser violentado o ridiculizado por los demás en una situación social o de la puesta en marcha de un ataque de pánico inesperado en una situación no social. Segundo, habría que aludir a las diferencias demográficas que caracterizan a cada uno de los dos diagnósticos; en esta línea, se ha encontrado que los individuos con fobia social, en comparación con los individuos con agorafobia, suelen ser varones, más jóvenes, estar solteros y tener un estatus social más alto (Amies *et al.*, 1983; Mannuzza *et al.*, 1990). Tercero, tanto la fobia social como la agorafobia mantienen diferencias relativas a los distintos síntomas de ansiedad que frecuentemente incluyen; así, mientras los pacientes con fobia social suelen experimentar síntomas de rubor y contracción muscular, aunque no se muestran continuamente preocupados por las probables consecuencias negativas de los mismos, las personas con agorafobia, además de los síntomas de desrealización y despersonalización, experimentan una elevada tasa de dificultades respiratorias, molestias en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza, visión borrosa, zumbido en los oídos y entumecimiento u hormigueo en las manos y los pies; a estos síntomas se añade el miedo frecuente a morir o perder el control en el transcurso de los ataques de pánico. Cuarto, existen diferencias relativas al tipo de ataques de ansiedad que suelen padecer; los pacientes con agorafobia suelen sufrir ataques de pánico inesperados y nocturnos, mientras que los ataques experimentados por las personas aquejadas de fobia social suelen ir

ligados a pensamientos asociados a situaciones bien de interacción social o bien de ejecución. Por último, también hay diferencias relativas a las estrategias empleadas por los pacientes de ambos trastornos con el objetivo de evitar las situaciones provocadoras de ansiedad; por ejemplo, las personas con agorafobia prefieren estar acompañadas por otros para hacer frente a las situaciones temidas, mientras que los aquejados de fobia social no suelen experimentar ataques de pánico cuando se encuentran solos, a pesar de la posibilidad de padecer una ansiedad anticipatoria intensa. En esta línea, se ha verificado que el patrón de evitación en la fobia social, en comparación con la agorafobia, es más generalizado, caracterizándose por un nivel elevado de sensibilidad interpersonal y gran severidad, y asociado a un alto porcentaje de comorbilidad con trastornos del eje I (Perugi, Nassini, Socci y Lenzi, 1999).

Por otro lado, Hope y Heimberg (1993) proponen tres cuestiones que pueden facilitar el establecimiento de un diagnóstico diferencial entre ambas categorías. En primer lugar, determinar si el paciente tiene temor a los síntomas de ansiedad o no; de hecho, es frecuente que los pacientes con agorafobia mantengan preocupaciones por los síntomas de ansiedad aún estando solos, mientras que los que padecen fobia social suelen estar preocupados por la observación de sus síntomas y la correspondiente evaluación negativa por otras personas. En segundo lugar, comprobar si se producen ataques de pánico en situaciones no sociales; mientras que los ataques de pánico de los pacientes con fobia social suelen ocurrir en situaciones sociales, los relativos a los aquejados de agorafobia son indeterminados, ya que pueden tener lugar en una amplia gama de situaciones. Por último, decidir si el inicio del trastorno es más típico del trastorno de pánico y de la fobia social; en general, mientras el recuerdo de los pacientes con agorafobia del primer episodio de pánico es muy claro, independientemente del tiempo transcurrido de su ocurrencia, el recuerdo de los individuos con fobia social del comienzo de su problema suele ser difuso, informando muchas veces haber experimentado la ansiedad social durante muchos años de su vida o desde la época de enseñanza secundaria. Los resultados del estudio de Tukel, Kiziltan, Demir y Demir (2000) señalan que los pacientes con fobia social presentan una edad de inicio más temprana y tienen un nivel de educación más alto que las personas aquejadas de agorafobia; además, los primeros difieren de los segundos en algunos aspectos psicopatológicos, incluyendo la somatización y la sensibilidad interpersonal; de hecho, los individuos con fobia social podrían experimentar más discapacidad que los pacientes con agorafobia.

## 6.2. Diagnóstico diferencial con otros trastornos de ansiedad

Con respecto al trastorno de ansiedad generalizada, éste puede confundirse con la fobia social cuando el paciente, además de preocuparse por asuntos vitales no sociales, mantiene preocupaciones asociadas a las situaciones sociales. No obstante, las diferencias existentes entre ambos trastornos hacen referencia a los síntomas de ansiedad experimentados. Así, el rubor, la sudoración y la disnea son característicos de la fobia social, mientras que el miedo a morir, el insomnio y los dolores de cabeza son más frecuentes en la ansiedad generalizada. Sin duda, la presencia de un temor al ridículo y la humillación en las situaciones sociales constituye un aspecto significativo para diferenciar entre ambas categorías diagnósticas (Heckelman y Schneier, 1995).

Por su parte, la fobia específica se distingue de la fobia social por el hecho de que, en ésta última se da un mayor nivel de malestar general de tipo emocional, laboral y social en la vida de la persona que la padece (Turner y Beidel, 1989). En esta línea, Marks (1970) propone la existencia de un continuo de gravedad, situando a la fobia social en un punto intermedio entre la fobia específica y otros trastornos de ansiedad.

En cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, las diferencias que mantiene éste con la fobia social no han sido abordadas por el DSM-IV. Aunque, la experiencia clínica de algunos autores como Hope y Heimberg (1993) les incitó a postular que la ansiedad social grave asociada a determinadas obsesiones de los pacientes que acuden a consulta es un motivo para realizar un diagnóstico referente al trastorno obsesivo-compulsivo.

Por último, es necesaria la distinción entre la fobia social y el trastorno de ansiedad por separación, en el que los pacientes no suelen ser incomodarse en las situaciones sociales en las que están presentes las figuras de apego. La ansiedad de los pacientes con fobia social, a diferencia de la de los pacientes con ansiedad por separación, tiene lugar en cualquier situación social, independientemente de la ausencia de las figuras de apego. A su vez, los acontecimientos sociales transcurridos fuera del entorno familiar a menudo provocan ansiedad en los niños, aunque esto no sería un motivo para establecer un diagnóstico de fobia social si la ansiedad no aparece cuando no están presentes otros niños de la misma edad y si la misma tiene una duración menor a seis meses (Baños *et al.*, 2003).

## 6.3. Diagnóstico diferencial con la depresión y otros trastornos del eje I

La elevada comorbilidad entre la fobia social y la depresión se ha reflejado anteriormente. No obstante, conviene llevar a cabo un diagnóstico diferencial para detectar la

presencia de un trastorno u otro por separado, o los dos conjuntamente. La evitación es un elemento común a los dos trastornos, pero la diferencia radica en que, mientras en la fobia social la misma está ligada al temor a ser evaluado por los demás, en la depresión la evitación social es considerada como síntoma secundario a la anhedonia o falta de energía y de interés, constituyendo estos últimos síntomas características del cuadro depresivo. Otra diferencia es el hecho de que los individuos con fobia social, en comparación con las personas deprimidas, creen que la compañía de otras personas les puede satisfacer si no se muestran preocupados por el juicio o la evaluación que éstas realizan de ellos. Por otra parte, algunos pacientes que reciben el diagnóstico de depresión pueden experimentar un temor a la posibilidad de ser juzgados o violentados en situaciones de interacción social, teniendo lugar este miedo únicamente en el transcurso del cuadro depresivo. No obstante, es imprescindible establecer un diagnóstico de ambos problemas una vez que la fobia social se agrava por la presencia de una depresión mayor (Baños *et al.*, 2003).

Por otro lado, la fobia social y la evitación pueden estar relacionados con otros trastornos psicopatológicos, tales como la esquizofrenia y el trastorno dismórfico corporal. Lógicamente, el diagnóstico de ansiedad social no se debe tener en cuenta cuando la sintomatología presentada está mejor explicada por otros trastornos (*American Psychiatric Association*, 1987, 1994; Baños *et al.*, 2003). De hecho, cuando el miedo experimentado hace referencia a ideas delirantes asociadas a situaciones sociales y no se reconoce como excesivo e irracional no se debería tener en cuenta la fobia social, sino el diagnóstico de trastorno delirante. Tampoco se debería hacer un diagnóstico de fobia social por la simple presencia de miedos congruentes con el contexto del estímulo como por ejemplo, tener que hacer una presentación oral sobre algún tema sin prepararla con anterioridad.

Otros problemas que pueden complicar la ansiedad social y los comportamientos de evitación son los relativos a una enfermedad médica o a un trastorno mental capaz de poner de manifiesto una serie de síntomas peligrosos, tales como los temblores provocados en la enfermedad de Parkinson, los hábitos de alimentación inadecuados en la anorexia nerviosa, etc. Del mismo modo, no es adecuado establecer un diagnóstico de fobia social cuando la ansiedad y las conductas de evitación de situaciones de tipo social están ligadas a la preocupación resultante de dichos problemas (*American Psychiatric Association*, 1987, 1994; Baños *et al.*, 2003).

#### 6.4. Diagnóstico diferencial con el trastorno de personalidad por evitación

Tanto el DSM-III-R como el DSM-IV-TR incluyen el subtipo de fobia social generalizada, siendo posible el establecimiento del diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación. Esto ha provocado una gran confusión relativa a la relación que mantienen dichos trastornos, ya que el trastorno de personalidad por evitación guarda una multitud de similitudes con la fobia social. De hecho, distintos estudios (Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Schneier *et al.*, 1991; Turner *et al.*, 1992) revelan que la mayoría de los rasgos del trastorno de personalidad por evitación están presentes también en la fobia social. Otros autores (por ejemplo, Dyck *et al.*, 2001) informan de una asociación entre la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación. En esta línea, Gokalp *et al.* (2001) encuentran que un 67,8% de las personas con fobia social fue diagnosticado con otro trastorno comórbido del eje II, de los cuales un 54% presentaba el trastorno de personalidad por evitación. No obstante, Hope y Heimberg (1993) defienden que la clasificación de dos categorías diferentes del trastorno de personalidad por evitación y de la fobia social tiene una evidencia equívoca. Así, los datos del estudio de Tillfors *et al.* (2001) informan que la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación quizás representen dimensiones de la ansiedad social más que trastornos separados.

Según Heimberg (1996), la reflexión acerca de las posibles diferencias entre el trastorno de personalidad por evitación y el subtipo de fobia social generalizada es necesaria, dando lugar al análisis de la relación entre los ejes I y II del DSM. Heimberg (1996) realiza una revisión de los criterios diagnósticos determinados en las distintas ediciones del DSM, poniendo de relieve las similitudes y diferencias en la manifestación clínica de los dos trastornos y aportando datos sobre los resultados de los tratamientos de ambos. En lo que respecta a la conceptualización de ambos trastornos (trastorno de personalidad por evitación y fobia social generalizada), ésta fue abordada en el DSM-III (American Association Psychiatry, 1980). En dicha edición, el trastorno de personalidad por evitación mantenía características tales como la hipersensibilidad al posible rechazo, la falta de iniciativa de comenzar relaciones sociales donde la aceptación no está garantizada, retraimiento social, baja autoestima y deseo de recibir afecto y aceptación. El miedo a las relaciones interpersonales constituye un aspecto más característico del trastorno de personalidad por evitación frente al miedo a la humillación o a la vergüenza en situaciones sociales específicas que caracteriza a la fobia social. Además, se han determinado cinco criterios diagnósticos que se han de cumplir y se ha establecido en el DSM-III que no se debía mantener un diagnóstico de fobia social si la

ansiedad se explica mejor por la existencia de un trastorno de personalidad por evitación. No obstante, se ha mantenido en el apartado del trastorno de personalidad por evitación que la fobia social podía ser considerada como una complicación del mismo en el caso de que los miedos a las situaciones sociales específicas se dieran en un contexto caracterizado por una ansiedad interpersonal más general o extendida.

Por su parte, en el DSM-III-R se han dado cambios significativos. Por una parte, se incrementaron los criterios diagnósticos relativos al trastorno de personalidad por evitación a siete, disminuyendo los necesarios a cuatro; por otro lado, dado que los criterios de la fobia social se ampliaron con el objetivo de abarcar el miedo a las interacciones sociales, los relativos al trastorno de personalidad por evitación sufrieron un cambio, centrándose más en el malestar y miedo a la evaluación negativa en las situaciones de interacción social y no tanto en las relaciones personales y la baja autoestima. Estos cambios producidos en el DSM-III-R no han ayudado a la tarea de identificar los límites entre ambos trastornos, sino al contrario, la han complicado por distintas razones (Heimberg, 1996). Primero, el individuo que padece miedo a la mayoría de las situaciones sociales era diagnosticado de fobia social en el DSM-III-R, mientras que en la versión anterior hubiera recibido el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación. Segundo, el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación se podía haber hecho a más personas debido a la disminución en el número de los criterios necesarios (a cuatro de los cinco obligados en el DSM-III). Tercero, algunos criterios relativos al trastorno de personalidad por evitación se solapaban con la fobia social. Por último, el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos era posible en el DSM-III-R. La confusión creada en torno a esta situación sigue sin tener una solución en el DSM-IV y DSM-IV-TR en el a pesar de que los criterios asociados al trastorno de personalidad por evitación han pasado a centrarse en el malestar en las relaciones más que en la interacción social por sí.

Heimberg (1996) aporta algunas conclusiones relacionadas con las similitudes y diferencias en las manifestaciones clínicas del trastorno de personalidad por evitación y de la fobia social. Por un lado, tanto un trastorno como otro mantienen criterios diagnósticos que se centran en distintas áreas comunes, situándose las diferencias sólo en tres (3, 4 y 6) de los siete criterios. Por otro, existe una multitud de estudios (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Tran y Chambless, 1995; Turner *et al.*, 1992; Schneier *et al.*, 1991) que hace hincapié en el gran solapamiento existente entre ambos diagnósticos, especialmente cuando se considera el subtipo generalizado de la fobia social. Estos estudios revelan la existencia de un porcentaje mayor del trastorno de personalidad por evitación en

los pacientes con fobia social generalizada, en comparación con los de la forma no generalizada.

En relación a las características sociodemográficas, los resultados señalan que los pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de ambos trastornos (trastorno de personalidad por evitación y fobia social), en comparación con las personas con fobia social sin el trastorno de personalidad por evitación, es más probable que sean solteras, tengan ingresos anuales más bajos y una edad de comienzo del problema más temprana (Brown *et al.*, 1995; Holt *et al.*, 1992; Tran y Chambless, 1995). Asimismo, por lo que se refiere a la comorbilidad con otros trastornos, es frecuente que los individuos que presentan ambos trastornos también reúnan los criterios diagnósticos de otro trastorno mental adicional en el eje I o el eje II (Brown *et al.*, 1995; Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992). Además, los pacientes que padecen ambos trastornos suelen ser evaluados por los clínicos como más graves en cuanto a sintomatología y deterioro producido (Brown *et al.*, 1995; Holt *et al.*, 1992). Del mismo modo, los niveles de ansiedad, depresión y otras características psicopatológicas (obtenidos por autoinformes) son más elevados en los individuos que cumplen los criterios diagnósticos de ambos trastornos que en las personas que reúnen únicamente los criterios referentes a la fobia social generalizada, aunque el patrón específico de dichas diferencias varía de un estudio a otro, sin poder replicar los resultados en muchas ocasiones. Además, no se suelen presentar diferencias cuando se tienen en cuenta medidas de ejecución social y no de autoinforme durante tests conductuales (Brown *et al.*, 1995; Holt *et al.*, 1992; Tran y Chambless, 1995; Turner *et al.*, 1992).

Por último, la respuesta a los tratamientos farmacológicos por parte de las personas aquejadas de fobia social es independiente de la presencia del trastorno de personalidad por evitación en las mismas, consiguiendo incluso reducciones en las valoraciones de distintos criterios diagnósticos del mismo (Versiani *et al.*, 1992). Por su parte, los resultados referentes a los tratamientos psicológicos no son concluyentes (Brown *et al.*, 1995; Hope, Herbert y White, 1995; Lucas y Telch, 1993; Van Velzen, Emmelkamp y Scholing, 1997); en esta línea, los pacientes con fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación presentan un mayor grado de deterioro al comienzo del tratamiento que las personas que padecen únicamente fobia social, resultando las diferencias al final del tratamiento a favor de estas últimas.

### 6.5. Diagnóstico diferencial con la timidez

La timidez es un término peor definido que la fobia social. Ambos conceptos aluden al temor a las situaciones sociales y se caracterizan por el miedo al escrutinio. En esta línea, se han dado distintas descripciones relativas a la timidez. Por ejemplo, Crozier (1979) la define como la ansiedad y el malestar experimentados en situaciones sociales donde tiene lugar la evaluación por parte de los demás; Henderson y Zimbardo (1998) la conceptualizan como el malestar y la inhibición ante las situaciones interpersonales; por su parte, Buss (1986) la describe como el miedo a la evaluación negativa por los demás. No obstante, existen pequeñas diferencias pero importantes entre la timidez y la fobia social a pesar de las similitudes evidentes entre ambas. Por una parte, la tasa de prevalencia de la timidez es mucho más alta (entre 20 y 48%) que la de la fobia social (Heckelman y Schneier, 1995; Heiser, Turner y Beidel, 2003). Por otra, se ha encontrado que el nivel de deterioro en la fobia social es mayor que en la timidez, especialmente en lo que se refiere al funcionamiento académico, social o laboral (Turner *et al.*, 1990). Además, la timidez puede mejorar con el paso de la niñez/adolescencia a la edad adulta. Al contrario, la fobia social tiene un curso opuesto, ya que la gravedad de la misma se va incrementando, llegando a consolidarse y a generalizarse con el paso del tiempo. Otra diferencia es el hecho de que la timidez, en comparación con la fobia social, ha sido considerada como un rasgo de personalidad. Esto hizo que autores como Carducci (1999) consideren a la timidez como una faceta normal de la personalidad en vez de un trastorno mental. Por su parte, Zimbardo (1977) habla de tres tipos de timidez. En primer lugar, existen personas que se sienten más cómodas realizando actividades en solitario que en compañía de otras; se trata de individuos que prefieren estar solos, aunque no se muestran ineptos a nivel interpersonal, constituyendo un grupo de individuos que reúnen los criterios diagnósticos del DSM-IV relativos al trastorno de personalidad esquizoide. En segundo lugar, se hace referencia a ciertas personas que experimentan una falta de confianza en sí mismas, siendo sus habilidades sociales inadecuadas y fácilmente desconcertadas en situaciones sociales, lo que provoca en ellas una reticencia a aproximarse a los demás; las características de este segundo grupo de personas encajan dentro de los criterios diagnósticos del DSM-IV referentes al trastorno de personalidad por evitación, aunque algunos de estos individuos podrían ser diagnosticados del subtipo generalizado de la fobia social. En tercer lugar, se trata de un grupo de personas que se encuentran reguladas por determinadas reglas sociales y expectativas culturales; estos individuos suelen mantener preocupaciones relativas a su comportamiento social, haciendo uso de la supervisión y el control del mismo con el objetivo

de no violar las normas culturales; así, este tipo de personas mantienen una baja frecuencia de aceptación o asistencia a citas con otras, acercándose a los individuos que cumplen los criterios diagnósticos de la fobia social.

En definitiva, la clasificación anterior propuesta por Zimbardo (1977) pone de manifiesto que a pesar de la existencia de un cierto solapamiento entre la fobia social y la timidez, se recoge en esta segunda categoría un espectro de comportamientos mucho más amplio que incluye, además de los individuos con fobia social, otro tipo de pacientes que sufren el trastorno de personalidad por evitación y el esquizoide. En esta línea, Heckelman y Schneier (1995) coinciden con Zimbardo al definir la timidez como una categoría mucho más heterogénea que la fobia social. No obstante, se han propuesto otras hipótesis sobre la relación entre la timidez y la fobia social. Por ejemplo, se ha señalado que la fobia social es otra palabra que se ha empleado para referirse a la timidez, aludiendo ambos términos al mismo significado (Rapee, 1998). Al contrario, autores como Marshall y Lipsett (1994) proponen que la fobia social es una forma extrema de timidez. Del mismo modo, se ha defendido que ambos conceptos están relacionados, pero no se refieren a la misma condición (Heiser *et al.*, 2003). De hecho, se ha encontrado que el 49% del grupo de timidez elevada han sido diagnosticados de fobia social, en comparación con el 18% del grupo normativo (Chavira *et al.*, 2002). Además, el primer grupo presenta un porcentaje más alto que el segundo de individuos con fobia social generalizada y trastorno de personalidad por evitación, concluyendo que la fobia social y la timidez están relacionadas pero no son sinónimos; es decir, la timidez puede formar un factor de riesgo psicopatológico, presentándose tanto en el caso de la fobia social como en otros cuadros clínicos.

## 7. Conclusiones

La comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos en la edad adulta está bastante estudiada. Entre los trastornos más prevalentes en la asociación con la fobia social se mencionan otros trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias, el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno esquizofreniforme. La mayoría de los estudios señala que los trastornos que presentan mayor porcentaje de asociación son otros trastornos de ansiedad, fobia simple, agorafobia, pánico y ansiedad generalizada, seguidos por los trastornos afectivos, la depresión mayor, la distimia y el abuso de sustancias tóxicas legales e ilegales. En la mayoría de los casos, la fobia social parece preceder al inicio del trastorno

comórbido. La comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicopatológicos resulta elevada, tanto en estudios epidemiológicos con muestras comunitarias como clínicas, especialmente en el caso de la ansiedad social generalizada. De hecho, se hipotetiza que existe un patrón comórbido distinto en función del subtipo de fobia social que presente el individuo.

A diferencia de los adultos del subtipo específico de la fobia social, los que padecen la forma generalizada presentan una elevada comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, la depresión, el alcoholismo y trastornos de la personalidad. Esta distinción entre las dos formas de la fobia social no está del todo clara en población adolescente, formando parte de los objetivos de la presente Tesis Doctoral. Otro dato que se ha presentado en población adulta y que será objeto de comprobación en este estudio en una muestra de los adolescentes, es el referente a las puntuaciones altas obtenidas en índices continuos de patología por personas del subtipo generalizado de la fobia social. La autoestima, depresión, neuroticismo, ansiedad rasgo, historia de timidez y falta de habilidades sociales constituyen parte de dichos índices que se han estudiado.

Las consecuencias de la comorbilidad de la fobia social dependen del subtipo (específico versus generalizado) presentado. El deterioro en la vida social, académica y laboral se va incrementando conforme aumenta el número y el tipo de situaciones sociales temidas; es decir, la presencia de miedo a ciertas situaciones complejas de interacción social, típico de la forma generalizada de la fobia social, acarrea consecuencias más negativas en el funcionamiento (educativo, social, profesional, personal, etc.) de las personas que la existencia de otro tipo de situaciones simples de actuación, características de la forma no generalizada. Además, la presencia de otros trastornos psicopatológicos comórbidos influye negativamente en el éxito de la terapia psicológica. Lógicamente, la interferencia es considerablemente mayor entre los individuos con fobia social que entre otros con niveles bajos de miedos sociales. De cualquier manera, el deterioro producido, en dichas áreas, por la ansiedad social (sea específica o generalizada) da lugar a una mala calidad de vida.

El estudio de la comorbilidad en la infancia y la adolescencia es más complejo que en la edad adulta. Es imprescindible la consideración de determinadas cuestiones diagnósticas, evolutivas, etiopatogénicas y terapéuticas para conseguir dicho fin. Los escasos estudios que se han realizado al respecto en la población de niños y adolescentes han informado, en su mayoría, de asociaciones comórbidas entre la ansiedad social y otros trastornos de ansiedad (tales como el trastorno de ansiedad excesiva, trastorno de ansiedad por separación, por

evitación y depresivos). También se ha informado de algunos datos sobre una asociación entre la fobia social y los trastornos referentes al consumo del alcohol y de otras sustancias tóxicas, aunque dicha relación no está muy clara, ya que no se sabe si el consumo se produce con anterioridad o con posterioridad a los miedos sociales. Asimismo, los distintos problemas de conducta (por ejemplo, faltar a clase, hacer novillos, etc.) encontrados en los adolescentes con fobia social serán objeto de confirmación en esta investigación.

Finalmente, existe múltiple sintomatología relativa a las características clínicas del trastorno por ansiedad social. Los síntomas más frecuentes en la fobia social mantienen una relación con el sistema nervioso vegetativo. La diferenciación entre la fobia social y otros trastornos psicopatológicos va a depender de dichas características. Por su parte, la presencia de un componente conductual manifestado en la evitación de las situaciones sociales y las actividades laborales de la vida diaria permite una mejor distinción entre este trastorno de ansiedad social y otros trastornos psicopatológicos.

## ***CAPÍTULO III***

# ***FACTORES ASOCIADOS A LA FOBIA SOCIAL Y MODELOS EXPLICATIVOS***

### CAPÍTULO III

## FACTORES ASOCIADOS A LA FOBIA SOCIAL Y MODELOS EXPLICATIVOS

### 1. Introducción

El avance de los estudios sobre la eficacia de los distintos tratamientos de la fobia social en las últimas dos décadas no se ha acompañado por un mayor conocimiento de los distintos factores etiológicos que dan lugar a este cuadro clínico. De hecho, existen otros trastornos de ansiedad, tales como la agorafobia y el trastorno de pánico en los que dichos factores están estudiados más ampliamente que en la fobia social, especialmente en lo que respecta a los antecedentes familiares (Harris, Noyes, Crowe y Chaudhry, 1983) y evolutivos (Faravelli, Webb, Ambonetti, Forneau y Sessarego, 1985). La Asociación Americana de los Trastornos de Ansiedad, fundada en 1980 con la misión de promover la prevención y tratamiento de los trastornos de ansiedad y de mejorar la vida de las personas aquejadas de los mismos (*Anxiety Disorders Association of America*, 2002), intenta presentar las características de estos trastornos (entre ellos, el trastorno de ansiedad social) y de los individuos que los sufren para su mejor comprensión .

Como cualquier otro trastorno de ansiedad, la fobia social tiene distintas bases neurobiológicas (Cervera y Ortuño, 1998; Nickel y Uhde, 1995), evolutivas (Echeburúa, 1993), genéticas (Chapman *et al.*, 1995; Echeburúa, 1993), evolucionistas, familiares, sociales, ambientales y psicológicas (Botella, Baños y Perpiñá, 2003b). En esta línea, la literatura pertinente a la etiología de la fobia social pone énfasis en distintos factores familiares, genéticos, biológicos o cognitivo-comportamentales en la comprensión del desarrollo de este trastorno (Davidson, 2000; Fones, Manfo y Pollack, 1998; Rosenbaum, Biederman, Pollock y Hersfeld, 1994). Por otro lado, existen otros factores que pueden explicar el origen y el mantenimiento de la ansiedad social, tales como los déficit de habilidades sociales, la ansiedad

condicionada e inhibición de respuestas, la puesta en marcha de distorsiones cognitivas y de un sistema de creencias desadaptativo (Bornas y Tortilla, 1998; Echeburúa, 1993) y la posibilidad de surgimiento del trastorno como resultado de una respuesta traumática (Mineka y Zinbarg, 1995). Las propuestas con los distintos factores también pueden ser agrupadas en las siguientes categorías: factores predisponentes (familiares, evolutivas y variables de personalidad), neurobiológicos (bases neurológicas y biológicas) y de aprendizaje (déficit de habilidades sociales, ansiedad condicionada e inhibición de respuesta, etc.). Para una revisión de los factores de riesgo, etiológicos, neurobiológicos, cognitivos y los que permiten una mejoría en el tratamiento individual de la fobia social se puede consultar la revisión realizada por Lampe (2002). Por su parte Rapee y Spence (2004) ofrecen una revisión sobre los orígenes de los miedos sociales, incluyendo factores genéticos, temperamentales y cognitivos, habilidades sociales, eventos de vida negativos y experiencias sociales adversas. En este capítulo se propone un modelo inicial que intenta integrar estos elementos encontrados.

Una teoría sobre un determinado trastorno serviría para aportar una serie de conocimientos sobre la causa del mismo y la manera en la que ocurre con el objetivo de conseguir una mayor comprensión. En el caso de la fobia social, los estudios, análisis y comprobaciones con respecto a la misma son escasos, aunque existen varios modelos teóricos que intentan explicar como se produce y se mantiene. Las teorías que han sido formuladas fundamentándose en la corriente cognitiva (por ejemplo, Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997; Wells y Clark, 1997) aluden a los factores que dificultarían la modificación de los pensamientos negativos de las personas con fobia social asociados a ciertas situaciones sociales. Concretamente, el llamado “modelo cognitivo de la fobia social” se basa en los primeros planteamientos teóricos de algunos autores, tales como Beck, Emery y Greenberg (1985), Butler (1985), Hartman (1983), Heimberg y Barlow (1988), Leary (1983b), Salkovskis (1991), Teasdale y Barnard (1993) y Trower y Gilbert (1989). Por último, la importancia del papel de los procesos de condicionamiento (clásico y vicario) desde una perspectiva conductual se ha puesto de manifiesto por autores como Barlow (1988), Echeburúa (1995) y Öst y Hugdahl (1981), quienes defienden que determinadas experiencias sociales podrían ser condicionadas mediante un proceso de aprendizaje (por condicionamiento clásico o vicario) en algunas personas con ansiedad social. Pero antes de comentar estos modelos explicativos vamos a ofrecer una revisión amplia de los resultados de los distintos estudios relacionados con los factores asociados a la fobia social.

## 2. Factores asociados a la fobia social

### 2.1. Factores evolucionistas

La importancia del valor adaptativo del miedo fue reflejada en el trabajo de Marks (1987) sobre miedo, evolución y defensa, considerando al mismo como un sistema de alarma que se pone en marcha ante las señales de peligro. Según este autor el miedo es considerado como un legado evolutivo vital, conceptualizado como una emoción básica que tiene la función de prepararse ante la presencia de determinados peligros amenazantes para la supervivencia del individuo, ya que pone en marcha distintos sistemas de alerta y energía que fomentan la precaución y la prudencia. El miedo se desencadena ante un objeto o situación tangibles, siendo saludable y adaptativo en ciertas situaciones. No obstante, un miedo excesivo puede llevar a reacciones desadaptativas o ineficaces.

Por otro lado, la ansiedad se concibe como una reacción emocional más compleja que el miedo, ya que implica aspectos cognitivos y no constituye una respuesta tan automática como ocurre con el mismo (Botella *et al.*, 2003b). La respuesta de ansiedad incluye una amplia gama de sentimientos, tales como la excitación, tensión, enfado, cólera, nerviosismo, alarma, preocupación y un componente principal de miedo. Tanto en el miedo como en la ansiedad, las respuestas cognitivas, fisiológicas y comportamentales son similares, aunque la respuesta de miedo es más específica, automática y su presencia depende de algo concreto. Mientras que la ansiedad es más difusa, ya que ésta se da ante un peligro poco claro y difícil de identificar. Otra diferencia es el hecho de que el miedo está orientado hacia el presente, mientras que la ansiedad está más centrada en el futuro y en la anticipación de los acontecimientos. Barlow (1988) define la ansiedad como una respuesta compleja ante una situación, acontecimiento o contexto también complejo. Una ansiedad excesiva puede ser muy perjudicial, ya que provocaría altos niveles de alteración y una baja atención a los aspectos de la tarea. Esto llevaría a experimentar sensaciones de falta de control y predicción de los acontecimientos, pudiendo producir recelo o aprensión hacia el futuro.

Por su parte, las fobias se distinguen del miedo y la ansiedad en su criterio de identificación, conceptualizándose como miedos irracionales, desproporcionados y inadecuados (*American Psychiatric Association*, 1994), siendo injustificables estas reacciones de miedo por la falta de razones objetivas suficientes (Marks, 1987). Esta idea constituye el primer criterio del DSM-IV para el diagnóstico de una fobia. Desde esta perspectiva, se afirma la existencia de diferentes peligros o amenazas provenientes de múltiples situaciones

de interacción social (Botella *et al.*, 2003b). La fuente de peligro puede provenir bien del exterior del grupo social (miedo al extraño) o bien del grupo social en el que nos ubicamos (miedo a los congéneres). En esta línea, Marks (1987) defiende que el miedo al extraño del niño de edad comprendida entre los 8 y 24 meses resultaría comprensible desde una perspectiva evolucionista, constituyendo una respuesta de defensa ante la amenaza de los congéneres. Además, Marks concede gran importancia al contacto entre los compañeros en la evolución de las conductas sociales. Los miedos procedentes de los propios grupos sociales jerárquicos y complejos serían los que se derivan de la adaptación a los mismos, ya que éstos contienen una serie de normas y directrices de difícil comprensión y seguimiento.

Trower y Gilbert (1989) y Trower, Gilbert y Sherling (1990) defienden, en su planteamiento teórico, que la conducta social tiene una naturaleza biológicamente preparada. La ansiedad social es el resultado de la activación de sistemas primitivos de valoración/respuesta evolucionados contra las amenazas existentes dentro de la misma especie (intraespecie), los cuales han jugado un papel central en el desarrollo de los grupos sociales. Así, el desarrollo inadecuado de dichos sistemas puede dar lugar a los procesos patológicos que caracterizan a los individuos que padecen ansiedad social. El ser humano ha experimentado una larga historia de evolución que se ha quedado reflejada en la morfología del cerebro. Según Trower y Gilbert (1989) y Trower *et al.* (1990) distintas áreas cerebrales serían responsables de determinadas funciones (por ejemplo, el cerebro reptil tiene un papel primordial en la conducta competitiva, el cerebro paleomamífero o sistema límbico responsable de los estilos de crianza y los vínculos de apego, y el cerebro neomamífero o neocórtex que posee estructuras corticales, responsables de la representación simbólica de las contingencias externas). Dichas estructuras cerebrales servirían a las personas para realizar juicios complejos, tales como la predicción de posibles acontecimientos y sus consecuencias. Los mecanismos evolutivos podría ir más allá de los factores cognitivos del miedo y la ansiedad social semejantes a los procesos autoinformados y la comparación social, tales como los implicados en el caso de la fobia social (Hofmann, Moscovitch y Heinrichs, 2002).

Según Trower y Gilbert (1989) la ansiedad social se relacionaría con todo aquello que hace referencia a la interacción con seres de la misma especie; estos autores han propuesto dos grandes sistemas de interacción: uno de defensa y otro de seguridad. El sistema de defensa incluiría las jerarquías (por ejemplo, las jerarquías de dominancia consideradas importantes para la estructura y la cohesión de los grupos sociales) y el poder adquirido y mantenido en especies territoriales. Asimismo, la estructura de los grupos sociales estaría

construida en base a la atención centrada en los miembros más dominantes, denominándose esta manera de interacción como “modo agónico”. A partir de dicha manera, es posible el reconocimiento y la anticipación de las acciones amenazantes por parte de los subordinados, tales como las expresiones de enfado y rechazo, dando lugar a muestras de sumisión y apaciguamiento con el objetivo de parar dichas amenazas. Siguiendo a Öhman (1986), se pone de manifiesto que los seres humanos además de estar biológica y evolutivamente preparados para experimentar distintos miedos a ciertos estímulos, somos propensos a temer rostros que emiten expresiones amenazantes, tales como el enfado, la crítica o el rechazo. Así, el miedo experimentado ante las caras que expresan enfado sería mucho más difícil de extinguir que las reacciones a las caras que expresan felicidad o neutralidad (Öhman y Dimberg, 1984). Dicha manera de interacción (modo agónico) facilitaría la convivencia entre el dominante y el subordinado, dejando de lado determinados estilos de iniciativa como la exploración y la innovación. Por su parte, el sistema de interacción de seguridad aludiría a una manera de organización social llamada “modo hedónico”, ya que las personas que forman el grupo social constituirían una fuente de seguridad. Los miembros que disfrutan de mayor dominancia protegerían a los dominados, emitiendo señales de tranquilidad, tales como las sonrisas y los abrazos con el objetivo de incrementar la conducta de aproximación de los congéneres. Como resultado, bajaría la frecuencia de las conductas de defensa, favoreciendo la cooperación mutua, la interacción y la presentación de conductas creativas e innovadoras.

Los dos sistemas anteriores no siempre se presentarían excluyentes, ya que la misma persona puede actuar de una manera u otra dependiendo de la situación. La mayoría de los individuos suele seguir ambos sistemas, adoptando un modo de actuación de tipo hedónico en un mayor tiempo (Trower y Gilbert, 1989). En definitiva, la vida en grupo es posible gracias a ciertos sistemas complejos fruto de la evolución, resultando la ansiedad social como respuesta al fracaso con el fin de poner en marcha un sistema filogenéticamente más tardío (el modo hedónico). Según esto, los individuos ansiosos socialmente serían incapaces de actuar de un modo hedónico de interacción social, mostrando una mentalidad agónica que marcaría los procesos de pensamiento atencionales y simbólicos desde una perspectiva defensiva. Por último, el modo agónico daría lugar a que la atención se focalizaría en el *self*, comparándose con el otro, resultando sus interacciones sociales en situaciones amenazantes y peligrosas. Contrariamente, en el modo hedónico la atención no estaría centrada en el *self* sin lugar a la comparación con el otro, convirtiéndose las interacciones sociales en situaciones apetecibles y agradables.

## 2.2. Factores familiares, ambientales, evolutivos y temperamentales

Los factores de vulnerabilidad familiar, ambiental, evolutiva y temperamental también pueden jugar un papel central, junto a los factores evolucionistas, neurobiológicos y socioculturales, en la determinación de la fobia social. Parece ser que la vulnerabilidad biológica tiene lugar no solamente en los trastornos de ansiedad, sino también en el resto de trastornos emocionales. Pero ésta por sí sola no puede explicar la aparición de determinados trastornos específicos, necesitando recurrir a otros factores de tipo familiar para poder diferenciar dichos trastornos, según afirman algunos autores (Barlow, 1988; Echeburúa y Salaberria, 1999; Fyer *et al.*, 1995; Hudson y Rapee, 2000; Rapee, 1997; Rapee y Heimberg, 1997).

Entre los factores familiares de vulnerabilidad se mencionan ciertos estilos de crianza (por ejemplo, la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión), el abandono, el escaso contacto con las situaciones sociales y el modelado. En cuanto a este último, se ha encontrado que los familiares de primer grado de personas aquejadas de fobia social tienen alta probabilidad de tener altos niveles de ansiedad social (Bruch, Gorsky, Collins y Berger, 1989), llevando a la cristalización de la misma por estos familiares mediante una serie de mensajes verbales y comportamentales. Los "mensajes" verbales bien resaltarían posibles peligros en las situaciones sociales o bien transmitirían unas creencias que reflejarían la importancia de conseguir un desempeño espectacular. Por su parte, los mensajes comportamentales pueden dar lugar a sentimientos de disgusto en las situaciones sociales y a la manifestación de muestras de ansiedad por parte de algunos progenitores, evitando las mismas para aliviarse. Otro factor importante dentro de los estilos de crianza inadecuados es la concesión de pocas oportunidades de exposición y de práctica en los encuentros sociales. Esto llevaría a los sentimientos de ineficacia por la falta de familiaridad, sin poder hacer frente o actuar en dichos encuentros, pudiendo valorarlos como misteriosos, difíciles y complejos. En esta línea, los sujetos ansiosos informan que sus padres son sobreprotectores, carentes de afecto e incapaces de proporcionar apoyo emocional (Arrindell, Emmelkamp, Monsma y Brilman, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Parker, 1979). Además, estos padres estarían continuamente preocupados e influidos por la opinión de gente que fomenta menos la sociabilidad familiar y emplea a menudo la vergüenza como un procedimiento de control y disciplina, evitando con frecuencia las situaciones sociales (Bruch y Heimberg, 1994). Sin embargo, determinados acontecimientos (por ejemplo, la aparición de enfermedades con consecuencias sobre la

aparición física como el acné o la cojera, ser hijo único, ser rechazado por los iguales, etc.) que tienen lugar en el transcurso de la primera infancia y la adolescencia pueden tomar un papel significativo en el surgimiento de la fobia social (Bruch, 1989). También, se han propuesto hipótesis de transmisión ambiental en la relación de padres-hijos; es decir, los primeros pueden servir como modelos a los segundos en el aprendizaje de una serie de miedos mediante la observación.

En definitiva, los factores de riesgo familiares se identificarían como significativos en el inicio de la fobia social, incluyendo los conflictos familiares (Arrindell *et al.*, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Bruch y Heimberg, 1994; Lieb *et al.*, 2000; Parker, 1979; Whaley, Pinto y Sigman, 1999), la ausencia del soporte emocional en las relaciones entre padres/hijos (Arrindell *et al.*, 1989; Melfsen, Osterlaw y Florin, 2000; Parker, 1979), las tendencias parentales de restarle significado e importancia a las opiniones de los demás (Bruch y Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg, Berger y Collins, 1989; Caster, Inderbitzan y Hope, 1999; Malfsen *et al.*, 2000), las prácticas parentales perjudiciales, tales como sobreprotección y disciplina punitiva (Arrindell *et al.*, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Bruch y Heimberg, 1994; Caster *et al.*, 1999; Lieb *et al.*, 2000; Stein, Asmundson y Chartier, 1994) y la psicopatología parental (Lieb *et al.*, 2000; Wittchen *et al.*, 1999).

Recientemente, se han revelado diferencias de género, estadísticamente significativas, en el inicio de la fobia social en función de la adversidad familiar, variando en el subtipo de la misma (DeWit *et al.*, 2005). Además, se ha demostrado que la ausencia de padres y adultos de confianza en la infancia de los varones estaba asociada con un nivel elevado de riesgo de desarrollo de la fobia social (todos los casos diagnosticados y el subtipo no generalizado). Los factores de riesgo en el caso de las chicas incluyen los conflictos parentales durante el desarrollo (todos los casos diagnosticados), el abuso físico en la infancia por parte del padre (subtipo generalizado) y la manía maternal (subtipo no generalizado) (DeWit *et al.*, 2005).

La intervención de los factores evolutivos no es menos importante que los aspectos que hemos mencionado anteriormente. En general, los seres humanos se mostrarían susceptibles a determinadas manifestaciones comportamentales, tales como la crítica, el enfado y distintas maneras de desaprobación social, experimentando ansiedad social en alguna etapa de su vida, especialmente en la adolescencia. Durante la preadolescencia, la ansiedad social alcanzaría sus niveles más elevados debido al incremento de las demandas sociales, lo que hace pensar que la fobia social sería el resultado de la ansiedad social magnificada en dicha etapa. De hecho, en el transcurso de esta etapa las personas ya habían adquirido los

componentes cognitivos necesarios para el desarrollo del trastorno. Además, se mostrarían conscientes de que la propia apariencia y el propio comportamiento serían los pilares de la evaluación de los demás y de que sus opiniones pueden ser contradictorias a las de los otros (Botella *et al.*, 2003b). Asimismo, en los últimos años de la infancia y primeros de la adolescencia es donde se le empieza a demandar tareas sociales a los niños y adolescentes, las cuales requerirían un proceso de evaluación (por ejemplo, contestar en público a preguntas en clase, participar en grupos, presentar informes orales, etc.).

Por otra parte, los padres delegarían la responsabilidad de la organización de las interacciones sociales de sus hijos a ellos mismos durante estos años, de manera que éstos últimos empezarían a sentir presionados por las demandas del proceso de socialización. Este hecho movilizaría a los hijos a tomar iniciativas tales como establecer citas con personas del sexo opuesto, aceptar el compromiso dentro de un grupo de iguales o elegir amigos. Estas circunstancias junto a otro tipo de factores como el desarrollo de la autoconciencia y la habilidad de aceptar el punto de vista de los demás serían requisitos significativos en el surgimiento de la ansiedad social. No obstante, los individuos que experimentan determinados niveles de ansiedad social durante su adolescencia no desarrollan, necesariamente, el trastorno de la fobia social. Resulta imprescindible la intervención, además de los factores psicológicos y sociales, los aspectos de vulnerabilidad biológica (Botella *et al.*, 2003b).

En relación a la vulnerabilidad temperamental, el rasgo de inhibición social ha sido abordado en la infancia, tanto en la fobia social como en los otros trastornos de ansiedad. Dicho rasgo se concibe como la tendencia a evitar situaciones sociales novedosas. En esta línea, se ha demostrado que los niños con un alto rasgo de inhibición social son proclives a desarrollar distintos trastornos de ansiedad, tales como los trastornos de evitación y las fobias (Rosenbaum *et al.*, 1994). Además, los padres de estos niños inhibidos socialmente tendrían mayor riesgo de sufrir fobia social y otros trastornos de ansiedad y evitación. Por último, estos resultados llevarían a considerar a la inhibición social como un marcador de riesgo que puede tener un papel importante en el desencadenamiento de diferentes trastornos de ansiedad, incluyendo a la fobia social.

### **2.3. Factores neurobiológicos**

Existe un avance en los últimos años en el estudio de las bases neurobiológicas de la ansiedad, pretendiendo conseguir tres objetivos, tal como señala Tancer (1993). En primer

lugar, determinar la base psicofisiológica que subyace a la ansiedad; en segundo lugar, delimitar tratamientos específicos que se fundamentan en las posibles alteraciones neurobiológicas subyacentes; y, en tercer lugar, ofrecer una serie de datos empíricos que sirvan a la clasificación diagnóstica. En esta línea, se ha generado una polémica con respecto a la relación entre la fobia social y el trastorno de ansiedad por evitación (Holt *et al.*, 1992). Ambos trastornos mantienen en común determinadas bases biológicas. Esto hace pensar que se trata de dos formas que constituyen distintas variantes clínicas de una sola diátesis más que dos trastornos independientes. De esta manera, la investigación neurobiológica de la ansiedad social ofrece una metodología que ayuda al estudio de la validez de las clasificaciones diagnósticas habituales (*American Psychiatric Association*, 1994).

Las líneas de estudio referentes a las posibles bases orgánicas de trastornos psicológicos, tales como la fobia social, son posibles gracias a los avances tecnológicos en investigación psiconeurológica, ligando la etiología de dichos trastornos a una disfunción del sistema nervioso central. Sin embargo, los datos aportados hasta el momento en relación a los sustratos biológicos de la fobia social no nos permiten decantar por un modelo etiológico u otro. La génesis del trastorno de ansiedad social ha sido atribuida a la intervención de los distintos sistemas de neurotransmisión (adrenérgico, gabaérgico, dopaminérgico o serotoninérgico), a pesar del desconocimiento del constructo biológico que ayudaría a la explicación de este cuadro clínico. En la actualidad, se consideran datos sobre posibles disfunciones de dichos mecanismos de neurotransmisión, aunque se desconoce la función principal de cada uno de estos sistemas en la etiología del trastorno de ansiedad social (Bousoño, Sáiz, Jiménez y Fernández, 1999). Así, los estudios de revisión sugieren que la fobia social tiene bases neuroanatómicas en una red de alta sensibilidad en la región centrada en la vía que conecta la amígdala con el hipocampo (denominada “el sistema de alarma del cerebro”), reorientada hacia el córtex prefrontal (Tillfors, 2004). Así, se han asociado las variaciones genéticas en la serotonina con síntomas severos y excitabilidad de la amígdala en pacientes con fobia social (Furmark, 2004). Concretamente, se cree que existe un polimorfismo funcional en la región humana promotora del gen transportador de serotonina, relacionado con un efecto negativo y una activación de la amígdala.

### **2.3.1. Bases genéticas**

En cuanto a las bases genéticas, no se ha identificado el tipo de influencia genética, ya que hasta el momento existen pocos datos relativos a la psicobiología de la fobia social. Así, el

“Grupo Internacional de Consenso para la Depresión y la Ansiedad” concluye a partir de su estudio sobre la fobia social (Ballenger *et al.*, 1998) que el conocimiento relativo a las bases genéticas de la misma es escaso y se encuentra en sus primeras fases. A pesar de todo, Torgersen (1979) afirma que los factores genéticos juegan un papel en el surgimiento de distintas fobias, incluida la fobia social. En este sentido, se han encontrado algunos datos que podrían apoyar la hipótesis de la predisposición genética, que indican que existe un alto riesgo de sufrir fobia social en familiares de enfermos que padecen este cuadro. Dicho riesgo es mayor que en otros grupos comparativos como familiares de pacientes con trastorno de pánico o familiares del grupo control sano (Reich y Yates, 1988). Asimismo, los parientes de pacientes con fobia social se encontraban con un riesgo mucho más elevado de padecer fobia social que los parientes de individuos del grupo control que no habían experimentado ninguna enfermedad mental (Fyer, Mannuzza, Champan, Liebowitz y Klein, 1993).

Por su parte, Rapee y Heimberg (1997) resaltan la posible importancia de los factores genéticos en el desencadenamiento de los síntomas de ansiedad. En esta línea, se han realizado estudios de gemelos que informan del impacto de dichos factores en la explicación de una notable variabilidad descubierta en los problemas de ansiedad (Andrews, 1996). En el caso de los niños, se ha mantenido que la inhibición conductual experimentada en la infancia forma un factor de riesgo para el desencadenamiento posterior de una ansiedad patológica. Los hijos de pacientes de ansiedad presentan una mayor prevalencia de inhibición conductual que los sujetos del grupo control (Rosenbaum, Biederman, Hirshfeld, Bolduc y Chaloff, 1991; Rosenbaum *et al.*, 1991). Además, los padres de niños con inhibición conductual, comparados con los padres de niños sin la misma, mostraban un riesgo mucho mayor para desarrollar distintos trastornos de ansiedad, fobia social y trastornos de evitación (Rosenbaum *et al.*, 1991).

A pesar de todo ello, en la actualidad faltan datos que proporcionen un apoyo empírico directo a la posible transmisión genética de la ansiedad social, aunque sí se cuenta con un cierto apoyo en el caso de la timidez. Por ejemplo, se ha informado de una asociación significativa entre la región 44 del cerebro (promotora del gen transportador de serotonina) y la timidez (Arbelle *et al.*, 2003), constituyendo esta región un polimorfismo genético común que contribuye a puntuaciones altas de timidez en una muestra no clínica de estudiantes. La mayor parte de los estudios realizados con gemelos no permiten sacar conclusiones, basándose éstos en la herencia de la timidez y en los temores sociales en lugar de hacerlo en la fobia social. Generalmente, los trabajos afirman que los factores genéticos desempeñan un

papel humilde en el proceso de moderación de la sintomatología y de los rasgos temperamentales característicos en la fobia social. En el trabajo de Tillfors (2004) se ha mantenido que los estudios genéticos proponen que el componente genético da lugar a una vulnerabilidad general al miedo intenso más que a la fobia social en sí. No obstante, tanto los estudios de gemelos como los familiares sostienen la existencia de una contribución hereditaria en la fobia social, resultante de factores genéticos y medioambientales que actúan conjuntamente de una manera interactiva (Tillfors, 2004). Por ejemplo, en el estudio de Gelernter, Page, Stein y Woods (2004) se ha aportado una evidencia a favor de la relación existente entre los marcadores de la cromosoma 16 y la fobia social; además, se han identificado áreas de interés en las cromosomas 9, 14 y 18 que tienen una implicación en la fobia social. Recientemente, se ha detectado la intervención de factores de riesgo tanto genéticos como medioambientales en la fobia social, siendo estos similares a los implicados en otros trastornos de ansiedad de ambos sexos (Hettema, Prescott, Myers, Neale y Kendler, 2005).

### **2.3.2. Bases biológicas**

Algunos autores consideran que la investigación en farmacología conductual, con el objetivo de ver las respuestas terapéuticas a distintos agentes farmacológicos mediante determinados mecanismos conocidos, a menudo ha sido utilizada como evidencia de la existencia de ciertas patofisiologías subyacentes a los trastornos tratados. En esta línea, existe una variedad de alternativas de tratamiento para la fobia social sin decantarse por un único sistema de neurotransmisión “responsable” de la neurobiología de la misma (Heimberg *et al.*, 2000). Parece ser que los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) incrementan los niveles de serotonina, dopamina y norepinefrina. Por su parte, la fluoxetina bloquea la reabsorción de serotonina de la fisura sináptica. Se ha observado una mejoría significativa en el tratamiento con fluoxetina junto a la autoexposición de los sujetos con ansiedad social, aunque los efectos obtenidos fueron superiores con la terapia cognitiva (Clark *et al.*, 2003). Las benzodiazepinas favorecen la neurotransmisión modulada por el ácido aminobutírico gamma. De cada uno de estos grupos existen algunos fármacos representantes que ayudan al tratamiento de la fobia social. Por ejemplo, la aplicación de un tratamiento mediante clonidina tuvo éxito en un paciente con fobia social (Goldstein, 1987). Del mismo modo, Emmanuel, Lydiard y Ballenger (1991) demostraron que la administración del antidepresivo bupropion provocó mejoría en un paciente con fobia social. Benca, Matuzas y Al-Sadir (1986)

informaron que la administración de imipramina (antidepresivo tricíclico) tuvo resultados positivos solo en dos pacientes con fobia social, a pesar de que la misma es considerada como la mejor receta para el tratamiento del trastorno de pánico. Estas respuestas diferenciales de la fobia social y del trastorno de pánico a la imipramina se consideran indicativas de que ambos no representan diátesis neurobiológicas idénticas, sino que constituyen dos formas clínicas distintas que deberían ser más investigadas. Parece ser que los fármacos no aportan un camino común definitivo en la patogénesis de la fobia social. No obstante, Hood y Nutt (2001) afirman que las benzodiacepinas, los inhibidores de la monoamino-oxidasa y los inhibidores selectivos de la serotonina (tales como la fluvoxetina, sertralina y paroxetina) se pueden considerar como efectivos en el tratamiento de la fobia social.

El primer sistema de neurotransmisión que se ha estudiado para ver su papel en la génesis del trastorno de ansiedad social es el sistema adrenérgico. Uno de estos trabajos es el de Stein, Tancer y Uhde (1992), quienes informan que las personas con fobia social muestran valores más altos de noradrenalina que los pacientes con trastorno de pánico y los sujetos sanos, aunque las diferencias no han sido significativas. Sin embargo, se han relatado resultados contradictorios a los anteriores, observado una respuesta normal del sistema cardiovascular y de los niveles de noradrenalina y adrenalina en plasma en pacientes con fobia social (Stein *et al.*, 1994).

Por otra parte, el estudio de Papp *et al.* (1988) pretendió demostrar el alto índice de sintomatología fisiológica relacionada con la fobia social, informando que los pacientes con fobia social presentan un elevado grado de rubor ante situaciones ansiogénicas. Los resultados que han obtenido estos autores también han sido contradictorios. La administración de adrenalina (2  $\mu\text{g}/\text{minuto}$  durante 60 minutos) a 11 pacientes con ansiedad social no desencadena la sintomatología típica de la ansiedad social a pesar del incremento de los niveles plasmáticos de catecolaminas y la provocación de los efectos fisiológicos esperados, de manera que 8 de los 11 pacientes experimentaron algún síntoma de ansiedad. En esta línea, se ha observado que los  $\beta$ -bloqueantes son eficaces para reducir la ansiedad de los individuos con fobia social que tienen que actuar en público, de modo que a mayor grado de ansiedad mayor eficacia de los mismos (Sutherland y Davidson, 1995). No obstante, no se han relatado mejorías en sujetos con niveles de ansiedad anteriores bajos.

El sistema serotoninérgico se ha relacionado con el origen biológico de los trastornos de ansiedad, en general, y de la ansiedad social, en particular. El estudio de Tancer (1993) se llevó a cabo con el objetivo de destacar la importancia de la serotonina en la génesis de la

ansiedad social. Se observó que la utilización de la respuesta del cortisol a la administración de fenfluramina (agente liberador e inhibidor de la recaptación de serotonina), como medida de la actividad serotoninérgica, hace que los pacientes aquejados de ansiedad social, en comparación con el grupo control, muestren una respuesta significativa de incremento del cortisol; esto hace concluir que existe la posibilidad de una hipersensibilidad de los receptores 5-HT postsinápticos en pacientes con fobia social, en comparación con los sanos. Así, con el objetivo de estudiar los efectos de la fenfluramina en sujetos experimentales a los que se les produjo un estado de ansiedad, Hetem, de Souza, Guimareas, Zuardi y Graeff (1996) verificaron la función reguladora de la serotonina en la ansiedad. Por su parte, Hollander *et al.* (1998) obtuvieron resultados que indican diferencias de género. La administración de un agonista parcial de la serotonina (m-clorofenilpiperacina-m-CPP) pone de manifiesto una diferencia significativa entre hombres y mujeres en la respuesta del cortisol al m-CPP. Las mujeres ansiosas socialmente muestran una respuesta más fuerte que los hombres, sugiriendo una disfunción serotoninérgica en los individuos con fobia social, especialmente en las mujeres. En esta línea, se ha observado que la fluoxetina provoca mejoría en pacientes con ansiedad social en cuanto a sintomatología (Black, Uhde y Tancer, 1992; Van Ameringen, Mancini y Streiner, 1993). También se han obtenido resultados eficaces similares con la utilización de la paroxetina en el tratamiento de la fobia social, especialmente para la forma generalizada (Mancini y Van Ameringen, 1996; Stein *et al.*, 1996). Así, la respuesta al tratamiento de la fobia social fue significativamente más alta con la paroxetina que con el placebo a los 12 meses (Lader, Stender, Bürger y Nil, 2004). Asimismo, la bupiriona (ansiolítico agonista serotoninérgico) da lugar a mejoría en pacientes con ansiedad social en dosis iguales o superiores a 45 mg (Schneier *et al.*, 1993), siendo esta respuesta parcial en el estudio de Munjack *et al.* (1991).

Un tercer sistema de investigación de los orígenes de la ansiedad social es el dopaminérgico, en el cual se presenta un incremento de las tasas por ansiedad social en pacientes que con posterioridad experimentan la enfermedad de Parkinson. En esta línea, Lauterbach y Duvoisin (1987) demostraron que el 5,3% de los pacientes de Parkinson reúnen los criterios diagnósticos del DSM-III referentes a la fobia social. Stein, Heuser, Juncos y Uhde (1990) informan que cuatro de los 24 pacientes de Parkinson respondieron a los criterios diagnósticos del DSM-III-R por ansiedad social, mientras que otros tres que no cumplieron dichos criterios mostraron ansiedad exagerada como respuesta a determinadas situaciones sociales. Johnson, Lydiard, Zealberg, Fossey y Ballenger (1994) encontraron que

los niveles de ácido homovanílico (HVA) (metabolito de la dopamina) en líquido cefalorraquídeo de pacientes con trastorno de angustia y ansiedad social eran significativamente más bajos que los del grupo control. Por otra parte, algunos datos procedentes del tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) fundamentan la suposición del papel del sistema dopaminérgico en la etiología de la fobia social. Por ejemplo, el tratamiento de los síntomas atípicos de la depresión que suelen presentarse en la ansiedad social resulta ser más eficaz con la fenelcina que la imipramina (Liebowitz, Quitkin y Stewart, 1984), confirmando el éxito de la primera en el alivio de los síntomas de ansiedad social por este mismo grupo de investigación. De todas maneras, los IMAO ejercen su efecto tanto sobre el sistema serotoninérgico como sobre el dopaminérgico, dificultando la identificación de la correspondencia de los efectos. En esta línea, Blanco *et al.* (2003) han encontrado que la fenelcina, clonacepam, gabapentin, brofaromina y los inhibidores selectivos de la serotonina han demostrado ser efectivas en el tratamiento de la ansiedad social. El estudio de Kennedy *et al.* (2001) tuvo el objetivo de examinar la relación entre los genes dopaminérgicos y la fobia social.

En cuanto a las benzodiazepinas (sistema gabaérgico), se ha notado una disminución de la densidad de sus receptores periféricos (RPB) en algunos trastornos de ansiedad (Marazziti *et al.*, 1994). Asimismo, se ha observado una reducción de los RPB en los pacientes con fobia social generalizada y trastorno por estrés postraumático. Por otra parte, se ha visto que la ablación del núcleo central de la amígdala atenúa los cambios relativos a la densidad de los RPB provocados por el estrés, señalando que es posible que la regulación a la baja de éstos se encuentre asociada específicamente a trastornos en los que se presenta una hiperactividad de dicho núcleo (Holmes y Drugan, 1993), entre ellos la ansiedad social. En relación al tratamiento de la ansiedad social por las benzodiazepinas, los resultados hallados son alentadores. A pesar de que el diacepam no ha sido eficaz para conseguir dicho objetivo, otras benzodiazepinas potentes tales como el alprazolam y el clonacepam sí lo han sido. Por ejemplo, Reich y Yates (1988) encuentran mejoras significativas en ciertos aspectos de la sintomatología y la discapacidad de sus pacientes de ansiedad social una vez que se les administra alprazolam. Davidson, Tupler y Potts (1994) informan que el clonacepam consigue una eficacia en un 78% de los pacientes frente a un 20% del placebo. Por su parte, la gabapentina (agente anticonvulsionante que ejerce su efecto mediante el sistema gabaérgico) ha mostrado eficacia en el tratamiento de la sintomatología ansiosa de la fobia social (Pande *et al.*, 1999). En otro estudio con flumacenilo (antagonista de las benzodiazepinas) se ha

registrado un incremento de la sintomatología ansiosa de los pacientes con fobia social (Nutt, Bell y Malizia, 1998). Este resultado abunda en la posible relación entre la ansiedad social y el sistema gabaérgico.

Existen estudios de neuroimagen relativos al trastorno por ansiedad social, donde se han comenzado a obtener diferencias entre pacientes con fobia social y sujetos controles al respecto. En esta línea, se ha empleado la resonancia magnética para medir el tamaño de los ganglios basales, encontrando una gran reducción del volumen del putamen que aumenta con la edad en los ansiosos sociales (Potts, Booke y Davidson, 1996). En otro estudio, se ha verificado que las diferencias entre los pacientes con ansiedad social y los normales se encuentran en la sustancia gris cortical y subcortical (como el tálamo). Así, el grupo de pacientes con fobia social muestran una captación estriatal de  $^{18}\text{F}$ -DOPA (análogo a la cocaína) significativamente más baja que el grupo control, lo que señala que el primer grupo ofrece una menor captación de dopamina dentro del núcleo estriado (Tiihonen *et al.*, 1997). A su vez, Malizia (1997) ha informado de cambios característicos en el flujo sanguíneo como respuesta a la ansiedad anticipatoria condicionada en sujetos sanos. Los resultados de un estudio aplicado a un grupo de personas con fobia social, además del grupo de ansiedad condicionada, muestran que el flujo sanguíneo en el cíngulo anterior (un centro emocional) y la ínsula (controla la actividad autonómica) se incrementaba en ambos grupos (Nutt *et al.*, 1998). Este resultado señala la posibilidad de la existencia de circuitos neuronales que tienen un papel específico en el trastorno por ansiedad social.

### 2.3.3. Bases neuroendocrinas

Hoy por hoy, existen pocos estudios que pretendan descubrir los mecanismos endocrinos de la fobia social mediante la exploración del funcionamiento de los ejes hipotalámico-pituitario-tiroideo e hipotalámico-pituitario-adrenal y las respuestas hormonales crecientes por la estimulación de la vía noradrenérgica. Se ha observado que la función del tiroides en ciertos trastornos neuropsiquiátricos tiene anormalidades significativas (Loosen y Prange, 1982), incluso en el trastorno de pánico (Fishman, Sheehan y Carr, 1985; Katerndahl y Vande Creek, 1983). Así, una gran parte de los clínicos cree que las anormalidades del funcionamiento del tiroides se relacionan con los trastornos de ansiedad, lo que justifica el interés por la investigación del eje hipotalámico-pituitario-tiroideo en pacientes con ansiedad social frente a sujetos normales (Tancer, Stein, Gelernter y Uhde, 1990). Por su parte, el estudio de Tancer, Stein y Uhde (1995) revela que la infusión de la hormona hipotalámica

liberadora de tirotrópina (TRH) da lugar a que los pacientes con ansiedad social experimenten incrementos significativamente más elevados de tensión sanguínea sistólica y arterial media que los pacientes de pánico y los sujetos normales, un minuto después de efectuarla. Estos datos señalan la posible presencia de hiperactividad autonómica en pacientes con ansiedad social como confirmación de los datos de Stein *et al.* (1992). Otra sustancia que se ha investigado es la colicistoquinina (CCK tetrapéptido) que se encuentra en porcentajes altos en determinadas zonas del cerebro, implicadas en la regulación del miedo y la ansiedad, incluyendo el córtex y la zona límbica (Harro, Vasar y Bradwejn, 1993). Recientemente, se ha encontrado que la CCK-4 atenúa los síntomas cardíacos en los pacientes con trastornos de ansiedad social y de pánico, detectando diferencias significativas entre grupos (fundamentalmente, ansiedad social, pánico y control) en la respuesta comportamental y cardiovascular al CCK-4 (Katzman, Koszycki y Bradwejn, 2004).

Por otro lado, se han realizado distintos estudios con respecto al eje hipotalámico-pituitario-adrenal en pacientes con trastornos afectivos (Gold, Goodwin y Chrousos, 1988) y trastornos de ansiedad (Roy-Byrne, Bierer y Uhde, 1985; Roy-Byrne, Uhde y Post, 1986a; Stein y Uhde, 1988). Los individuos con fobia social muestran una función normal de algunos extremos del eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Uhde, Tancer, Gelernter y Vittone (1994) contemplaron niveles normales de cortisol libre en orina a los 24 horas, niveles normales de cortisol por la mañana y, con posterioridad a la prueba de la dexametasona, una reducción de niveles del mismo en pacientes con ansiedad social. Los resultados del estudio de Potts, Davidson, Krishnan, Doraiswamy y Ritchie (1991) coinciden con los de Uhde *et al.* (1994) al no encontrar diferencias entre los pacientes con fobia social y sujetos normales, en los niveles de cortisol libre en orina y en el porcentaje de cortisol libre relativo a la creatinina. Los dos estudios anteriores constituyen un ejemplo del eje hipotalámico-pituitario-adrenal con el objetivo de demostrar la función del sistema endocrino en personas con fobia social. Por otra parte, se ha observado que los pacientes aquejados de fobia social, a diferencia de un grupo control de sujetos normales, mantenían respuestas atenuadas de crecimiento hormonal frente a la clonidina (administrada por vía intravenosa) (Tancer, Stein y Uhde, 1993). En el estudio de Tancer *et al.* (1995) la respuesta del prolactin (sirve para escoger mediciones de la función dopaminérgica) a la fenfluramina no era diferente entre el grupo de pacientes con fobia social y el de sujetos normales; no obstante, el primer grupo experimenta tasas significativamente mayores de secreción de cortisol que el segundo, en distintos momentos del día.

Otra línea de interés es la que señala una implicación de la dopamina central en la

sintomatología de la ansiedad social. Se ha propuesto la posibilidad de una correlación entre el temperamento de extraversión y el incremento de la liberación de dopamina central (King, 1986; King *et al.*, 1986). Estos autores proponen que los niveles centrales de liberación de dopamina pueden estar manteniendo una correlación con medidas de la actividad social como la extraversión. La ampliación de la hipótesis fue realizada por parte de Liebowitz, Campeas y Hollander (1987), quienes observan la eficacia diferencial de IMAO (actúan sobre vías adrenérgicas, serotoninérgicas y dopaminérgicas) en pacientes con ansiedad social frente a los antidepressivos tricíclicos (no actúan sobre la vía dopaminérgica y no tienen eficacia en la fobia social). En esta línea, los resultados del estudio de Tancer *et al.* (1995) confirman el papel significativo de la transmisión dopaminérgica en la sintomatología del trastorno por ansiedad social. También, el resultado sobre un paciente con fobia social del trabajo de Emmanuel *et al.* (1991) apoya la hipótesis de King *et al.* (1986), ya que el tratamiento con bupropion (antidepressivo con propiedades agonistas de la dopamina) ha tenido éxito en dicho caso, siendo este agente eficaz frente a los antidepressivos cíclicos en el tratamiento de la misma.

Por último, se precisa que existe un alto porcentaje de trastornos de ansiedad en los pacientes de Parkinson que en otras poblaciones de pacientes crónicos psíquicos y físicos, siendo la fobia social la más frecuente (Stein *et al.*, 1990). Los estudios que hemos mencionado llevarían a señalar la falta de trabajos que intentan abordar las características neuroendocrinas de pacientes con ansiedad social con el objetivo de conducir a nuevos enfoques de intervención de la misma.

#### **2.4. Factores psicológicos**

Los autores Schlenker y Leary (1982) de la teoría de autopresentación defendían que la ansiedad social tenía lugar cuando el individuo estaba motivado para dar una buena impresión de su persona ante los demás, pero mantenía ciertas dudas con respecto a su capacidad para conseguirlo. En esta línea, se ha propuesto que los individuos que padecen ansiedad social se muestran inquietos como resultado de los pensamientos preocupantes relativos a la activación fisiológica, a su ejecución y a la percepción que tienen las demás personas de ellos. Este hecho les lleva a experimentar altos niveles de ansiedad y bajos niveles de atención prestada a los demás, repercutiendo negativamente en su ejecución social.

Los planteamientos anteriores junto a otros sitúan la ansiedad social dentro del cuerpo de investigaciones sobre la personalidad. Por ejemplo, se ha demostrado una correlación positiva entre autoconciencia pública (Buss, 1980) y ansiedad social (Fenigstein, Scheier y

Buss, 1975; Pilkonis, 1977b), desde una perspectiva de rasgo, obteniendo las personas con fobia social puntuaciones superiores en autoconciencia pública (Pilkonis, 1977b). Así, otros rasgos que se han estudiado son la introversión y el neuroticismo (Echeburúa y Salaberría, 1999), informando que los individuos con fobia social presentan puntuaciones más altas en introversión que las personas que no reciben diagnóstico de trastorno mental y que los que padecen agorafobia (Amiens *et al.*, 1983). Además, los individuos con fobia social manifiestan un nivel elevado de neuroticismo (Marks, 1970). Leary y Kowalski (1993) han encontrado correlaciones moderadas entre ansiedad social y neuroticismo (evaluado por el *Eysenck Personality Inventory* y por el *NEO Personality Inventory*), y con ansiedad rasgo. Por otra parte, se ha hallado que los sujetos con fobia social presentan puntuaciones significativamente mayores en introversión y neuroticismo que la población general. No obstante, no se han registrado diferencias entre los dos grupos en relación a la escalas de psicoticismo y la escala L (Moro, Botella y Ballester, 1997).

Por otro lado, los estudios relativos al temperamento en personas con fobia social prestan atención a la variable inhibición comportamental concebida como un modo de temperamento, caracterizado por la renuncia a la interacción con otras personas, evitación de escenarios, personas u objetos no familiares (Kagan, Reznick y Snidman, 1988). En principio, se ha postulado que la inhibición conductual temprana constituiría un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad, estando ésta más asociada a la ansiedad social (Mick y Telch, 1998).

Otros factores psicológicos que han cobrado una importancia considerable son los factores de aprendizaje, tales como los déficit en habilidades sociales o la ansiedad condicionada (Echeburúa, 1993). Según esto, los pacientes con fobia social pueden sufrir la ausencia de algunas conductas en el repertorio comportamental, considerándose éstas imprescindibles para el desenvolvimiento en las interacciones interpersonales. Del mismo modo, la fobia social puede ser el resultado de una situación traumática que se ha aprendido en el contexto de algún encuentro social. Por otra parte, ciertos esquemas cognitivos pueden jugar un papel principal en la dirección que puede tomar la conducta de un individuo aquejado de ansiedad social. Se trataría de esquemas que apelan a las creencias básicas sobre el *self*, las reglas rígidas de funcionamiento asociadas al funcionamiento social y los supuestos disfuncionales (Clark y Wells, 1995). Dichos supuestos se formarían en el transcurso del desarrollo de una determinada persona con la función de filtrar la información, lo que dotaría a la misma de la capacidad de percibir su actuación y su desempeño en una situación concreta

de interacción social.

Determinados procesos cognitivos (atención, memoria, etc.) actuarían como causas proximales. Se considera importante para los modelos actuales sobre la fobia social no solo el papel del contenido de las cogniciones, sino también las estructuras y estrategias de procesamiento de información que aportarían una explicación y descripción al trastorno. Según los postulados de la mayoría de dichos modelos, se resalta el importante papel que tiene la atención, la memoria y los juicios e interpretaciones en la vulnerabilidad y en el mantenimiento de la fobia social. El sistema atencional sería el responsable de detectar y supervisar, mediante los mecanismos necesarios, los estímulos ambientales e interoceptivos (internos) significativos para el estado motivacional del organismo. La ansiedad social es considerada como una emoción adaptativa para la supervivencia del propio organismo, al igual que la ansiedad en general, preparando al organismo ante cualquier amenaza o peligro procedente del ambiente y sirviéndole al individuo a actuar de un modo rápido y eficaz ante los mismos. No obstante, la detección de amenazas y peligros del ambiente por parte de los individuos con fobia social a menudo es excesiva y exagerada, identificando una multitud de estímulos como amenazantes que se estimarían como muy peligrosos. Por ello, el interés por averiguar la existencia de un sesgo atencional en los trastornos de ansiedad, en general y en la fobia social, en particular ha tenido lugar durante la década de los años ochenta. Se hipotetiza que dicho sesgo puede constituir un factor determinante, tanto en la etiología como en el mantenimiento de dichos trastornos. Del mismo modo, los modelos cognitivo-comportamentales existentes conceden un rol importante a este sesgo atencional (Botella *et al.*, 2003b). No obstante, en una revisión reciente, en general, no se ha encontrado una evidencia consistente con la afirmación de que los individuos con fobia social se caracterizan por procesos cognitivos típicos (Stravynski, Bond y Amado, 2004); además, no se ha presentado ninguna evidencia que compruebe el efecto controlador de los procesos cognitivos semejantes en la conducta de fobia social.

Por otra parte, se han empleado distintas tareas experimentales con el objetivo de evaluar los sesgos atencionales hacia la información emocional. Una de ellas es la tarea de *Stroop*, en la que se le presenta al sujeto una serie de palabras-estímulos y éste tiene que decir el color de las palabras sin leerlas. En el caso de la ansiedad social, se ha puesto en duda la existencia de un sesgo atencional hacia la presencia de estímulos sociales amenazantes, dependiendo del tipo de tarea de *Stroop* que se emplee. Aunque, la presentación conjunta de la totalidad de las palabras de amenaza social desencadena el sesgo atencional (Amir, McNally y

Wiegartz, 1996; Hope, Rapee, Heimberg y Dombek, 1990; Quero, 1999). No obstante, la presentación de las palabras de un modo aleatorio (juntando las categorías emocionales) da lugar a datos no tan concluyentes (Holle, Neelly y Heimberg, 1997; Maidenberg, Chen, Craske, Bohn y Bystritsky, 1996; Quero, 1999). Los resultados del estudio reciente de Baños, Quero y Botella (2005) señalan diferencias entre los formatos (tarjetas y computerizado) de la tarea de *Stroop* emocional, donde se obtuvo resultados a favor de la hipótesis del sesgo atencional en el caso del formato de tarjetas, pero no en el computerizado. Además, no se dan evidencias sobre un posible sesgo atencional cuando se utiliza el enmascaramiento retroactivo. Por su parte, el grado de evitación de la conducta objetivo se considera fundamental en la presentación del sesgo atencional. Por otra parte, con el objetivo de incrementar la validez ecológica, parte de los estudios han usado otro tipo de tareas, donde se han empleado estímulos que mantienen una relación directa con la situación temida, tales como dibujos o fotos de la misma. Concretamente, en la fobia social se han utilizado caras de personas (Chen, Ehlers, Clark y Mansell, 2002; Mansell, Clark, Ehlers y Chen, 1999; Mogg y Bradley, 1999), resultando el sesgo atencional hacia las caras negativas consideradas como amenazantes socialmente. Por último, algunas teorías cognitivas (por ejemplo, Clark y Wells, 1995) señalan que el sesgo atencional se centraría en la propia persona (autofocalización de la atención) y no en la información del exterior. Otras (Botella *et al.*, 2003b; Rapee y Heimberg, 1997) defienden la posible existencia de un sesgo atencional tanto hacia la información externa como hacia la propia persona, ayudando a la comprensión de los mecanismos implicados en la fobia social. En la actualidad, los datos obtenidos no son concluyentes, de manera que algunas veces éstos apoyan la postura de Clark y Wells, mientras que otras veces favorecen la de Heimberg y Wells (Bradley *et al.*, 1997; Chen *et al.*, 2002; Mansell *et al.*, 1999; Mogg y Bradley, 1999; Veljaca y Rapee, 1998).

Las investigaciones también se han interesado por la posibilidad de encontrar un sesgo en la memoria en individuos con trastornos de ansiedad, de manera que éstos retendrían la información amenazante relativa a sus miedos y temores. En esta línea, ha habido dos teorías que han defendido la idea anterior: la teoría de la red del estado del ánimo y la memoria de Bower (Bower, 1981, 1987) y la teoría de los esquemas de Beck (Beck *et al.*, 1985). Según dichas teorías, las personas ansiosas suelen presentar una mejor memoria para la información asociada a la ansiedad. No obstante, este último resultado se ha verificado de manera repetida en la depresión, mientras los datos no han sido tan concluyentes en el caso de la ansiedad. Williams, Watts, MacLeod y Matthews (1988, 1997) formulan una teoría que

aclara la diferencia anterior entre la depresión y la ansiedad, distinguiendo entre dos tipos de recuerdos: consciente y no consciente. Estos autores defienden que es posible que el recuerdo explícito de la información presentada en la ansiedad no diera lugar a sesgos de memoria, apareciendo éstos en una tarea en la que el individuo tiene que usar el material que ha aprendido anteriormente sin que retenga la información, siendo el recuerdo de tipo implícito. Las personas con problemas de ansiedad mostrarían un sesgo cuando seleccionan preferentemente la información asociada a sus miedos durante la tarea de memoria implícita. No obstante, dicho sesgo no aparece durante el recuerdo explícito de la información emocional aprendida.

En el caso de la fobia social, los estudios se han preocupado de resaltar tanto la importancia del tipo de tarea usada (implícita versus explícita) como el tipo de estímulo a recordar (verbal versus no verbal) con el objetivo de detectar el sesgo de memoria. Los datos no son concluyentes en relación a los estímulos verbales (Becker, Roth, Andrich y Margraf, 1999; Cloitre, Cancienne, Heimberg, Holt y Liebowitz, 1995; Lundh y Öst, 1996; Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft y Rodney, 1994). Es decir, dichos estímulos no provocan la presencia de un sesgo de memoria en la fobia social. Se ha informado que un número elevado de señales de recuerdo de palabras sociales amenazantes se caracterizó por un efecto negativo en el grupo con fobia social frente al grupo de personas sin ansiedad (Wenzel, Jackson y Holt, 2002); no obstante, este efecto fue pequeño, no llegando a ser significativo. Por su parte, la utilización de tareas que implican estímulos no verbales (en su mayoría, expresiones faciales) evoca una facilitación de la recuperación y del recuerdo de la información relativa al peligro y la amenaza social (Foa, Gilboa-Schechtman, Amir y Freshman, 2000; Lundh y Öst, 1996). Además, en comparación con los sujetos sin ansiedad social, los pacientes con fobia social manifiestan mejor reconocimiento y recuerdo de las expresiones faciales negativas que las positivas o neutras. Este resultado hace concluir que el sesgo de memoria en la fobia social es posible, únicamente, cuando se emplean tareas de recuerdo que hacen uso de expresiones faciales. La validez ecológica de dichas tareas sería mayor que la de las que utilizan palabras, teniendo lugar el miedo a la evaluación negativa, característico en los pacientes con fobia social.

Finalmente, los sesgos de juicio e interpretación han sido abordados desde las teorías cognitivas para valorar el papel que ejercen en la etiología y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Williams *et al.*, 1997). Se han encontrado diferencias entre ambos procesos a pesar de la relación que mantienen entre ellos (Amin, Foa y Coles, 1998). El sesgo

de juicio en la fobia social apelaría a la alta probabilidad de ocurrencia de sucesos negativos de tipo social y a la valoración de unos costes elevados de los mismos para los pacientes, tales como la evaluación negativa o el malestar. Por su parte, los sesgos de interpretación aludirían a la manera en la que las personas con fobia social realizan interpretaciones negativas de los sucesos sociales ambiguos. En esta línea, se ha demostrado que el uso de medidas explícitas (Muris, Luermans, Merckelbach y Mayer, 2000; Nunn, Mathews y Trower, 1997) y de los indicadores psicológicos de interpretación (Lawson, MacLeod y Hammond, 2002) que se incrementan en los autoinformes de síntomas depresivos de adultos y niños se relacionan con interpretaciones negativas de situaciones sociales ambiguas. Por su parte, los resultados del estudio de Dineen y Hadwin (2004) mostraron que determinados niveles de autoinforme de síntomas depresivos predicen incrementos en el número de las interpretaciones negativas de escenarios sociales ambiguos para el propio juicio.

En esta línea, los hallazgos relativos a los sesgos de juicio ponen de manifiesto que la presencia de estas distorsiones en los pacientes de ansiedad social está ligada a la aparición de sucesos negativos asociados a sus miedos específicos, siendo la probabilidad de ocurrencia de los mismos mayor, lo que les causa un elevado coste (Foa, Franklin, Perry y Herbert, 1996; Lucock y Salkovskis, 1988). Por su parte, los resultados referentes a los sesgos de interpretación revelan que los individuos con fobia social tienden a percibir su propia conducta como inadecuada. Estas personas se vuelven muy precisas a la hora de evaluar la conducta de los demás, mostrándose muy negativos durante la evaluación de su propia conducta (Clark y Arkowitz, 1975). Este último resultado se ha repetido en estudios posteriores (Alden y Wallace, 1995; Mellings y Alden, 2000; Rapee y Lim, 1992; Stopa y Clark, 1993). Se ha verificado la especificidad de este sesgo de interpretación en la fobia social, a diferencia de otros trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, el de ansiedad generalizada o la fobia específica (Stopa y Clark, 1993). Asimismo, la interpretación de los sucesos o estímulos sociales ambiguos por parte de las personas con ansiedad social es negativa (Amin *et al.*, 1998; Constans, Penn, Ihen y Hope, 1999; Stopa y Clark, 2000). Del mismo modo, Roth, Antony y Swinson (2001) informan que los pacientes con fobia social mantienen una tendencia a percibir que los demás interpretan que la sintomatología que experimentan encubre altos niveles de ansiedad o una condición psiquiátrica, sin constituir un indicador de un estado físico normal. Por último, para más información se puede consultar la revisión realizada por Sposari, Abbott y Rapee (2003), quienes muestran un resumen integrador de las pruebas teóricas y empíricas de los sesgos del procesamiento de la

información con respecto a la atención, interpretación, procesamiento antes y después de la actuación social, así como de los sesgos de memoria en la fobia social.

## 2.5. Factores socioculturales

La ansiedad social fue explicada por Schlenker y Leary (1982) mediante la teoría de la autorepresentación y la conducta interpersonal tal como hemos señalado anteriormente. Se ha concluido que cualquier aspecto que ejerce algún impacto sobre los componentes de esta teoría (motivación para impresionar a los demás y probabilidad subjetiva de conseguirlo), también influirá sobre la experiencia de ansiedad social. Según dicha teoría, se ha dejado claro que el juicio de la propia persona, acerca de la impresión que causa en los demás para alcanzar las metas que desea, cobraría un papel central en la experiencia de la ansiedad social. Resultaría irrelevante para la teoría lo positivo o negativo que sea la impresión (Leary y Kowalski, 1993). Estos autores defienden que las personas podemos cometer errores cuando emitimos un juicio sobre la impresión que causamos en los demás. Solemos comparar el juicio o las reacciones que recibimos con nuestros estándares internos, dando lugar a diferencias significativas entre individuos que juzgan la misma situación.

Entonces cuanto más elevado sea el criterio de comparación más va a ser el nivel de ansiedad social experimentado. Esto ocurriría cuando las personas toman la conducta de individuos (que disfrutan de un alto prestigio o fama o son considerados como muy hábiles en un área de funcionamiento) como estándar de comparación, dando resultados negativos de insatisfacción o la dificultad de superar el criterio elevado empleado para juzgar. Todo ello indica que se está apelando al problema típico de los modelos de autocontrol en relación al criterio de ejecución que la persona utilizaría para compararlo con su conducta (Bandura, 1976; Kanfer y Karoly, 1972; Mischel, 1971). De acuerdo con el modelo de fobia social de la autopresentación, se ha encontrado que la ansiedad social estaba asociada con incrementos en las expectativas positivas y con decrementos en las negativas (Eggleston, Woolaway-Bickel y Schmidt, 2004). En definitiva, los aspectos recogidos en la teoría de la autopresentación juegan un papel primordial en la comprensión del surgimiento, adquisición y mantenimiento de la ansiedad social.

Por otra parte, los valores existentes en una determinada cultura cobrarían una gran importancia en la vida social de los miembros de la sociedad, dirigiendo sus comportamientos. Dichos valores serían considerados como legados culturales que se transmiten de una generación a otra, aludiendo a una serie de ideas sobre determinados temas

(por ejemplo, el éxito, el reconocimiento, el fracaso, el prestigio, etc.) procedentes de la misma cultura. Muchas veces, el logro del éxito, el reconocimiento social o el prestigio estaría ligado al logro del dinero o de la categoría política o laboral y no a determinados aspectos tales como la entrega, confianza, respeto y la capacidad de establecer amistades, tratándose de un éxito extremadamente superficial y materialista (Botella *et al.*, 2003b).

Por otro lado, ciertos sistemas de valores culturales tendrían un papel central en la interacción y la ansiedad social, estableciendo una influencia diferencial de los mismos sobre el funcionamiento en grupo y el individual. En esta línea, existen notables diferencias en el tipo de vida que se establece entre unas culturas y otras. Algunas fomentarían la soledad y el establecimiento escaso de contactos interpersonales de modo puntual, mientras que otras concederían un gran valor al apoyo y la colaboración entre los miembros del grupo social (familia, grupo de iguales, vecindad, etc.), aludiendo a los modos de actuación agónico y hedónico. Del mismo modo, las creencias de una determinada cultura, asociadas a la sumisión a la autoridad (de los jefes, varones, progenitores, etc.) pueden tener una gran consideración. Esto determinaría a menudo los comportamientos de los individuos educados y criados en una cultura o sociedad determinada (por ejemplo, sociedades orientales frente a occidentales, cultura gitana, etc.) (Botella *et al.*, 2003b). En cultura japonesa, el “*taijin kyofusho*” es descrito como una fobia distinta culturalmente en el DSM-IV, clasificándose en cuatro tipos, dependiendo del contenido del miedo social mantenido (Suzuki, Takei, Hawaii, Minabe y Mori, 2003), siendo éstos los siguientes: “*sekimen-kyofu*” (fobia a sonrojarse), “*shubo-kyofu*” (fobia a la deformidad corporal), “*jikoshisen-kyofu*” (fobia al contacto ocular directo) y “*jikoshu-kyofu*” (fobia al propio olor corporal desagradable); tan sólo el “*sekimen-kyofu*” puede estar incluido dentro de la categoría de fobia social de acuerdo con el DSM-IV, ya que el miedo a sonrojarse constituiría un síntoma común. Se ha encontrado que los síntomas de ansiedad social evaluados por la *Japanese Scale of Social Anxiety (TKS)* suelen estar más expresados por individuos de nacionalidad japonesa que suelen tener un nivel bajo de independencia, pero alto en interdependencia (Dinnel, Kleinknecht y Tanaka-Matsumi, 2002); estos autores defienden que los síntomas de fobia social también suelen presentarse en este tipo de personas sin considerar la pertinencia a una cultura u otra.

Todo lo anterior confirmaría la labor de prestar una gran atención a los sistemas de valores mantenidos por los miembros de una determinada cultura durante la comprensión y el tratamiento de la ansiedad social. Además, sería de suma importancia tener en cuenta las ideas sobrevaloradas que se mantienen en relación a cualquiera de los aspectos mencionados. Hasta

aquí nos hemos centrado en estudios realizados fundamentalmente con población adulta. A continuación vamos a ofrecer una exposición de algunos trabajos desarrollados, en población infantil y juvenil, respecto a la timidez y la ansiedad social.

### 3. Timidez y ansiedad social en niños y adolescentes

Dentro de los rasgos de personalidad se incluye la timidez, constituyendo una forma que se acercaría a la fobia social y que compartiría con la misma el antecedente del miedo a la evaluación negativa. Aunque, estos dos conceptos no se consideran sinónimos, ya que en el caso de la fobia social tanto el componente de evitación como el menoscabo del funcionamiento social y ocupacional son más acentuados (Bruch, 1989). McNeil (2001) propone en su revisión varias maneras específicas en las que pueden interrelacionar los conceptos de ansiedad social, fobia social, timidez, introversión e inhibición conductual, concluyendo que las distintas formas de ansiedad social se localizarían a lo largo de un continuo y los constructos relacionados, tales como la timidez, fluctuarían desde los niveles normales de ansiedad social hasta los patológicos. En esta línea, hay un número considerable de estudios sobre niños y adolescentes categorizados como tímidos que encuentran altos niveles de ansiedad social, retraimiento y evitación social en los mismos (Bruch y Cheek, 2000; Compton, Nelson y March, 2000; Jones, Briggs y Smith, 1986; Olson y Roseblum, 1998; Stemberger *et al.*, 1995). No obstante, el trastorno de ansiedad social sería considerado más que una timidez, ya que presentaría procesos multideterminantes de factores endógenos y exógenos, expresándose diferencialmente en varias edades y etapas de desarrollo junto a otros factores medioambientales y contextuales (Albano y Hayward, 2004).

Se ha obtenido una correlación negativa entre timidez junto a la ansiedad social y las puntuaciones no verbales codificadas, y otra positiva entre timidez y medidas de ansiedad (Schroeder, 1995). Así, tanto la timidez como la ansiedad social estarían asociadas a problemas funcionales. La primera daría lugar a un deterioro de las relaciones de interacción social en más del 13% de los sujetos, mientras que la segunda provocaría un nivel elevado de deterioro, especialmente en lo que respecta al rendimiento académico (*American Psychiatric Association*, 2000; Beidel y Turner, 1998), depresión (Hazen y Stein, 1995; Ingram, Ramel, Chavira y Scher, 2001; Schatzberg, Samson, Rothschild, Bond y Regier, 1998; Stein *et al.*, 2001) y un aumento de la probabilidad de comenzar a consumir sustancias tóxicas (Clark, 1993; Clark y Kirisci, 1996; DeWit *et al.*, 1999).

La investigación del origen de la timidez en la infancia se ha centrado en la detección

de una serie de factores fiables de desarrollo que confirmarían su existencia durante determinados períodos de tiempo, siendo posible la presencia de estos factores en personas aquejadas de síntomas de fobia social en el transcurso de la adolescencia y la edad adulta. En este terreno, existen cuatro campos relacionados con el desarrollo de la personalidad, los cuales mostrarían una visión acerca del origen y del curso de la timidez, aludiendo a las características del temperamento, factores familiares, procesos de socialización y problemas de autoestima (Bruch y Cheek, 2000). Neal y Edelman (2003) concluyen que el desarrollo del curso de la fobia social tendría un perfil viable, incorporando variables temperamentales y motivacionales-comportamentales, estilos parentales, relaciones interpersonales prolongadas y problemas internalizados. Así, se ha sugerido que el curso longitudinal de la fobia social estaría mejor caracterizado por el concepto de espectro de la misma, debido a las oscilaciones significativas en sus niveles (Merikangas, Avenevoli, Acharyya, Zhang y Angst, 2002). Además, un porcentaje significativamente alto del grupo con fobia social (92%) informa haber vivido una historia severa con experiencias humillantes, donde han sido atormentados (McCabe, Antony, Summerfeldt, Liss y Swinson, 2003). Esta historia estaba significativamente relacionada a una edad temprana del inicio del trastorno de ansiedad social y con un número alto de problemas autoinformados en la infancia. Este último resultado concuerda con la conclusión de Morris y Greco (2003), quienes defienden que la fobia social suele tener un inicio temprano, constituyendo un trastorno crónico y comórbido. Si esto fuera así, la detección temprana del trastorno y su tratamiento podría proteger a los niños de una vida estresante.

Desde finales del siglo XIV, se ha mantenido que la timidez tendría sus orígenes en una predisposición biológica personal. Por ejemplo, James (1890), sirviéndose del análisis realizado por Darwin, coloca la timidez entre los instintos humanos básicos. Así, se ha defendido que en el transcurso del primer año de vida de las personas se pondrían en marcha las primeras reacciones de vergüenza, constituyendo un estadio orgánico donde tiene lugar la expresión de la emoción instintiva (Baldwin, 1894). Por su parte, Campell (1896) dijo que “no hay otro hecho más cierto que éste: la timidez es propia de determinadas familias” (p. 805). Estas primeras suposiciones estarían apoyadas por los estudios realizados sobre la genética de la conducta, los cuales pretenderían explicar los orígenes de la timidez mediante la predisposición biológica heredada. En esta línea, se han encontrado correlaciones significativamente más elevadas, en distintas estimaciones del comportamiento social (conductas específicas relacionadas con la timidez), entre los gemelos idénticos que en los no

idénticos, apelando a un componente hereditario de respuesta a individuos desconocidos (Plomin y Rowe, 1979). Asimismo, los resultados de los trabajos referentes a la timidez confesada, en muestras de gemelos adolescentes y adultos, señalan diferencias significativas similares. Como ejemplo, se menciona el estudio de Cheek y Zonderman (1983), quienes informan de una correlación de 0,53 para los gemelos idénticos y otra de 0,24 para los no idénticos en las puntuaciones de una escala que valora la timidez.

A modo de conclusión sobre una revisión realizada sobre el tema, Plomin y Daniels (1986) conceden un papel central a la influencia que ejercería la herencia sobre la timidez, desde la infancia hasta la adultez, siendo ésta más importante que otros rasgos de personalidad tales como el nivel de actividad. Según estas investigaciones, la timidez respondería a dos aspectos: la definición de temperamento “rasgos de personalidad heredados” y “presente en la primera infancia” (Buss y Plomin, 1984). No obstante, se han manifestado algunos desacuerdos relativos a la consideración de la timidez como un rasgo del temperamento, concluyendo estos autores que sería preferible entender la timidez como un derivado del grupo de los rasgos sociales y emotivos del temperamento. Como resultado, se concedería a la sintomatología cognitiva de la timidez un papel importante en la repercusión perturbadora causada a partir de la fase tardía de la infancia y en la edad adulta. En los adultos, las connotaciones derivadas de la timidez serían más complejas. Por ello, se ha propuesto la categoría de “inhibición conductual” para aludir a determinados rasgos del temperamento, tales como el recelo a personas desconocidas o la timidez en situaciones de riesgo de fracaso que pueden despertar cautela ante los posibles daños provocados (Kagan y Reznick, 1986; Kagan, Snidman y Arcus, 1993). Tanto Kagan y Reznick (1986) como Plomin y Daniels (1986) están de acuerdo en que algunos niños mostrarían predisposición biológica innata que les puede llevar a desarrollar la timidez. En esta línea, se ha demostrado que los niños inhibidos a nivel conductual suelen experimentar un ritmo cardíaco alto y estable, dilatación pupilar y tensión muscular ante los estímulos nuevos y las tensiones leves, relacionándolas con determinados umbrales diferenciales de excitación de ciertas zonas del sistema nervioso, tales como las amígdalas y sus proyecciones (Kagan *et al.*, 1993; Reznick, 1989). De todas maneras, se hace necesaria la realización de más estudios que pretendan descubrir los aspectos biológicos de la ansiedad y fobia social en los niños y adolescentes (Pine, 1999).

Otra función implicada en los orígenes de la timidez sería la que alude a las diferencias temperamentales entre las personas referentes a la flexibilidad y el control de la atención

(Rothbart y Mauro, 1990). La supremacía de los factores genéticos sobre los ambientales-familiares en el sufrimiento de una fobia se ha quedado reflejada en el estudio de Kendler *et al.* (1992), quienes hacen uso de una muestra de niñas gemelas, en la que aumentaba el riesgo de padecer una fobia debido a factores de tipo genético, respondiendo a un modelo heredado de predisposición a la fobia. Por último, el estudio familiar sobre la fobia social de Fyer *et al.* (1993) indica que los parientes con este trastorno, en comparación con los parientes de personas normales, muestran un riesgo significativo más elevado de experimentar el mismo. No obstante la concordancia familiar puede ser interpretada de otras maneras.

Se ha distinguido entre dos tipos de timidez (Buss, 1980, 1986). La primera se denomina timidez temerosa que tendría lugar en el primer año de vida y que se destacaría por sus características temperamentales de cautela, inhibición conductual y emotividad. La segunda se refiere a la timidez consciente que aparecería en etapas más tardías (alrededor de los 4 o 5 años), en las que comienza a aflorar la personalidad cognitiva, alcanzando su pico en la etapa de adolescencia (en torno a los 14-17 años). En este segundo tipo, el adolescente se enfrentaría a su egocentrismo cognitivo y a otros temas relacionados con su identidad (Adams, Abraham y Markstrom, 1987; Cheek, Carpentieri, Smith, Rierdan y Koff, 1986). Es decir, la timidez que comienza temprano se caracterizaría por la ansiedad somática y la inhibición conductual, mientras que la que aparece en una época tardía presentaría una sintomatología cognitiva de ansiedad psíquica como señales de alerta y preocupación ante la situación amenazante, mostrando tres tipos de componentes a la hora de actuar: tensión, torpeza en situaciones de interacción social e inquietud en el trato con personas desconocidas (Cheek y Melchior, 1990). También, se ha hablado del “síndrome de timidez vesical” (paruresis), caracterizado por el miedo a no poder orinar en baños públicos o a situaciones en las cuales otras personas pueden estar conscientes de que alguien está orinando; algunos autores han considerado este tipo de timidez como un subtipo del trastorno de ansiedad social (Sofier, Zgourides, Himle y Pickering, 2001; Kessler *et al.*, 1998). Recientemente, se ha encontrado que un tercio de los sujetos aquejados de paruresis evitaban el acceso a las fiestas o a eventos deportivos, y la mitad de ellos se limitaban al trabajo que habían elegido (Vythilingum, Stein y Soifer, 2002). Además, los dos trastornos más comórbidos con la paruresis fueron la ansiedad social y la depresión.

En esta línea, algunas investigaciones realizadas con alumnos universitarios indican cuatro tipos de resultados que responderían a la conceptualización del desarrollo de la timidez según Buss (Bruch, Giordano y Pearl, 1986; Cheek *et al.*, 1986; Shedlack, 1987). En primer

lugar, casi un 36% de sujetos tímidos informa que ha sufrido la timidez desde su primera infancia; en segundo lugar, dicha timidez temprana era más persistente, afirmando un 75% de los que la padecieron que siguen siendo tímidos en épocas más tardías; en tercer lugar, los individuos que habían manifestado la timidez en la primera infancia experimentaron síntomas cognitivos de la ansiedad durante la etapa de la adolescencia, diferenciándose de las personas que se habían aquejado de timidez en época más tardía al mostrar más sintomatología ansiosa somática y menos cognitiva; en cuarto lugar, la timidez que aparece en edad temprana acarrea más problemas de adaptación, informando los varones tener más sintomatología conductual de timidez. Así, los datos epidemiológicos de una muestra de personas con ansiedad social sin comorbilidad ofrecen un esquema bimodal por edad en el comienzo de la misma, apareciendo ésta antes de los 5 años o se localizaba en la franja de edad comprendida entre los 11 y 15 años (Schneier *et al.*, 1992). Además, los varones que padecen fobia social manifestaron que las relaciones que mantenían con sus padres y compañeros en su infancia habían sido negativas, especialmente con sus madres (Gilmartin, 1987b), mientras que los niños tímidos informan de una relación negativa solo con sus compañeros, ya que suelen establecer un trato amistoso con sus madres (Stevenson-Hinde y Hinde, 1986).

En cuanto a las investigaciones que relacionan los factores familiares con la timidez en la literatura relativa al desarrollo infantil, cabría destacar el interés de las mismas por el abordaje de la relación mantenida entre las características de los padres y la timidez de sus hijos. Por ejemplo, el estudio de Plomin y Daniels (1986) revela que, en general, las familias con niveles elevados de cohesión, altos índices de expresividad emocional, orientación intelectual y esparcimiento, así como bajos en conflictividad, evaluaban a sus hijos como menos tímidos entre los doce y veinticuatro meses de edad. Este hecho fomentaría la comunicación abierta y la motivación de los padres a sus hijos para la participación social y cultural. Plomin y Daniels concluyen que las puntuaciones de cohesión y expresión emocional, las cuales correlacionaban con la timidez infantil, apuntan que el apoyo de los padres y la interacción social aumentarían la probabilidad de experimentar una menor timidez en la primera infancia. Del mismo modo, la respuesta de la madre a la comunicación infantil en el transcurso de los dos primeros años y medio de vida establecía una correlación única negativa con las puntuaciones de timidez de las niñas (a los 6,3 años) (Engfer, 1993). Además, la timidez de las niñas (a los 4 y 18 meses) mantenía correlaciones con los rasgos de personalidad de la madre, tales como la inquietud, el nerviosismo, inhibición e irritabilidad, mientras que a los 6,3 años la única variable de personalidad de las madres que correlacionaba

con la timidez de las niñas era la inquietud. A modo de conclusión, Engfer defiende que la timidez de las niñas estaría estrechamente relacionada con las características maternas, mientras que la de los niños varones se presentaría independiente de la influencia materna. En relación a la expresión facial, se ha puesto de manifiesto en el estudio de Melfsen y Florin (2002) la carencia de un indicador de una codificación elevada de las expresiones faciales negativas en niños con ansiedad social; tampoco hubo una tendencia de interpretar las caras positivas o neutras como negativas.

En esta misma línea, el modelo de Mills y Rubin (1993), y Rubin, LeMare y Lollis (1990) aporta una explicación de cómo influirían las características de los padres sobre el desarrollo de la timidez de los niños. Estos autores defienden que los niños que tienen la posibilidad de ser tímidos suelen presentar un temperamento tímido, pudiendo ser responsable de la reacción de inhibición conductual ante situaciones novedosas, la cual no suele ser remediada por los padres en la fase de educación. Estos factores desencadenarían condiciones de tensión familiar y limitación de recursos, pudiendo dificultar la labor de los padres para solventar la situación y posibilitándoles sentimientos de inseguridad e ineficacia que se generalizarían a otro tipo de relaciones. Todo ello, puede dar lugar a un esquema negativo reforzado por los comentarios de los otros, posibilitando la aparición de los síntomas de timidez en el niño ante una multitud de situaciones de interacción social. Según esto, la timidez infantil sería el resultado de la interacción entre una serie de características del niño y determinadas condiciones que afectarían al apoyo proporcionado por los padres. Así, los resultados referentes a los individuos con fobia social señalan que tanto los que padecen la forma generalizada como la no generalizada mantienen diferencias con los sujetos del grupo control, ya que los individuos de ambos subtipos manifiestan una elevada preocupación de los padres por la opinión de los demás y el empleo de la vergüenza como un método de castigo (Bruch y Heimberg, 1994). No obstante, el único grupo que informa de un mayor aislamiento y de una menor socialización familiar es el referente a los individuos con fobia social generalizada. Recientemente, se ha indicado que el grupo mixto de ansiedad social con depresión clasifica a sus padres como altamente preocupados en relación a otras opiniones, sentimientos avergonzados sobre su ejecución, percibiendo una restricción social familiar mayor que el grupo de ansiedad social y otros grupos (Johnson, Inderbitzen-Nolan y Schapman, 2005).

Por su parte, el proceso de socialización daría lugar a diferencias en los sexos en la timidez. Muchas veces, la timidez presentada por los niños varones puede ser menos aceptada

por los padres y compañeros que la de las niñas (Jones *et al.*, 1986), aunque las mediciones de la timidez no ofrecen diferencias de sexo. Por su parte, Bronson (1966) defiende que, los estereotipos mantenidos fomentaría a aceptar menos a un niño tímido que a una niña tímida por cuestiones tradicionales, de manera que al varón se le exigiría ser activo y tener la iniciativa en las interacciones interpersonales. Se sabe que determinadas variables como el autocontrol, la aventura, la madurez emocional y la autoconfianza mantienen correlaciones negativas con la timidez (McCroskey, Daly y Sorenson, 1976). Por lo tanto, la manifestación de la sintomatología de la timidez por parte de un varón, durante la infancia y la adolescencia, en presencia de personas que mantienen una idea tradicional sobre los roles sexuales incrementaría la probabilidad de que reciba una retroalimentación negativa por ellas. Además, los padres suelen amonestar más los comportamientos tímidos e inhibidos de los niños varones que los de las niñas (Bacon y Ashmore, 1985; Mills y Rubin, 1993). Los niños tímidos serían menos preparados a observar comportamientos adaptados a la función tradicional de cada sexo, pudiendo llevarles a enfrentarse a más problemas resultantes del propio proceso de socialización pertinente a ambos sexos. Por ejemplo, en el caso de los niños varones tímidos pueden encontrarse ante un conflicto entre lo que espera la sociedad de su actuación en distintas situaciones y entre lo que espera él de su propio comportamiento en las mismas.

Por otro lado, O'Neil (1981) observa que los niños varones y hombres jóvenes tímidos tienen mayor probabilidad de experimentar un miedo más elevado a la feminidad que los no tímidos, cuando reciben críticas de los demás referentes a su comportamiento discrepante asociado a la función de cada sexo. Así, Berko (1993) encuentra una relación positiva entre la timidez y el miedo a la feminidad y otra negativa entre la autoestima asociada a las habilidades físicas y dicho miedo. Este hecho aportaría más evidencias a la suposición de que la timidez puede acarrear dificultades para los varones, referentes a la socialización de los roles sexuales. En cuanto al tipo de relación que mantienen los niños y adolescentes tímidos con los compañeros suelen ser negativas debido a que los demás realizarían una evaluación desfavorable de la conducta inhibida y de su actitud evitativa, mostrando una reacción indiferente o repulsiva. Además, un gran número de estos niños presenta una tasa alta de conductas de aislamiento social, evitación, inhibición y ansiedad (Olweus, 1993). Por su parte, el estudio de Vernberg *et al.* (1992) revela que la evitación social-malestar general se relacionaba negativamente con los niveles de la intimidad y el compañerismo. No obstante, ningún componente de la ansiedad social mantuvo una correlación significativa con la repulsión (por ejemplo, la agresión directa y la exclusión de tareas deseadas). Asimismo, estos

autores informan que los bajos grados de intimidad y compañerismo, al igual que las experiencias de repulsión, se relacionaban con incrementos en el miedo a la evaluación negativa en la primera mitad del año escolar.

Finalmente, se ha señalado que la timidez de los niños y adolescentes provocaría serias perturbaciones en su autoestima. Por ejemplo, se ha encontrado una correlación negativa entre estimaciones de la timidez y la autoestima global en muestras compuestas por sujetos de distintas etapas comprendidas entre la infancia y la adultez (Cheek y Melchior, 1990), sin la determinación de cuál es el antecedente del consecuente. En esta línea, Buss (1980) excluyó la autoestima como antecedente de la timidez que aparecería en una etapa temprana, argumentando que los factores que provocarían una baja autoestima en la mitad de la infancia pueden convertir a la persona en ser más susceptible a manifestar un temperamento tímido a partir de la tardía infancia y la adolescencia, pudiendo actuar la baja autoestima en este caso como un antecedente del problema de timidez. Sin embargo, Mamries, O'Connor y Cheek (1983) han observado que la timidez estaba relacionada negativamente más con la apariencia física del individuo que con su autoestima académica. Este último resultado ha sido confirmado posteriormente por Bruch (1993), quien demostró que la timidez, en una muestra de varones, mantenía una correlación negativa con tres aspectos de la autoestima: apariencia física, aceptabilidad social y éxito académico. Este autor concluye que existe la posibilidad de que la relación entre la timidez y la baja autoestima se deba a la baja autoconfianza experimentada en el terreno social. Por otra parte, Buss (1980) afirma que existe un porcentaje reducido de personas con autoconciencia pública alta que son tímidas, a pesar de que la mayoría de las personas tímidas mantienen altos niveles de la misma. Bruch (1993) propone que la autoestima puede actuar como un mediador para el individuo por ser un proceso evaluativo interno que se pondría en marcha una vez que éste centra su atención en su propia imagen pública, siendo el sujeto objeto de evaluación por los otros. Por ello, la autoestima relativa a aspectos del ámbito social como la apariencia física debería tener la función de intervenir entre la relación entre la autoconciencia pública y la timidez. Por último, los niños del grupo con ansiedad social informan de más cogniciones negativas que el grupo control cuando se exponen a historias, donde se describen situaciones ambiguas (Bögels y Zigterman, 2000). No obstante, los niños con ansiedad social no sobreestiman el peligro en las respuestas libres, aunque juzgan las situaciones como más amenazantes en las respuestas cerradas; además, los niños ansiosos mantenían estimaciones

más bajas relacionadas con su competencia de hacer frente al peligro que el grupo control (Bögels y Zigterman, 2000).

#### **4. Modelos explicativos de la fobia social**

Desde el descubrimiento de la fobia social en el año 1969 (Marks, 1969; Marks y Gelder, 1966) se han realizado distintas propuestas que pretenderían dar una explicación a los orígenes, curso y tratamiento de este trastorno. Las diferentes teorías van desde la neurobiológica (Liebowitz *et al.*, 1985; Sheehan, 1983) y evolucionista-genética (Öhman, 1986; Öhman, Dimberg y Öst, 1985) hasta la conductual (Barlow, 1988; Marks, 1987) y la cognitiva (Beck y Emery, 1985). A continuación vamos a describir algunos de los modelos referentes a las corrientes: conductual, cognitiva y cognitiva-conductual.

#### **4.1 Modelos conductuales**

##### **4.1.1. Modelos de condicionamiento**

La fobia social puede tener orígenes como cualquier fobia específica, donde puedan existir una o varias experiencias traumáticas en la vida de la persona con fobia social (Barlow, 1988; Öst y Hugdahl, 1981). La diferencia entre la fobia social y la específica estaría en la naturaleza de los estímulos condicionados que son responsables del temor producido ante situaciones de interacción social, tales como hablar en público o comer en público frente a estímulos específicos como el miedo a los aviones o a las serpientes. Así, los estímulos incondicionados podrían ser distintos entre las fobias sociales y específicas. Puesto que, en el caso de la fobia social estos estímulos condicionarían un miedo relacionado con algún fracaso social o con alguna experiencia humillante como ser objeto de risa o crítica, mientras en la fobia específica el condicionamiento del miedo estaría ligado a la percepción del peligro físico.

Existen distintos tipos de condicionamiento; uno de ellos, es el condicionamiento traumático directo, donde las personas con fobia social suelen recordar experiencias condicionantes traumáticas directas que tendrían un papel central en el origen de la fobia. En esta línea, Öst y Hugdahl (1981) encontraron que un 58,1% de la muestra de individuos con fobia social recordaba experiencias condicionantes traumáticas directas que intervenían en el origen de su fobia social. Por su parte, Townsley (1992) examinó si en los orígenes de los subtipos de la fobia social (específico y generalizado) podrían involucrarse unos factores distintos, observando una notable diferencia entre el grupo con fobia social y el grupo control

en la proporción de los que recordaban experiencias condicionantes traumáticas (44% frente a 20%, respectivamente). Además, un mayor porcentaje (56%) de personas con el subtipo específico de la fobia social recordaban experiencias de condicionamiento traumáticas frente a un 20% del grupo control, mientras que el porcentaje de los individuos con el subtipo generalizado que consiguieron recordar dichas experiencias obtuvieron un porcentaje de 40%.

La importancia del papel explicativo de los procesos de condicionamiento en la fobia social se ha reflejado por Echeburúa (1995), defendiendo la existencia de dos fases en el transcurso de la misma, coincidiendo con la propuesta del “modelo bifactorial mediacional de Mowrer”. En la primera fase, las respuestas psicofisiológicas (temblor, sudor, taquicardia, rubor, etc.), la anticipación de consecuencias negativas ante posibles encuentros sociales y la presencia de conductas inadecuadas serían consecuencia de las experiencias sociales negativas experimentadas por un individuo con vulnerabilidad psicológica, pudiendo dar lugar al fracaso en las relaciones sociales. En la segunda fase, el paciente con fobia social evitaría activamente la situación social como respuesta a la anticipación de la posibilidad de que se produzcan consecuencias negativas relativas a situaciones sociales nuevas y a la puesta en marcha de respuestas de ansiedad relacionadas con las mismas. En definitiva, se produciría un reforzamiento negativo de la evitación social. Es decir, a mayor evitación de las situaciones sociales mayor ansiedad o miedo presentarían los individuos con fobia social ante las mismas. De lo contrario, la exposición y la disminución de las conductas de seguridad bajo una racionalidad cognitiva produce reducciones significativas en el nivel de ansiedad y de las creencias que mantienen el miedo (Kim, 2005); además, estas reducciones son mayores que en el caso de exposición con decremento de las respuestas de seguridad bajo la extinción o exposición sin cambio en las conductas de seguridad (Kim, 2005). Echeburúa (1993, 1995) y Salaberría y Echeburúa (1998) mantienen que los factores de vulnerabilidad pueden ser varios, siendo significativos, además de las experiencias traumáticas, la timidez y el aislamiento, las variables de personalidad como la introversión y el neuroticismo.

Otro tipo de condicionamiento es el de observación o vicario que viene a exponer que la simple observación de un individuo que muestra temor ante un objeto o en una situación determinada podría ser suficiente para condicionar el miedo o la fobia. En esta línea, la investigación humana del condicionamiento observacional del miedo es posible gracias al condicionamiento de miedos muy leves y pasajeros (Hygge y Öhman, 1978). Para los seres humanos el miedo fuerte y persistente podría desarrollarse a través de un condicionamiento vicario, aunque la simple observación de los padres por parte de sus hijos posibilita que

aprendan comportamientos, bien sumisos o dominantes, a través de un proceso de aprendizaje social en el que los padres actuarían como modelos para sus hijos. Por ejemplo, Öst y Hugadhl (1981) observaron que el 13% de la muestra de pacientes con fobia social informaban que la aparición de su fobia estaba relacionada con unas experiencias de aprendizaje vicarias de algún tipo, confirmando la posibilidad de surgimiento de la fobia social por un condicionamiento vicario en los seres humanos.

La propuesta de Olivares y Caballo (2003) sobre un modelo tentativo relacionado con la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social hace referencia a un proceso que incluiría una fase de vulnerabilidad, otra relacionada con la génesis y otra tercera que alude a las variables significativas mantenedoras de la ansiedad social. Estos autores proponen la posible existencia de una asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables propias del individuo que provocaría la génesis del trastorno de ansiedad social directa o insidiosamente. En este contexto social negativo cobrarían importancia las variables asociadas al ámbito familiar, al escolar y a otros contextos, tales como aspectos evolutivos y no evolutivos, variables de personalidad, respuestas de escape y déficit de aprendizaje. Determinados procesos de condicionamientos clásicos, instrumental, modelado y la transmisión de información establecerían la asociación entre el contexto social negativo y dichas variables relativas al sujeto. Por su parte, es posible que la incertidumbre percibida por el individuo y las respuestas de escape y de evitación tendrían un papel fundamental en el inicio, desarrollo y mantenimiento de la fobia social.

#### **4.1.2. Modelo de Barlow (Barlow, 1988)**

La propuesta de Barlow (1988) de un modelo sobre la fobia social es bastante parecida a la que ofrece sobre el trastorno de pánico y las fobias específicas. Este autor defiende que los seres humanos somos susceptibles a la desaprobación social y a la crítica por motivos de evolución biológica. Este hecho justificaría la experimentación de determinados miedos sociales de cada uno de nosotros en algún momento de nuestra vida, especialmente en la etapa de adolescencia. No obstante, no todos los individuos acaban desarrollando el problema de fobia social, sino que únicamente los que mostrarían una vulnerabilidad biológica y psicológica a la aprehensión ansiosa. Dentro de este modelo se recogen dos tipos de conceptos: falsas alarmas y alarmas reales. La alarma real tendría lugar una vez que se produzca el miedo como respuesta a la amenaza real u objetiva, preparando al cuerpo física y psicológicamente para llevar a cabo una acción. Por su parte, la falsa alarma daría lugar a la

respuesta de ansiedad, careciendo de un objeto o una situación real evaluados como peligrosos y amenazantes para la integridad física de la persona. Todo ello indica que la lógica del presente modelo reside en la consideración de la respuesta de ansiedad social como el resultado de la intervención de acontecimientos vitales menores, los cuales implicarían aspectos de actuación o interacción social.

Según Barlow (1988) existirían tres vías que posibilitan la adquisición de la fobia social. La primera referiría a la presencia de una cierta vulnerabilidad biológica a experimentar ansiedad social o mostrarse socialmente inhibido, aflorando esta propensión en la etapa de adolescencia, donde el problema sería más frecuente e intenso. La segunda alude a determinadas situaciones de estrés en las que algunas personas mostrarían una respuesta inadecuada de falsa alarma en forma de un ataque de pánico inesperado a una situación social, lo que permitiría generalizar esta reacción de ansiedad a otras situaciones sociales similares en el futuro. La tercera vía haría hincapié en la importancia del papel del condicionamiento directo en el desarrollo de la fobia social. Muchas veces, la vivencia de una experiencia traumática directa evaluada como alarma verdadera, en una situación social, podría ser suficiente para que se produzca el trastorno. El aprendizaje de la respuesta de alarma se impregnaría de la aprehensión ansiosa tanto en el caso de la falsa alarma o en la verdadera, especialmente en lo que se refiere a situaciones de interacción social.

En esta línea, Hoffmann y Barlow (2002) proponen una hipótesis (dentro de una reformulación del modelo de Barlow), manteniendo que la vía de una cierta alarma podría ser más frecuente en la fobia social específica. Sin embargo, en la fobia social generalizada ocurriría todo lo contrario, pudiendo desarrollarse aún ausentando ambas alarmas (verdadera y falsa) relacionadas con situaciones sociales. Esta distinción resulta de gran interés por el hecho de que los individuos que desarrollan la forma específica de la fobia social presentarían en mayor medida respuestas de miedo, mientras que los aquejados de la forma generalizada mostrarían con más frecuencia reacciones de ansiedad que implicarían sentimientos de vergüenza y embarazo. Como resultado de la aprehensión ansiosa, el paciente con fobia social perdería recursos atencionales necesarios para la ejecución adecuada de una determinada tarea, repercutiendo negativamente en su rendimiento. Es decir, la atención autofocalizada podría ser considerada como un componente central dentro del proceso general de aprehensión ansiosa, siendo perjudicial concretamente en la fobia social por su naturaleza distractora. En esta línea, se ha revelado que esta tendencia de autofocalización de la atención señala que hace consciente a los individuos con ansiedad social de sus síntomas somáticos y

cognitivos, disparados por la percepción de una amenaza representada en temblores, incrementos en la tasa cardíaca y presión sanguínea, palpitaciones, bloqueo mental y falta de concentración (Roth *et al.*, 2001; Wells y Papageorgiou, 2001). Finalmente, este modelo resalta el papel significativo de los pensamientos que tendrían lugar en los estados de ansiedad excesiva y el deterioro cognitivo y comportamental que causarían.

## 4.2. Modelos cognitivos

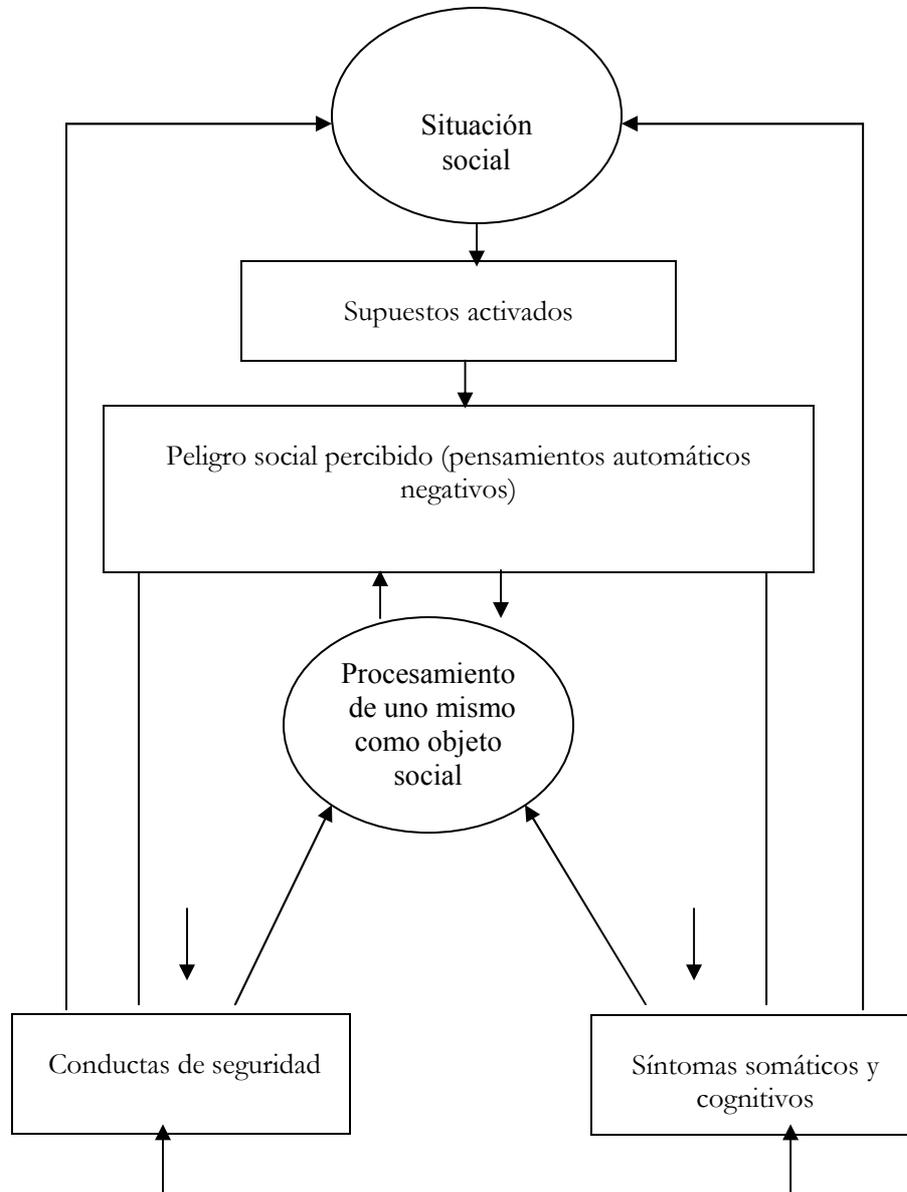
### 4.2.1. Modelo cognitivo de la fobia social de Clark y Wells (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997)

El modelo cognitivo de la fobia social pone énfasis en los factores que dificultarían la modificación de los pensamientos negativos de las personas con fobia social, relativos a una multitud de situaciones sociales. Este modelo se fundamenta en los principios del enfoque de procesamiento de la información autorregulatorio de los trastornos emocionales (Wells y Matthews, 1994). Defiende que los sujetos que padecen ansiedad social ofrecerían una motivación elevada para mostrar una impresión favorable de sí mismas (*self*), independientemente de la inseguridad que mantienen con respecto a su capacidad para alcanzar este objetivo en determinadas situaciones interpersonales. Es decir, el individuo con fobia social mantendría un fuerte deseo para impresionar favorablemente en los demás, mostrando índices considerables de inseguridad en sus propias habilidades para lograrlo. Desde esta perspectiva, el ser humano sería considerado como un objeto social, siendo su procesamiento de la información responsable de la ejecución de sus comportamientos. A su vez, el sí mismo como objeto social aludiría a la imagen mantenida por la persona sobre la manera en la que percibe que los demás le ven. Esto viene a destacar que los modelos cognitivos de la fobia social pondrían un especial énfasis en la autopercepción como un factor importante en el mantenimiento de este trastorno (Beck y Emery, 1985; Clark y Wells, 1995; Leary, 2001; Rapee y Heimberg, 1997). En esta línea, Hofmann (2000), Wells y Papageorgiou (1998) y Woody y Rodríguez (2000) defienden que las personas con ansiedad social desviarían su atención hacia detalles que les hace observar a sí mismo como un objeto social, ignorando la información procedente del exterior. Además, estos sujetos con ansiedad social aprobarían un número de pensamientos de autofocalización después del tratamiento significativamente menor que antes del mismo (Hofmann, 2000).

La Figura 1 muestra la manera en la que se produciría y se mantendría la ansiedad

social según el presente modelo.

**Figura 1.** Procesos de desencadenamiento y mantenimiento de la fobia social según el modelo cognitivo de Clark y Wells (tomado de Botella *et al.* (2003a, pág. 72)).



Por otra parte, el presente modelo presta especial atención a los procesos cognitivo-comportamentales que explicarían el mantenimiento de la fobia social. Dichos procesos también aclararían de que manera las personas aquejadas de fobia social experimentarían situaciones sociales que incluyen información de niveles considerables de ambigüedad, la cual provocaría los miedos sociales. Esto hace que los individuos presentes en situaciones sociales

provocadoras de temor, sean invadidos por una amplia gama de pensamientos negativos mantenidos por dichos mecanismos. En esta línea, Foa, Franklin y Kozak (2001) enfatizan la posible importancia de los factores cognitivos en el mantenimiento de la fobia social, describiendo la estructura de las cogniciones patológicas de miedo asociadas con la fobia social; estos autores hipotetizan que, a menudo los costes de estimación y otras cogniciones amenazantes interactuarían con los déficit en las habilidades sociales para mantener un ciclo de evitación comportamental y estrés emocional como respuesta a las situaciones sociales.

La lógica del modelo se basa en el hecho de que la persona con fobia social interpretaría que la situación social en la que se encuentra es peligrosa o amenazante para él debido a experiencias previas asociadas a predisposiciones innatas de la conducta. El individuo con fobia social puede actuar de manera inadecuada en el transcurso de la situación, pudiendo llevarle a determinadas consecuencias negativas valoradas como “catastróficas” por su parte, lo que daría lugar a que sea una persona rechazada o humillada por los demás. La mayoría de las personas se enfrentan a eventos sociales negativos, aunque únicamente los sujetos con ansiedad social suelen interpretar estos eventos de una manera catastrófica (Clark y McMmanus, 2002). En esta línea, se demostró que la percepción del coste negativo de los eventos sociales sería el predictor más fuerte de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Uren, Szabó y Lovibond, 2004). Es decir, los individuos con fobia social mantendrían unos supuestos relativos a sí mismo y al entorno social que les rodea, percibiendo una continua amenaza peligrosa hacia su ser en las diferentes situaciones sociales. Concretamente, creen que existe la posibilidad de que se comporten como ineptos o de un modo inaceptable en las situaciones sociales. Este hecho les acarrearía consecuencias desfavorables, tales como la pérdida de nivel y mérito personal, humillación y rechazo por parte de los demás. En esta línea, distintos estudios informaron que los individuos con ansiedad social, en comparación con las personas del grupo control y las que tienen otros trastornos de ansiedad, tienden a sobreestimar la probabilidad de ocurrencia de resultados negativos en las situaciones sociales y de exagerar los costes y las consecuencias de los mismos (Foa *et al.*, 1996; Foa *et al.*, 2000; Lucock y Salkovskis, 1988; McManus, Clark y Hackmann, 2000; Poulton y Andrews, 1996). En un estudio reciente se ha informado que la ansiedad social estaba asociada con la tendencia de creer que los sucesos sociales negativos podrían llevar a una evaluación negativa por los demás, constituyendo un indicativo de las características personales negativas y pudiendo acarrear consecuencias adversas en el futuro (Wilson y Rapee, 2005).

La evaluación negativa de peligro provocaría la activación automática y reflexiva de un “programa de ansiedad”, manifestado en cuatro tipos de respuestas: fisiológicas, cognitivas, afectivas, y comportamentales. A continuación, se desencadenarían ciertas “conductas de seguridad” y de evitación como respuesta a las amenazas a la representación y al autoconcepto de uno mismo. Algunas de las respuestas de seguridad serían las siguientes: explorar la presencia de hospitales, baños y salidas, así como llevar agua, medicamentos y evitar actividades que producen sensaciones físicas fuertes, tales como tomar café o alcohol y hacer ejercicios (Kamphuis y Telch, 2000; Rachman, 1983, 1984; Solan y Telch, 2002). Esto llevaría al incremento de los niveles de la ansiedad y al mantenimiento del trastorno. Como resultado, los pacientes con fobia social mostrarían cierta preocupación sobre los síntomas somáticos que experimentan, puesto que activarían los pensamientos negativos asociados a ellos, lo que permitiría evaluarlos como perjudiciales, y los que aluden a la valoración que de ellos realizan los otros. Este proceso de autofocalización de la atención en sí mismo, donde la persona con fobia social se mostraría como objeto social, dificultaría el desempeño social, pudiendo disminuir el procesamiento de la información interpersonal objetiva.

En definitiva, las reacciones de ansiedad serían del todo impropias cuando el miedo es más imaginario que real, transformándose frecuentemente en nuevas causas de miedo en lugar de formar una función adaptativa o útil. Este hecho daría lugar a determinados círculos viciosos que contribuirían al mantenimiento e incluso al agravamiento de la ansiedad social. Por último, los autores de este modelo hacen hincapié en una serie de elementos que, junto a los anteriores, contribuirían a una explicación más íntegra de la fobia social. Dichos elementos serían los siguientes: factores de vulnerabilidad a sufrir el trastorno, mecanismos contribuyentes al su mantenimiento, ciclos de retroalimentación del modelo y tipos de procesamiento que darían lugar a la autofocalización.

### **4.3. Modelos cognitivo-conductuales**

#### **4.3.1. Modelo de Schlenker y Leary (1982): la teoría de la autorepresentación**

La propuesta de explicación de la ansiedad social aportada por Schlenker y Leary (1982) ha sido reformulada en los modelos de Clark y Wells (1995) y de Rapee y Heimberg (1997) bajo el nombre de la “teoría de la autorepresentación y la conducta interpersonal.” Esta propuesta defiende que las personas influirían unas en otras sobre sus conductas en la mayoría de las situaciones sociales de su vida con la finalidad de alcanzar sus metas.

Asimismo, muchos aspectos negativos que experimentarían los individuos en sus vidas, tales como el abandono, el maltrato físico y psicológico, el rechazo y otros serían también el fruto de la conducta mantenida por otras personas (Leary y Kowalski, 1995). De hecho, existen distintas maneras de influir sobre la conducta de otras personas como por ejemplo, aplicar las recompensas, las amenazas o los castigos, formando las conductas de autorepresentación un conjunto de tácticas o procedimientos común y eficaz para el manejo de la impresión causada en los demás (Schlenker, 1980; Schlenker y Leary, 1982). Es decir, la influencia social se lograría por medio de las conductas de autorepresentación, de manera que, a menudo, las reacciones mostradas por las personas constituirían una función de la impresión que causamos en ellos. Así, el éxito en la vida social estaría determinado por las impresiones que las personas causan en los demás (Goffman, 1959; Leary, 1995; Leary y Kowalski, 1990; Schlenker, 1980).

En definitiva, esta teoría pone de manifiesto que las personas actuarían para ofrecer una determinada impresión a los demás debido a una multitud de razones específicas, tales como el miedo de no estar socialmente a la altura, el temor a la evaluación negativa, la falta de habilidades sociales o la experimentación de una reacción emocional negativa condicionada a situaciones sociales. Según esto, el objetivo que se pretende sería causar en los demás una reacción en la forma y en el sentido deseado. Se trataría de impresiones particulares o deseadas en lugar de positivas, favorables o socialmente deseables. La ansiedad social se incrementaría con la sobreestimación de la evaluación interpersonal, de manera que a mayor dificultad de provocar una impresión deseada en los demás mayores son los niveles de la ansiedad que siente el individuo, pudiendo limitar su comportamiento social. Como resultado de la ansiedad experimentada, las personas con fobia social llegarían a desarrollar tácticas seguras y protectoras como guardar silencio, retraerse o distanciarse para prevenir determinados daños que podrían influir en su imagen social. En esta línea, se ha comprobado que los sujetos con fobia social que reciben una terapia cognitiva-comportamental muestran una mejoría continua asociada a una reducción del coste de la estimación social (Hofmann, 2004). Asimismo, los cambios en los pensamientos negativos de autofocalización y en la ansiedad social correlacionaban significativamente únicamente con la terapia grupal cognitiva-comportamental (Hofmann, Moscovitch, Kim y Tylor, 2004).

Todo ello indica que la ansiedad tendría lugar una vez que el individuo muestre una necesidad imperiosa de ofrecer una cierta impresión, manteniendo unas motivaciones al respecto, pero percibe que es incapaz de alcanzar esta meta (Schlenker y Leary, 1982). Es

decir, para que ocurra la ansiedad sería necesario que se den dos posibles factores: motivación para impresionar en los demás y probabilidad subjetiva de lograrlo. Según esto, las situaciones sociales que carecen de presión para mostrar una determinada impresión podrían ser consideradas como cómodas, relajadas y fáciles, por lo tanto, no generarían altos niveles de ansiedad social. Así, la ausencia de una de las dos condiciones anteriores constituiría un indicador de la inexistencia del problema. En esta línea, Leary (1983b) propuso la siguiente fórmula:  $AS: f(M \times (1 - p))$  para operacionalizar la idea anterior. La ansiedad social (AS) sería el resultado de la motivación de impresionar (M) y la probabilidad subjetiva de conseguirlo (p), pudiendo desaparecer la misma cuando (M) y (p) tomarían valores de cero y uno, respectivamente.

La fuente de evaluación de la posesión de los recursos y las habilidades que ayudan a producir una impresión en los demás y la posibilidad de alcanzarla dependería de la propia persona en cuestión. Es irrelevante para la teoría si la impresión es positiva o negativa o si el individuo está aportando una buena o mala impresión en los demás (Leary y Kowalski, 1995). Estos autores informan que el malestar causado en las personas como resultado de percibir no haber impresionado en el sentido pretendido en los demás podría servir para disuadirles de producir impresiones inadecuadas o frenarlas si se están ocurriendo. Esto ocurre especialmente si dichas impresiones supondrían una ofensa para los demás, incitándoles a realizar un esfuerzo por realizar una serie de conductas que alivien el daño provocado en su propia imagen con el objetivo de reestablecer la relación afectada. Finalmente, la teoría de la autorepresentación ha abordado una amplia gama de posibles explicaciones de la ansiedad social, tales como los déficit en habilidades sociales, autoevaluaciones negativas, condicionamiento clásico, necesidad de aprobación social y otras.

#### **4.3.2. Modelo de Rapee y Heimberg (1997)**

El modelo de Rapee y Heimberg (1997) parte de los planteamientos previos de Clark y Wells y forma una extensión de los postulados anteriores de Carver y Scheier (1988) y Schlenker y Leary (1982). Este modelo se fundamenta, por un lado, en determinadas premisas referentes al significado de la ansiedad social y a su posible distribución en un continuo de gravedad; y, por otro, al reconocimiento de ciertos subtipos de dicho continuo. En cuanto a la distribución, los autores de este modelo defienden la posible existencia de una relación entre timidez, fobia social y el trastorno de personalidad por evitación. Los tres conceptos se localizarían en distintos puntos de un mismo continuo (de preocupación por la evaluación

social), pudiendo constituir entidades no separadas o trastornos cualitativamente parecidos. La timidez adoptaría el valor más bajo en el continuo, la fobia social el medio y el trastorno de personalidad por evitación el más alto. Por su parte, los subtipos de fobia social defendidos bajo las premisas de este modelo aludirían a la fobia social generalizada y la fobia social no generalizada, limitada, específica o circunscrita (DSM-IV) (*American Psychiatric Association*, 1994). La primera se referiría al miedo que experimentan determinados individuos en la mayoría de las situaciones sociales. La segunda definiría a las personas que mostrarían miedo a un número menor de situaciones sociales específicas o manifestarían miedo específico ante la ejecución de algunas actividades sociales (por ejemplo, hablar en público) en presencia de los demás. En esta línea, Rapee y Heimberg (1997) creen que la naturaleza básica de los dos subtipos anteriores sería similar, valorando que las semejanzas son mayores que las diferencias.

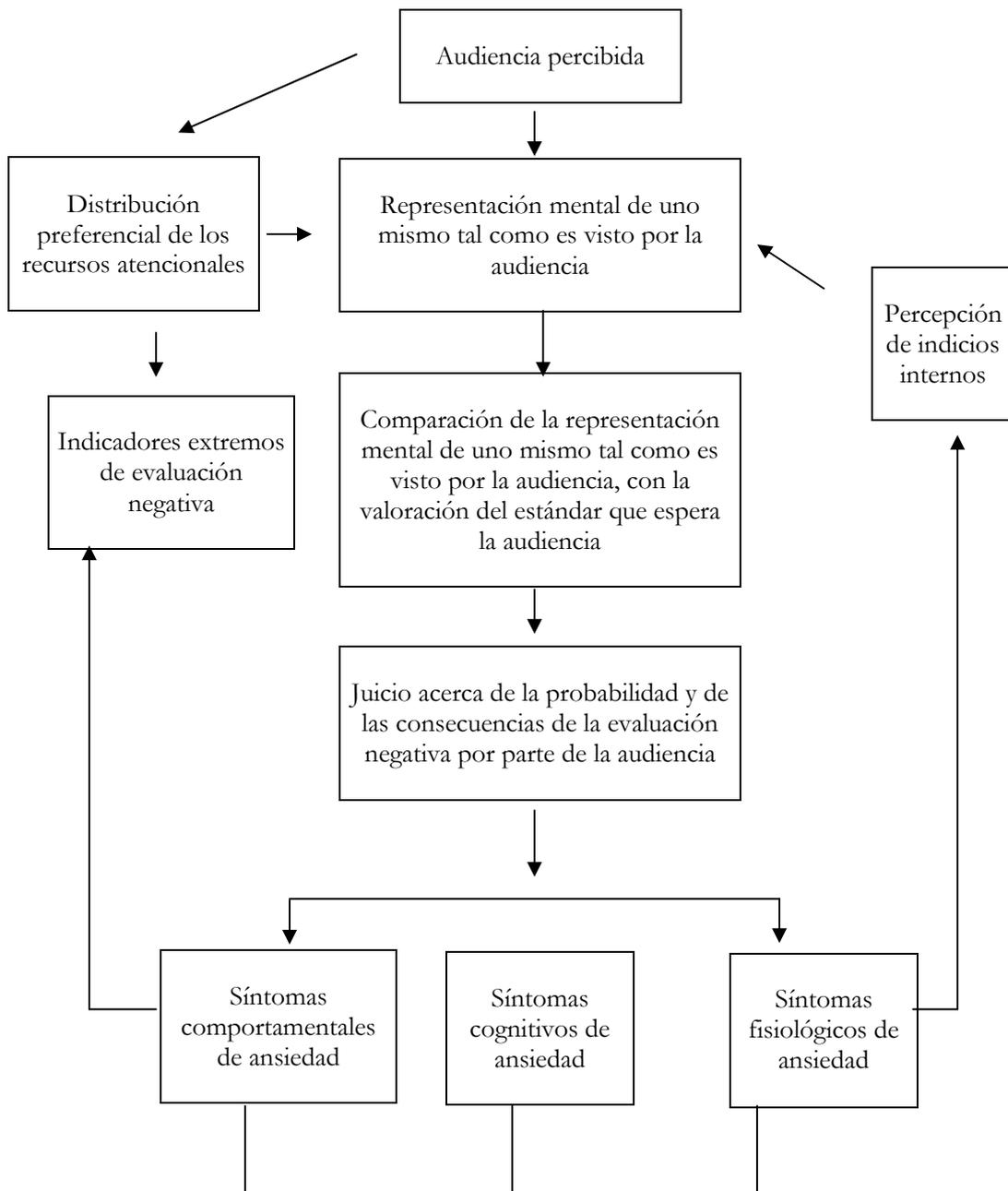
Al igual que Clark y Wells (1995) del modelo anterior, Rapee y Heimberg (1997) del presente modelo defienden que el individuo con fobia social percibiría que las personas que le rodean realizan una evaluación negativa de su persona de manera continua, considerándolas como críticas. Como resultado, concedería una gran importancia a la posibilidad de ser evaluado de un modo positivo por los demás. Esto conllevaría a la puesta en marcha de determinados procesos responsables de la generación y el mantenimiento de la ansiedad social. Dichos procesos pueden ser parecidos independientemente del momento en el que ocurre la situación social que puede tener lugar en el momento actual, ser anticipada o recordada.

El presente modelo defiende que, ante una situación social, la persona con fobia social construiría una imagen mental de la propia apariencia y de su conducta en la manera en la que cree que es visto por la audiencia, centrando su atención en esta imagen interna y en las amenazas percibidas en su ambiente social. En este contexto el concepto “audiencia” referiría tanto a un grupo de individuos que observan intencionalmente como a cualquier individuo o grupo que es capaz de percibir la apariencia o la conducta del sujeto. En general, la audiencia estaría presente en cualquier situación social susceptible de ser evaluada, siendo innecesaria la interacción entre la audiencia y la persona para que se dé la ansiedad. Muchos pacientes con fobia social informarían que la simple presencia ante los demás y su posible evaluación por ellos les generaría incremento en el nivel de ansiedad. La construcción de la representación mental de la apariencia y la conducta sería posible gracias a distintas fuentes: información de la memoria a largo plazo, señales internas como los síntomas físicos y señales externas, tales

como el *feedback* de la audiencia.

La Figura 2 refleja los procesos que darían lugar a la fobia social según el modelo de Rapee y Heimberg (1997).

**Figura 2.** Procesos de desencadenamiento y mantenimiento de la fobia social según el modelo de Rapee y Heimberg (tomado de Botella *et al.* (2003a, pág. 81)).



Tanto el modelo de Clark y Wells (1995) y Wells y Clark (1997) como este modelo defienden que los individuos con fobia social focalizarían su atención en determinados

aspectos salientes de la autoimagen, siendo éstos negativos y significativos para la situación. La diferencia fundamental entre los dos modelos estaría en que, el presente modelo indica que los recursos atencionales también irían dirigidos al manejo de las amenazas externas potenciales. Además, el sujeto crearía una predicción sobre la ejecución estándar o norma que va a usar la audiencia en una determinada situación según él cree. Esto le permitiría comparar su representación mental que cree que tiene de él la audiencia con este estándar de ejecución que se usaría por la audiencia con el objetivo de predecir la percepción que mantiene la misma de su ejecución y de sí mismo. La posibilidad, percibida por el paciente con fobia social, de que se efectúe una evaluación negativa por parte de la audiencia y las correspondientes consecuencias sociales de la misma, podrían ser el resultado de la discrepancia entre la percepción de la persona acerca de la valoración de la audiencia de su apariencia o conducta (ejecución) y la de los estándares que emplea la audiencia. Como resultado de la evaluación negativa se producirían las posibles respuestas de ansiedad fisiológicas, cognitivas y comportamentales. A su vez, estas respuestas incidirían en la imagen mental del sujeto acerca de cómo percibe la audiencia su propia apariencia y conducta tal como él piensa, pudiendo constituir un círculo vicioso de la ansiedad social que va renovándose continuamente.

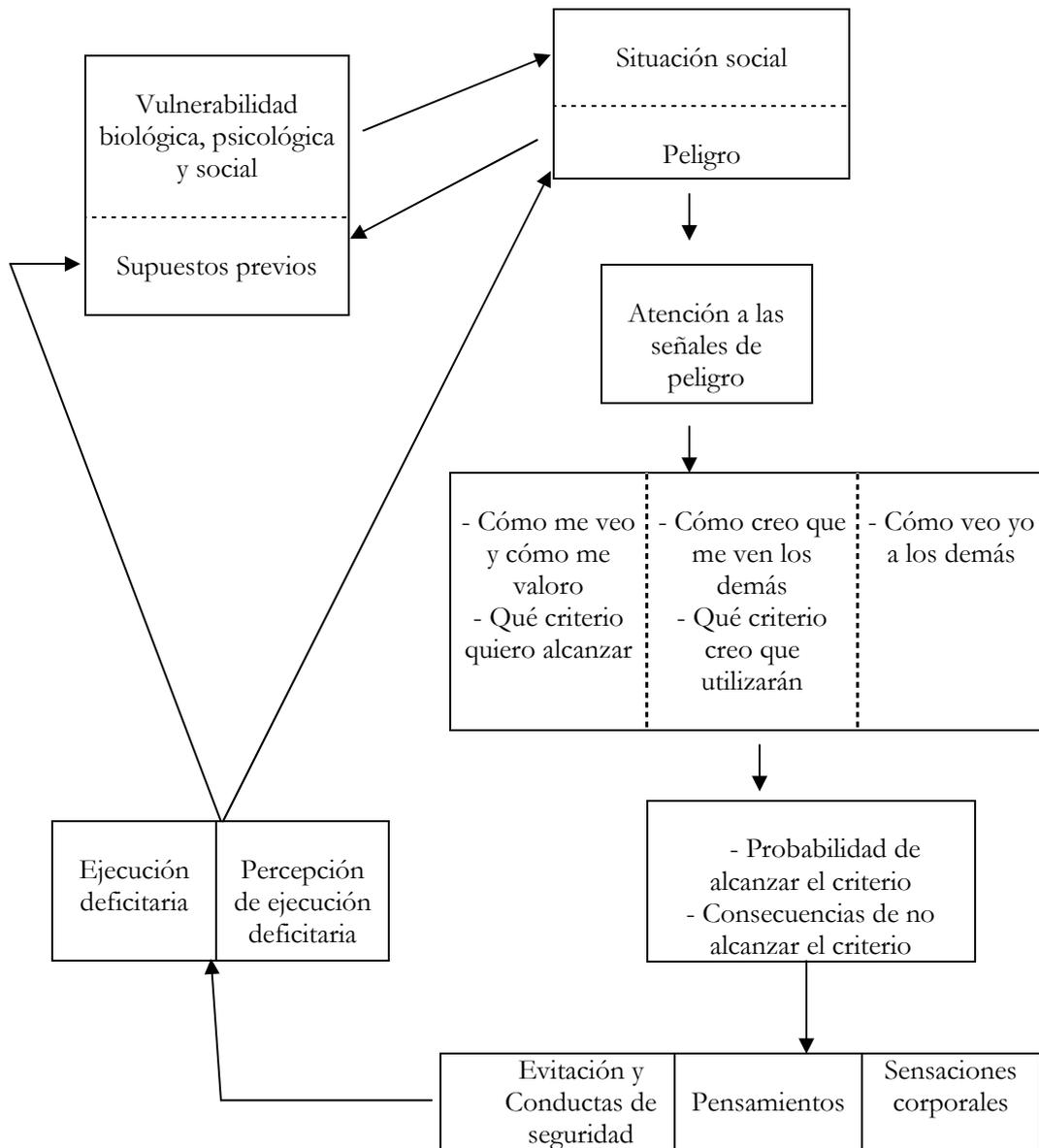
#### **4.4. Propuesta cognitiva integradora: el modelo de Botella *et al.* (2008b)**

El modelo de Botella *et al.* (2003b) se basa en los planteamientos recientes de Clark y Wells (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997) y Rapee y Heimberg (1997), sin dejar de lado los distintos postulados formulados por Marks (1987), Barlow (1988), Schlenker y Leary (1982), Trower y Gilbert (1989) y Kanfer y Hagerman (1981). Los autores de este modelo plantean algunas preguntas tales como ¿se puede considerar la fobia social realmente como una fobia?, ¿es significativo distinguir la misma de otras formas de ansiedad? o ¿resulta ésta útil para los que la padecen? Con respecto a la primera pregunta, la polémica giraría alrededor de dos cuestiones. Por una parte, la necesidad de distinguir entre la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación (¿tiene sentido la consideración tanto del eje I como del eje II del DSM?). Por otra, la diferenciación entre los dos subtipos (generalizada y no generalizada, específica o circunscrita) de la fobia social. En esta línea, Botella *et al.* (2003b) apoyan la propuesta de Rapee y Heimberg (1997) relativa a la continuidad entre la timidez, fobia social y el trastorno de personalidad por evitación, pudiendo constituir un continuo. Estos autores también plantean si es adecuada la utilización de la etiqueta de fobia social o es más conveniente emplear otros términos. Así, se ha indicado que los miedos sociales

experimentados por personas con ansiedad social podrían ser más razonables que otro tipo de temores de individuos que padecen otros trastornos de ansiedad (Beck y Emery, 1985).

La Figura 3 muestra la posible relación entre los elementos que constituyen la propuesta del presente modelo.

**Figura 3.** Propuesta de un modelo de la fobia social (tomado de Botella *et al.* (2003b, pág. 110)).



Según este modelo, la vulnerabilidad biológica, psicológica y social pasaría a ser un elemento central en el surgimiento y el mantenimiento de la fobia social. Los genes y los sustratos biológicos se consideran aspectos comunes a todos los seres humanos. Además, las personas están inmersas dentro de una cultura que les proporciona una serie de valores,

personas están inmersas dentro de una cultura que les proporciona una serie de valores, adquiriendo una educación dentro de un sistema familiar y social. Asimismo, las normas y estándares de desenvolvimiento social se aprenden y se interiorizan en el transcurso de este proceso, pudiendo resultar adecuados y adaptativos. A todo esto, se sumaría una amplia gama de experiencias vitales específicas asociadas a la interacción social de las personas, cristalizándose de distintas maneras. Primero, en ciertos esquemas cognitivos en los que se almacenaría el significado y la implicación de las situaciones sociales, la manera en la que perciben las personas a sí mismo y el modo de procesamiento de la información asociada a la interacción, ejecución y encuentros sociales. En esta línea, se ha encontrado asociaciones significativas entre el procesamiento posterior de eventos y la ansiedad social, aunque se conoce poco sobre la función de este procesamiento (Rachman, Gruter-Andrew y Shafran, 2000). Además, los individuos con ansiedad social encuentran dificultades en resistir de pensar en eventos pasados y de intentar olvidar o suprimir información relacionada al respecto (Fehm y Margraf, 2002). Así, los resultados del estudio de Field, Psychol y Morgan (2004) indican que los individuos con ansiedad social recuerdan memorias significativamente negativas y vergonzosas en relación al procesamiento de eventos pasados. Asimismo, el grupo de personas con ansiedad social mantenía estimaciones negativas sobre su habla por encima de una semana, mientras el grupo no clínico mostró incremento positivo en su ejecución (Abbott y Rapee, 2004). Segundo, en algunos rasgos de personalidad; y, tercero, en el aprendizaje o el no aprendizaje de una serie de habilidades de afrontamiento y patrones de comportamiento. La totalidad de estos elementos dirigiría nuestra manera de anticipar, afrontar y recordar las situaciones sociales. Es decir, valorarlas como amenazantes o gratificantes, siendo necesaria la posible disposición de determinadas habilidades para manejarlas y desenvolvernos en ellas.

El paciente con fobia social encontraría considerables dificultades para poner en marcha la manera adecuada de funcionamiento, adoptando un sistema de defensa para este fin de un modo agónico (Trower y Gilbert, 1989). Esta persona evaluaría las situaciones sociales como amenazantes y peligrosas, lo que le puede llevar al rechazo por los demás, la pérdida de estatus y la valoración deseada. Sus procesos de pensamiento actuarían mediante un marco defensivo, focalizando la atención en los daños que se pueden derivar. Todo ello llevaría a que el individuo con ansiedad social dude en su capacidad para ser aceptado y estimado por los miembros de su grupo, valorándose como inferior a las demás personas. Esto le conduciría a tener miedo no sólo a la evaluación negativa, sino también a la valoración

que no es tan positiva como él desea, esforzándose continuamente para impedirlo. La exposición a una situación social valorada como peligrosa o amenazante por parte del paciente con fobia social provocaría la activación de múltiples señales de alarma en su cerebro, pudiendo desencadenar la respuesta de ansiedad. Los recursos atencionales se centrarían en dos posibles tipos de amenazas. Por una parte, las procedentes de fuentes internas como resultado de la autofocalización de la atención, comenzando un proceso denominado “procesamiento de uno mismo como un objeto social” (Clark y Wells, 1995). En este proceso el individuo descubriría que su *self* puede volver más tangible, percibiendo a sí mismo como un observador externo y usando información interoceptiva para estimar la impresión que provocaría en los demás. Por otra, las provenientes del exterior, las cuales se rastrearían mediante un proceso de focalización de la atención en posibles amenazas (tales como las señales de rechazo o aburrimiento) según afirman Rapee y Heimberg (1997).

Durante la situación social, el sujeto construiría una representación mental de sí misma según la manera en la que cree ser visto por los otros y en la que ve a sí mismo, preocupándose y anticipando el criterio que los demás emplean para evaluarlo y sus habilidades y posibilidades de poder igualarlo o vencerlo. Esto llevaría al individuo a hacer una comparación entre la representación mental mantenida por él sobre sí mismo y la construida por los demás sobre su persona según cree, posibilitando el establecimiento de una evaluación negativa alta y de las correspondientes repercusiones catastróficas implicadas. Ante esta circunstancia, cabe esperar que la persona experimentaría una respuesta de ansiedad representada en tres posibles componentes: fisiológico, cognitivo y comportamental, pudiendo percibir la propia ejecución como deficitaria. Esto puede repercutir desfavorablemente en la representación que mantiene de sí misma y en la que mantienen los otros de ella. Para paliar el peligro temido, el sujeto barajaría dos estrategias. Como primera, intentaría protegerse a toda costa; y como segunda, evitaría la situación social o emplearía determinadas conductas de seguridad (Clark y Wells, 1995). Lógicamente, la anticipación movilizaría el deseo de apartarse de las situaciones sociales y de evadir la gente, pudiendo provocar mayores niveles de miedo e inseguridad ante las mismas. Como resultado, la persona quedaría atrapada en un túnel sin salida, recibiendo evidencias de sus supuestos previos que mantendrían sus miedos y pudiendo formar un círculo vicioso que incapacitaría a la misma.

## 5. Conclusiones

Existe una serie de factores asociados al surgimiento y el mantenimiento de la experiencia de ansiedad social. Los más estudiados fueron los evolucionistas, familiares, evolutivos, psicológicos, neurobiológicos y socioculturales. Al parecer, la combinación de varios de estos factores acentúa más la ocurrencia de la experiencia de ansiedad social. En cualquier caso, faltan muchos datos por aportar relativos a los distintos mecanismos neurobiológicos implicados en la fobia social y a la manera en la que se interrelacionan los distintos factores asociados para dar lugar a la vivencia de la ansiedad social. Esto quizá podría marcar el futuro de las investigaciones relacionadas con este terreno. Es decir, es verdad que existen muchos datos de investigaciones referentes a los distintos factores asociados al surgimiento, ocurrencia y mantenimiento de la fobia social, pero realmente carecemos de un abordaje capaz de integrar todos estos resultados y dar una explicación clara y precisa que nos ayude a comprender el fenómeno de la fobia social.

Hoy por hoy, existe una multitud de modelos explicativos de la fobia social que quizá nos ayuden a una mejor comprensión de la misma, tal como hemos ido exponiendo a lo largo de este capítulo. Nos hemos centrado en modelos teóricos que se alimentan de las bases de la corriente cognitiva. Hay que señalar que en el transcurso del tiempo se han ido desarrollando distintas propuestas de explicación de la fobia social cada vez más amplias, incluyendo nuevos aspectos que no se han tenido en cuenta anteriormente. Los primeros planteamientos teóricos corresponden al modelo cognitivo de la fobia social y se han llevado a cabo por autores como Beck *et al.* (1985), Butler (1985), Hartman (1983), Heimberg y Barlow (1988), Leary (1983b), Salkovskis (1991), Teasdale y Barnard (1993) y Trower y Gilbert (1989). No obstante, estos planteamientos han madurado con los nuevos aportes llevados a cabo por Clark y Wells (1995) y Wells y Clark (1997) en su modelo cognitivo de la fobia social, Rapee y Heimberg (1997) quienes se fundamentan en los postulados anteriores de Carver y Scheier (1988) y Schlenker y Leary (1982), llegando a unas propuestas muy recientes para comprender el fenómeno de la fobia social, tales como la de Botella *et al.* (2003b). De todas maneras, todavía existe una dispersión grande en los fundamentos de dichos modelos. Esto motivaría la necesidad de buscar nuevas propuestas de explicación de la fobia social cada vez más integradoras con el objetivo de entender la naturaleza de este fenómeno.

Los modelos conductuales (tales como el modelo de Barlow (1988) y los modelos de condicionamiento) ponen de manifiesto la relevancia del posible papel de la vulnerabilidad biológica, las situaciones estresantes y el condicionamiento directo (clásico o vicario) en la

adquisición y el mantenimiento de la fobia social, donde las personas con ansiedad social podrían manifestar una vulnerabilidad tanto biológica como psicológica ante situaciones de interacción social. Por su parte, los modelos cognitivos se basan en el procesamiento de la información y ponen énfasis en los factores que repercutirían negativamente en la modificación de los pensamientos negativos en situaciones sociales, donde cobrarían importancia la autopercepción y la autofocalización de la atención en uno mismo en la adquisición y el mantenimiento de la fobia social. Por último, los modelos cognitivo-conductuales vienen a destacar los procesos de evaluación negativa y las reacciones emocionales negativas mantenidos por determinados tipos de condicionamiento, pudiendo dar lugar a la generación y al mantenimiento de la ansiedad social. Estos modelos consideran la posible importancia de determinados componentes en la experiencia de fobia social, tales como el déficit en las habilidades sociales, la autoevaluación negativa y el condicionamiento clásico. La focalización de la atención en los aspectos salientes de la imagen podría dar lugar a una evaluación negativa de la propia conducta y a unas consecuencias sociales negativas, pudiendo provocar un estado de ansiedad que se manifiesta a tres posibles niveles: fisiológico, cognitivo y comportamental.

*CAPÍTULO IV*

*EVALUACIÓN DE LA FOBIA Y ANSIEDAD  
SOCIAL*

## CAPÍTULO IV

# EVALUACIÓN DE LA FOBIA Y ANSIEDAD SOCIAL

### 1. Introducción

Una evaluación adecuada de un trastorno psicológico requiere de buen diagnóstico diferencial con el objetivo de planificar el tratamiento y valorar la eficacia del mismo, así como recoger datos relativos al pronóstico y al seguimiento. La selección de las técnicas, instrumentos y estrategias para evaluar depende de los objetivos a los que aspira el propio evaluador. Es conveniente evaluar distintos aspectos del problema (cognitivo, somático, comportamental, gravedad, etc.) para una mejor descripción y comprensión del mismo. En esta línea, Olivares, Rosa y Sánchez (2000) señalan que la evaluación psicológica pretende cubrir tres fines: primero, confirmar la existencia del problema o los problemas que constituyen un motivo de consulta; segundo, detectar las condiciones que desencadenan y mantienen el problema; y tercero, proponer hipótesis que proporcionen una explicación sobre la ocurrencia o el mantenimiento del problema.

En el caso de la fobia social, existen tres tipos de técnicas para evaluarla. En primer lugar, las referentes a las medidas indirectas o provenientes de los informes emitidos por las propias personas (autoinformes); en segundo lugar, las que aluden a las medidas resultantes de la observación del comportamiento de los pacientes en situaciones reales o simuladas (medidas de observación); y, en tercer lugar, las que emplean instrumentación física y química (registros psicofisiológicos). Los distintos sistemas de medida son los siguientes: entrevistas, autoinformes y autorregistros, tests de observación conductual y registros psicofisiológicos. Los más frecuentes en la práctica profesional son las entrevistas y los autoinformes, junto con los autorregistros, los cuales correlacionan altamente con otro tipo de medidas. Por su parte, los tests de observación conductual y los registros psicofisiológicos tienen un uso limitado

debido a los problemas metodológicos y de coste que suelen asociarse a ellos. Por ello, es recomendable hacer uso de inventarios y cuestionarios lo más específicos posible a las situaciones y a las respuestas (Echeburúa, 1995). Además, es preferible que tengan un formato de respuesta de escalas tipo Likert, bastante depuradas y sensibles al cambio terapéutico y que dispongan de unas garantías psicométricas adecuadas en la población en que se utilizan. En último término, se pretende que dichas pruebas respondan a la práctica clínica (Echaburúa, 1995).

La evaluación actual del comportamiento de la fobia social es multimodal y plurimetódica (Lang, 1968, 1993). Es importante tener en cuenta una perspectiva teórica para concebir estrategias de evaluación y valorar la necesidad de instrumentos nuevos y mejorados. El enfoque de “sistema de tres respuestas” (conducta manifiesta, respuesta fisiológica y cogniciones) se ha adoptado tanto históricamente (Lang, 1968) como en la década de los noventa (Lang, 1993; Miller y Kozak, 1993), teniendo un impacto significativo en la evaluación no sólo de la fobia social y otros trastornos de ansiedad, sino en el resto de trastornos emocionales. La evaluación completa de la fobia social debería tener en cuenta cada uno de los tres sistemas de respuesta: cogniciones, comportamiento manifiesto y respuesta fisiológica. Dichos sistemas son independientes relativamente, ya que normalmente se ha informado de correlaciones bajas entre la conducta manifiesta, la fisiología y los autoinformes (Rachman y Hodgson, 1974). La función de las técnicas de evaluación es detectar si las personas cumplen los criterios diagnósticos de la fobia social. Las mediciones de la fobia social pueden efectuarse para evaluar la ansiedad ante situaciones de interacción social.

## **2. Medidas indirectas de evaluación: los autoinformes**

### **2.1. Entrevistas**

La entrevista clínica se considera el modo habitual para recopilar información. Constituye un instrumento en el que el entrevistador ordena las preguntas, así como el modo en el que van a ser emitidas. A lo largo de la entrevista se escucha activamente todo lo que dice el paciente y se anotan las reacciones del mismo, y las suscitadas en el entrevistador (Baños y Perpiñá, 2002). Asimismo, la entrevista realizada con el paciente con fobia social pretende, por un lado, recoger información sobre su problema y, por otro, la observación del mismo en una interacción social real. Por ello, el observador explorará diferentes

características del problema e intentará estar atento a todo el lenguaje verbal y no verbal que emite el paciente. Las áreas que hay que cubrir son las siguientes: descripción del problema, historia y evolución, problemas mentales anteriores, historial médico, historia personal, antecedentes familiares y personalidad. En definitiva, a través de la entrevista se conseguirá información suficiente que permita al evaluador ofrecer una descripción clínica del problema, llevando al establecimiento de un diagnóstico y a la determinación de los objetivos terapéuticos. El clínico puede obtener la información directamente sobre los síntomas significativos del paciente sin desviarse de los datos clínicos. Muchas veces, las personas con fobias suelen evitar hablar de sus síntomas debido a la ansiedad producida una vez que piensan en el estímulo fóbico. Por ello, las entrevistas estructuradas funcionan como protectoras para este tipo de pacientes (Shear, Klosko y Fyer, 1991, tomado de Echeburúa (1993)). Además, las entrevistas estructuradas permiten recoger información detallada del trastorno de conducta presentado por el entrevistado, ordenar los síntomas de una forma coherente y hacerle comprender al paciente que no es el único que experimenta la sintomatología fóbica. El inconveniente más significativo es el hecho de que la espontaneidad del paciente se puede ver interferida (Shear *et al.*, 1991, tomado de Echeburúa (1993)).

La entrevista estructurada más difundida y conocida se elaboró a partir del interés de Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff (1981) por evaluar las tasas de prevalencia de los trastornos mentales (entre ellos la fobia social), en una parte amplia de la población. Para conseguir este objetivo, se diseñó el *Diagnostic Interview Schedule, DIS* (Protocolo de Entrevista de Diagnóstico), constituyendo una herramienta de evaluación altamente estructurada que puede ser aplicada de un modo personal, siendo innecesaria la experiencia y la profesionalidad. Se desarrolló por el grupo de la Universidad de Washington (Robins *et al.*, 1981; Robins *et al.*, 1985) para ser empleada por entrevistadores no psiquiatras en estudios epidemiológicos. Contiene 30 ítems contruidos en base a los criterios del DSM-III-R, DSM-III y los criterios diagnósticos de abuso y dependencia del alcohol. La contestación a dichos ítems requiere un tiempo comprendido entre 10 y 20 minutos. Dispone de un formato y unas características muy similares a las de un cuestionario. El DIS recoge un programa de ordenador que incluye un total de 43 posibles diagnósticos tipo DSM. Tiene la ventaja de permitir aplicar diseños de una sola fase, aunque uno de sus inconvenientes es la falta de precisión en la identificación y descripción de las experiencias psicopatológicas. No obstante, se indica que su aplicación se vuelve más fiable cuando es utilizada por entrevistadores sin conocimientos de psicopatología (Vázquez-Barquero *et al.*, 1993). Además, ofrece una versión

auto-administrada por ordenador (Greist, Klein y Erdman, 1985). Esta entrevista muestra ciertas discrepancias con los diagnósticos obtenidos por otros sistemas de exploración psicopatológica. A pesar de que la DIS ha sido empleada con mayor frecuencia en estudios epidemiológicos, se han presentado distintos problemas metodológicos que han dado lugar a cuestionar la validez de sus resultados. La mayoría de dichos problemas aluden a la propia delimitación conceptual de la fobia social, definida entonces como un patrón de respuestas de ansiedad en presencia de situaciones sociales específicas. Esto puede afectar a las tasas de incidencia halladas mediante la administración de la DIS. Otra desventaja es la falta de datos relativos a las propiedades psicométricas de esta modalidad de entrevista. Posteriormente, se ha desarrollado el *Diagnostic Interview Schedule, Version III-Revised, DIS-III-R* (Protocolo de Entrevista de Diagnóstico, Versión III-Revisada) (Robins, Helzer, Cottler y Goldring, 1989), de la que tampoco se han obtenido datos de fiabilidad y validez, limitándose su uso a estudios epidemiológicos.

Por otro lado, entre las entrevistas de psicopatología general, la *Structural Clinical Interview for DSM-III-R, SCID* (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R) (Spitzer, Williams y Gibson, 1987) ha sido una de las más empleadas en las investigaciones multicéntricas. Dentro de los trastornos de ansiedad, esta entrevista sirve para realizar una evaluación, especialmente, del trastorno de pánico y la agorafobia. Aunque, se ha usado en menor grado para evaluar la fobia social y las fobias específicas. Los pacientes tienen la tarea de indicar el tipo de situaciones en las que se sienten incómodos, así como el grado de miedo experimentado y la evolución cronológica de la fobia. La versión española de esta entrevista, en lo relacionado con los trastornos de ansiedad, se encuentra en Ayuso (1988). La *Structural Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV-Axis I Disorders, SCID-I* (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, Eje I: SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997) constituye una entrevista semiestructurada que permite efectuar diagnósticos del eje I en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Su aplicación requiere personal especializado y entrenado previamente. La puntuación obtenida se basa en la intensidad y la frecuencia de los ítems, valoradas según el juicio del evaluador. Consta de seis módulos (A a F) que aluden a los distintos trastornos. Por ejemplo, el módulo F incluye la ansiedad y otros trastornos, dentro del cual existen trastornos que están descritos de una manera amplia y rigurosa, mientras que otros (por ejemplo, la fobia social) simplemente se encuentran enunciados. Tan sólo un ítem (F66) se ocupa de evaluar la fobia social, el cual se refiere al miedo o malestar experimentado durante la realización de actividades en presencia de otros, tales como hablar, escribir o

comer. La puntuación en dicho ítem puede ser positiva (el ítem está presente) o negativa (no se presenta el ítem o sí está presente pero con una intensidad por debajo del umbral). La concordancia entre evaluadores para la SCID-I representada por el coeficiente *kappa*, en una muestra combinada de ansiedad social, fue de 0,47 para el diagnóstico en curso y de 0,57 para el duradero; en general, los valores *kappa* por encima de 0,70 señalan una buena concordancia, entre 0,50 y 0,70 indican una concordancia aceptable y por debajo de 0,50 representan una concordancia baja (Williams *et al.*, 1992). Varios estudios han informado de valores *kappa* para la SCID-I elevados, los cuales oscilaban entre 0,70 y 1,00 debido a la ausencia de variabilidad en la información (Segal, Hersen y Van Hasselt, 1994; Segal, Hersen, Van Hasselt, Kabacoff y Roth, 1993; Segal, Kabacoff, Hersen y Ryan, 1995; Stukenberg, Dura y Kiecolt-Glaser, 1990). Los diagnósticos realizados mediante la SCID en el estudio de Kranzler *et al.* (1995), en una muestra de drogadictos, presentaron una validez superior, comparada con la obtenida por la entrevista clínica estándar de ingreso.

Por su parte, la *Structural Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV-Axis II Disorders, SCID-II* (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, Eje II: SCID-II) (First *et al.*, 1997) es una entrevista semiestructurada que permite diagnosticar diez trastornos de personalidad pertinentes al eje II del DSM-IV, así como los dos trastornos recogidos en el apéndice B de este manual; es decir, el objetivo es obtener el diagnóstico de trastorno de la personalidad de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Por ejemplo, el módulo del trastorno de personalidad por evitación explora los siete criterios que lo definen según el DSM-IV. La SCID-II constituye un instrumento que debe ser aplicado por un entrevistador experto y entrenado. El cumplimiento del criterio o no va a depender del juicio del evaluador en base a la información obtenida. Cada uno de los criterios puede estar ausente o ser falso (estar por debajo del umbral, ser positivo o por encima del umbral). El trastorno de personalidad por evitación está presente cuando al menos tres de los criterios puntúan 3. Los valores *kappa* oscilaron entre 0,24 y 0,74 para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno histriónico de la personalidad, respectivamente con un valor *kappa* global de 0,53; no obstante, en los centros no psiquiátricos la coincidencia fue menor, ya que el valor *kappa* global promedio obtenido fue de 0,38 (First, Spitzer y Gibbon, 1995). Malow, West, Williams y Stuker (1989) informaron de valores *kappa*, mediante diseños test-retest, de 0,87 para el trastorno límite de la personalidad y de 0,84 para el trastorno antisocial de la personalidad. La fiabilidad test-retest examinada en el trabajo de O'Boyle y Self (1990) dio resultado de un valor *kappa* de 0,74 para la presencia de cualquier trastorno de la personalidad. En cuanto a la validez

concurrente, se ha encontrado que la SCID-II estaba relacionada con un bajo nivel de funcionamiento, menor satisfacción con la atención sanitaria y un riesgo mayor de padecer una depresión y de consumir alcohol. Por último, Ekselius, Lindstrom, Von Knorring, Bodlund y Kullgren (1994) informaron de un buen acuerdo entre el Cuestionario de Personalidad de la SCID-II y la misma, obteniendo una correlación de 0,04 en el número de ítems positivos y un valor *kappa* de 0,78.

Otra entrevista es la *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*, MINI (Sheehan *et al.*, 1994), denominada en castellano como “MINI: sección G: Fobia Social” (Ferrando, Bobes, Soto, Gibert y Lecrubier, 1997), la cual constituye un instrumento o una familia de instrumentos que sirven para realizar diagnósticos de acuerdo con los sistemas DSM y CIE, tanto en la clínica como en la investigación. La versión MINI 4.6 explora de forma estandarizada los criterios necesarios para efectuar diagnósticos según el DSM-IV y la CIE-10. Se trata de una entrevista altamente estructurada, breve y de fácil aplicación, estando disponible en varios idiomas, entre ellos el castellano. Debe ser aplicada por un entrevistador entrenado. La MINI incluye 14 secciones diagnósticas, entre las cuales se encuentra una sección dedicada a la fobia social denominada “sección G” que está compuesta por cuatro ítems. El primer ítem hace referencia a la presencia de temor o incomodidad ante el hecho de ser humillado o avergonzado en determinadas situaciones sociales. Los dos ítems siguientes pretenden evaluar el reconocimiento por parte del sujeto de lo excesivo o irrazonable el miedo que experimenta, la presencia de evitación de las situaciones sociales y el grado de incomodidad al afrontarlas. El cuarto ítem alude a la interferencia producida en el trabajo normal, en las actividades diarias o en las relaciones sociales. La MINI PLUS (Ferrando *et al.*, 1997) recoge en la sección G, además de los cuatro ítems de la MINI, tres ítems más que evalúan los aspectos cronológicos y evolutivos del trastorno. Cada uno de los ítems es contestado por el individuo de acuerdo con una escala dicotómica (Sí/No). Para poder establecer el diagnóstico de fobia social, los cuatro ítems han de ser contestados en sentido afirmativo.

Por su parte, las entrevistas semiestructuradas pretenden encauzar el conocimiento del evaluador siguiendo una determinada estructura con el fin de recopilar información más amplia. También, favorecen la detección de síndromes asociados que frecuentemente se presentan junto a los trastornos de ansiedad. Las entrevistas más utilizadas para el diagnóstico de la fobia social en la práctica clínica son: el *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised*, ADIS-R (Protocolo de Entrevista de Trastornos de Ansiedad) (Di Nardo y Barlow, 1988), el *Anxiety*

*Disorders Interview Schedule for DSM-IV, ADIS-IV* (Protocolo de Entrevistas de Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV (DiNardo, Brown y Barlow, 1994) y el *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version, ADIS-IV-C* (Protocolo de Entrevista de Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV: versión de Niños y Adolescentes) (Albano y Silverman, 1996). El ADIS-R es la más empleada, constituyendo una entrevistadiseñada específicamente para evaluar y diagnosticar los trastornos de ansiedad, y también para descartar otros trastornos clínicos. Evalúa los factores situacionales y cognitivos que influyen en la ansiedad, ofreciendo información sobre el análisis funcional de la conducta. Concretamente, interroga sobre la presencia de acontecimientos precipitantes, intensidad de la ansiedad, extensión de las conductas de evitación, historia del problema, etc. En ella existe un apartado dedicado a la fobia social, donde se evalúa la intensidad del miedo y la evitación del individuo ante 12 situaciones sociales, así como la de los estímulos concretos asociados a esas situaciones. También, se realizan preguntas sobre la historia actual y pasada del sujeto relativa a las situaciones de interacción social. La aplicación de esta entrevista requiere de un personal experimentado y familiarizado, teniendo una duración de aproximadamente una hora. El especialista cuenta con una escala de gravedad que señala el nivel de incomodidad y/o incapacidad funcional asociado con el diagnóstico. La escala de gravedad oscila desde 0 (ausente) a 8 (muy grave, incapacitante). El punto de corte se estableció en torno a 4 o más, siendo indicativo del deterioro clínicamente significativo (Di Nardo, Moras, Barlow, Rapee y Brown, 1993). Los datos de fiabilidad entre observadores del ADIS-R son muy satisfactorios en el diagnóstico diferencial de la fobia social entre pacientes que padecen diferentes trastornos de ansiedad (coeficiente  $\kappa = 0,91$ ) (Di Nardo *et al.*, 1993). Los índices de fiabilidad ( $\kappa$ ) para la fobia social como diagnóstico principal y como adicional son respectivamente, 0,79 y 0,66 (Greist, Kobak, Jefferson, Katzelnick y Chene, 1995). La utilidad de las situaciones listadas en la ADIS-R fue examinada por Quero *et al.* (2003), encontrando que los individuos que mostraban miedo a un número elevado de situaciones sociales manifestaban un nivel mayor de psicopatología.

Con la ADIS-IV se pretende evaluar la posible presencia de trastornos de ansiedad, tanto los actuales como los que han tenido lugar a lo largo de la historia del individuo, en base a los criterios del DSM-IV. La sección dedicada a la fobia social es similar a la de la ADIS-R con una única modificación relativa a la inclusión de una nueva situación social en la evaluación del miedo y la evitación de situaciones sociales (hablar con personas desconocidas). Se ha encontrado que la fiabilidad interjueces de esta entrevista en el

diagnóstico de fobia social es adecuada ( $k=0,64$ ) (Di Nardo, Brown, Lawton y Barlow, 1995). Por último, la ADIS-IV-C está basada en la ADIS-C de Silverman y Nelles (1998) para niños y adolescentes con edades comprendidas entre 7 y 17 años, que a su vez estaba basada en la ADIS de Di Nardo, O'Brien, Barlow, Waddell y Blanchard (1983). Tiene dos versiones; una para los padres y otra para el niño/adolescente, adecuándose a los criterios del DSM-IV. Esta entrevista permite establecer un diagnóstico diferencial con otros trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-IV. Silverman y Rabian (1995) informan de un coeficiente *kappa* que varía (oscilando entre 0,42 y 1,00), dependiendo del trastorno presentado y de un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,71.

Existen entrevistas alternativas al formato clínico convencional con el objetivo de dar respuestas a los problemas que surgen a la hora de utilizar los datos conseguidos mediante las entrevistas mantenidas con las personas con fobia social cara a cara. Algunos de dichos problemas son los referentes a la fiabilidad interjueces o a la pérdida de información, al no formular al entrevistado un porcentaje determinado de las preguntas que forman la entrevista (Kobak, Greist, Jefferson y Katzelnick, 1996; Kobak, Schaettle, Katzelnick y Simon, 1995). Esto dio lugar a la realización de entrevistas por ordenador, constituyendo un formato alternativo considerado como un medio de evaluación fiable, barato, accesible y eficiente. Un ejemplo claro de dicho formato es el desarrollo de una versión computerizada de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (1987) (consta de 24 ítems que se contestan en dos escalas de ansiedad y evitación de acuerdo con una escala tipo Likert de 0 a 3), donde un 64% de los sujetos optó por la evaluación mediante ordenador frente a un 9% que eligió la entrevista personal y a un 28% que no manifestó ninguna preferencia. Además, la información recogida por el clínico y por el ordenador no resultó significativamente diferente. Las desventajas consisten en la imposibilidad de obtener información no verbal y en la probabilidad de la falta de comprensión por parte del sujeto de las preguntas, llevándole a la contestación arbitraria.

En definitiva, hasta la actualidad, las modalidades de entrevista personal más utilizadas en los estudios sobre fobia social han sido: *The Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)* (Dinardo y Barlow, 1988), el *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)* (Di Nardo *et al.*, 1994) y el *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM: Child Version (ADIS-IV-C)* (Albano y Silverman, 1996) para niños y adolescentes. Se ha encontrado bastante apoyo empírico del uso de dichas modalidades de entrevista personal en el ámbito de la fobia social (Cox y Swinson, 1995).

## 2.2. Autoinformes

Junto a la entrevista, el autoinforme es la técnica más usada en la práctica clínica con el objetivo de comprobar las hipótesis planteadas por el evaluador. El autoinforme instiga sobre diferentes componentes del problema, así como sobre síntomas asociados. La mayoría de los autoinformes ofrece información sobre la intensidad y la gravedad de los síntomas, cuantificando su evolución y el cambio producido al término del tratamiento (Echeburúa, 1995); en ningún caso se deberían emplear como instrumentos diagnósticos. Se trata de técnicas que necesitan un tiempo corto de aplicación, donde se obtienen puntuaciones objetivas de la subjetividad del paciente (ofrecen información más objetiva de la que se obtiene por medio de la entrevista clínica abierta), explorando distintas áreas de la interacción social. Mediante los autoinformes se obtiene una muestra de las respuestas de los sujetos a un conjunto de ítems elegidos a partir de un área común de situaciones interpersonales (Caballo, 1987). La aplicación repetida de estos instrumentos posibilita la evaluación de la evolución de los síntomas. Muchas de estas pruebas están estandarizadas y tienen datos psicométricos. No obstante, los autoinformes cubren un campo temático menor que las entrevistas, constituyendo medidas complementarias que están sujetas a varias fuentes de error (Caballo, 1987).

La investigación relativa a los instrumentos designados para identificar la fobia social se ha incrementado en los últimos años; nuevos instrumentos y estudios de fiabilidad y validez de varias escalas han sido publicados, especialmente en edad adulta (para una revisión, véase Clark *et al.*, 1997 o Taylor, Woody, McLean y Koch, 1997). Por su parte, García-López, Olivares y Vera-Villaruel (2003) ofrecen una revisión de los instrumentos de evaluación de la fobia social que han sido validados en población de lengua española. En la población adolescente, existen tan sólo dos instrumentos designados para la evaluación de las respuestas de ansiedad social en la adolescencia: el *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI) (Turner, Beidel, Dancu y Stanley 1989) y el *Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A) (La Greca y López, 1998). Los cuestionarios desarrollados o adaptados para la población adolescente de habla española aparecen en una revisión llevada a cabo por Inglés, Méndez, Hidalgo, Rosa y Orgilés (2003). Así, la revisión de Masia-Warner, Storch y Fisher (2003), relacionada con los avances de la evaluación y el tratamiento de la ansiedad y fobia social en jóvenes, incluye nuevos instrumentos de evaluación desarrollados específicamente para el trastorno de ansiedad social. Recientemente, existe un interés por examinar la relación entre distintas medidas de autoinforme y su invariabilidad dentro de muestras tanto clínicas como

comunitarias. En esta línea, Olivares, García-López, Hidalgo y Caballo (2004) informan que la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, la Escala de Evitación y Malestar Social, el Inventario de Ansiedad y Fobia Social y la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes se presentan invariantes dentro de las muestras clínica y comunitarias, evaluando un único factor de primer orden, denominado como “ansiedad social”, aunque cada medida recoge síntomas específicos (cognitivos, comportamentales o somáticos) de este factor; además, los resultados indicaron que el Inventario de Ansiedad y Fobia Social y la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes constituyen los dos autoinformes de elección para la evaluación de la ansiedad social de los adolescentes.

### **2.2.1. Autoinformes específicos para la ansiedad social**

#### **2.2.1.1. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*) y Escala de Evitación y Malestar Social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*) (Watson y Friend, 1969)**

Tanto la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES) como la Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) se crearon juntas con el objetivo de evaluar los dos aspectos más centrales de la fobia social. Dichos aspectos son los pensamientos y la evitación que tienen lugar en las situaciones sociales. Tienen la ventaja de ser breves y complementarias, necesitando un tiempo estimado en 15 minutos para su aplicación, por lo que son uno de los instrumentos más empleados en la investigación. Se trata de autoinformes más apropiados para evaluar la ansiedad ante situaciones de interacción social que la fobia social en sí (Orsillo, 2001). Las dos escalas han mostrado ser sensibles al cambio terapéutico (Butler *et al.*, 1984; Heimberg, Becker, Goldfinger, Vermilyea, 1985; Mattick y Peters, 1988). En España, distintos estudios (Bobes *et al.*, 1999; García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001; Villa, Botella, Quero, Rueda y Gallardo, 1998) han informado que tanto la FNE como la SAD obtienen propiedades psicométricas adecuadas en población adulta y adolescentes de habla española. En la presente Tesis Doctoral se realizará una descripción más detallada de estos dos instrumentos en el sexto capítulo (dentro del apartado de instrumentos), incluyendo los datos de fiabilidad y validez de los mismos.

### 2.2.1.2. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia Anxiety Inventory, SPAI*) (Turner *et al.*, 1989) y Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (*Social Phobia Anxiety Inventory for Children, SPAI-C*) (Beidel, Turner y Morris, 1995)

El Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) fue construido con el fin de medir las tres dimensiones (motora, psicofisiológica y cognitiva) de la ansiedad social. Está compuesto por 45 ítems que se responden de acuerdo a una escala tipo Likert de 7 puntos (1: Nunca; 7: Siempre). Dichos ítems se reparten entre dos subescalas: fobia social y agorafobia; la primera está formada por 32 ítems, mientras que la segunda consta de los 13 ítems restantes. El SPAI proporciona tres puntuaciones. La primera se refiere a la fobia social, la segunda a la agorafobia y la tercera a una puntuación total denominada de “diferencia”, ya que es el resultado de restar la puntuación de agorafobia a la de fobia social. Se trata de una puntuación pura de fobia social después de haber eliminado la ansiedad asociada a la agorafobia. Algunos autores (Turner *et al.*, 1989; Beidel, Turner y Cooley, 1993) optan por la puntuación de la diferencia por motivos tanto metodológicos como teóricos; otros (Herbert, Bellack y Hope, 1991; Ries *et al.*, 1998) encuentran apoyo empírico para la puntuación de la subescala de fobia social.

Con el objetivo de diferenciar entre los sujetos con fobia social y otros sin la misma, Turner *et al.* (1989) proponen un punto de corte de diferencia por encima de 60. Además, existe una mayor probabilidad de realizar un diagnóstico más preciso cuando la puntuación se encuentra por encima de 80, incrementando la especificidad. Los creadores del SPAI informan de una consistencia interna de 0,96 para la subescala de fobia social y 0,86 para la agorafobia, en un estudio realizado con una muestra universitaria con fobia social. Por su parte, la fiabilidad test-retest (en un periodo de dos semanas) fue de  $r=0,86$  para la puntuación total de diferencia. En población española, los resultados sobre consistencia interna son muy parecidos a los que se han encontrado en el estudio original: 0,97 en la puntuación de diferencia y 0,94 para la muestra con diagnóstico de fobia social (Baños *et al.*, 2003).

En cuanto a la validez de constructo, Turner *et al.* (1989) señalan que tanto las dos subescalas como la puntuación total discriminan entre grupos con problemas de ansiedad y otros normativos. Además, se muestra capaz de diferenciar entre individuos con fobia social y aquellos que tienen otros trastornos de ansiedad. Así, el SPAI mantuvo correlaciones significativamente altas con otras variables relevantes, tales como habilidades sociales, trastorno de personalidad por evitación y neuroticismo (Caballo, Olivares, López-Gollonet,

Irurtia y Rosa, 2003); además, apenas hubo correlaciones significativas entre el SPAI y la extraversión. En población adolescente, el SPAI resultó ser una medida fiable y válida de fobia social (Clark *et al.*, 1994). Este resultado también se ha confirmado en la población adolescente española (García-López *et al.*, 2001; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel, 1999). Olivares *et al.* (2002) han establecido puntos de corte normativos para el SPAI con el objetivo de diferenciar los adolescentes con fobia social de aquellos sin la misma en una muestra comunitaria española. Dichos puntos están en torno a 60 para la puntuación de Diferencia y a 70 para la subescala de Fobia Social. Por último, el SPAI ha mostrado ser sensible al cambio terapéutico, permitiendo determinar el estatus funcional de las personas con fobia social una vez terminado el tratamiento. Como consecuencia, este instrumento disfruta de un mayor uso en la investigación. No obstante, pese a tener una mayor especificidad para evaluar la fobia social que otros instrumentos (como el FNE y el SAD), la duración de su aplicación es más larga, resultando su corrección más complicada. El SPAI fue desarrollado para adultos en la población norteamericana (Turner *et al.*, 1989) y ha sido validado para habla inglesa (Clark *et al.*, 1994) y para adolescentes de habla española (Olivares *et al.*, 1999); los puntos de corte han sido informados recientemente para muestras de habla española (Olivares *et al.*, 2002). Recientemente, se ha encontrado que el SPAI-C fue una medida más sensible que el SAS-A (61,50 versus 43,60%) de cara a mostrar evidencias sobre la validez del constructo de ansiedad social, a pesar de que se obtuvo una correlación significativa de 0,79 entre las dos (Inderbitzen-Nolan, Davies y McKeon, 2004); no obstante, estas dos escalas fueron similares en relación a la especificidad (82,7% para ambas).

Por su parte, el Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (*Social Phobia Anxiety Inventory for Children, SPAI-C*) (Beidel *et al.*, 1995) constituye una medida de autoinforme para niños menores de 14 años y está compuesto por 26 ítems, los cuales se contestan de acuerdo a una escala Likert de tres puntos (0 = Nunca; 1 = A veces; 2 = La mayor parte del tiempo o Siempre). Los ítems del SPAI-C evalúan una serie de situaciones sociales y síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Existen 9 ítems que miden el malestar subjetivo del niño ante distintos contextos, incluso se calcula el promedio de la respuesta a cada uno de ellos, obteniendo una puntuación total combinada del instrumento resultante de la suma de los 26 ítems. Las propiedades psicométricas del SPAI-C han sido consideradas como adecuadas; la consistencia interna del instrumento total y de sus factores fue aceptable (alfa = 0,95 para la medida total; alfa = 0,65-0,83 para las puntuaciones de los factores) (Beidel Turner y Fink, 1996). El SPAI-C ha mantenido relaciones moderadas con el

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños-Subescala de Rasgo ( $r = 0,50$ ), con la subescala de Fracaso y Crítica del Cuestionario de Temores para Niños-Revisado (*Failure and Criticism subscale of the Fear Survey Schedule for Children-Revised*) ( $r = 0,53$ ) y con el número de situaciones sociales que resultan perturbadoras en la vida diaria del niño (Beidel *et al.*, 1995; Beidel *et al.*, 1996). Así, con el SPAI-C se ha podido diferenciar niños con trastorno de ansiedad social de otros con determinados trastornos exteriorizados y de sujetos controles (Beidel *et al.*, 1996). Los constructos de los niños evaluados por el SPAI-C, los cuales se han obtenido mediante un análisis factorial, fueron los siguientes: Asertividad, Conversación General, Actuación en Público, Síntomas Físicos y Cognitivos, y Evitación Conductual (Beidel *et al.*, 1996). Recientemente, Storch, Masia-Warner, Dent, Roberti y Fisher (2004) encontraron que los coeficientes alfa de Cronbach de los factores del SPAI-C en adolescentes oscilaban entre 0,65 y 0,83 para la muestra total, con un alfa de 0,92 para la escala global; además, las intercorrelaciones entre las cinco escalas del SPAI-C oscilaban entre 0,46 y 0,68. Por su parte, la fiabilidad test-retest para la escala total fue de 0,47, mientras que las correlaciones test-retest para los cinco factores de este instrumento fueron: 0,39 para Asertividad, 0,35 para Conversación General, 0,56 para Síntomas Físicos/Cognitivos, 0,36 para Evitación y 0,49 para Actuación en Público.

### **2.2.1.3. Escala de Fobia Social (*Social Phobia Scale, SPS*) y Escala de Ansiedad en Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*) (Mattick y Clarke, 1998)**

La Escala de Fobia Social (SPS) y la Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS) evalúan dos dimensiones distintas de la ansiedad social: el miedo de ser juzgado en la ejecución de una determinada actividad y el miedo a la propia relación social. Tanto la SPS como la SIAS están formadas por 20 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos (0: No es característico o cierto de mí; 4: Totalmente característico o cierto de mí). A continuación se hará una descripción detallada únicamente de la SPS, ya que la SIAS se describirá con más detalle en el sexto capítulo (dentro del apartado de instrumentos empleados en esta Tesis Doctoral).

El objetivo que se pretende con la SPS es medir la ansiedad al escrutinio o a la observación de los demás, especialmente cuando se están llevando a cabo actividades. Los pacientes con fobia social han obtenido una media de 32,8 (DT=11,8) (Heimberg, Mueller, Holt, Hope y Liebowitz, 1992). Estos autores proponen una puntuación de corte de 24, clasificando correctamente al 73% del grupo de personas con fobia social. La consistencia

interna de la SPS ha resultado ser alta tanto en población clínica como no clínica (de 0,87 a 0,94) (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick y Clarke, 1998). Asimismo, se han conseguido buenos datos (de 0,66 a 0,93) referentes a la fiabilidad test-retest (en un periodo de 4 a 12 semanas) (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick y Clarke, 1998). En cuanto a la validez de la SPS, se ha encontrado, mediante un análisis factorial confirmatorio, tres factores en lugar de dos: Ansiedad de interacción, Ser observado por los demás y Miedo a que los demás se den cuenta de los síntomas de ansiedad (Safren, Turk y Heimberg, 1998). Existen estudios que relacionan la SPS con medidas de ansiedad de ejecución o de ser el objeto de observación por los otros (Brown *et al.*, 1997; Heimberg *et al.*, 1992).

Finalmente, tanto la SPS como la SIAS han mostrado ser capaces de diferenciar a los pacientes con fobia social de las personas que no poseen este trastorno. Los primeros presentan puntuaciones más elevadas en las dos escalas cuando se comparan con los individuos aquejados de agorafobia o con estudiantes universitarios sin trastorno (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick y Clarke, 1998). Los pacientes con fobia social han obtenido puntuaciones más elevadas en la SIAS que el resto de los grupos con trastornos de ansiedad de una población clínica (Brown *et al.*, 1997). No obstante, la SPS no ha podido discriminar las personas con fobia social de aquellas aquejadas del trastorno de pánico con agorafobia, a pesar de que los primeros presentaron puntuaciones significativamente más altas. Además, las dos escalas resultan útiles en la determinación de los dos subtipos de la fobia social. Heimberg *et al.* (1992) han demostrado que la SIAS tiene más poder que la SPS para diferenciar los pacientes con el subtipo generalizado de la fobia social de los del subtipo específico. Por último, las dos escalas han mostrado un comportamiento sensible relativo al cambio terapéutico producido (Ries *et al.*, 1998).

#### **2.2.1.4. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A*) (La Greca, 1999) y Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (*Social Anxiety Scale for Children-Revised, SASC-R*) (La Greca y Stone, 1993)**

La Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A*) se basó en el modelo conceptual propuesto por Watson y Friend (1969) y Leary (1983b) y no en los criterios del DSM pertinentes a la fobia social, tal como ocurrió con el SPAI, el SIAS o el SPS. La escala SAS-A fue desarrollada y adaptada a partir de la Escala Revisada de Ansiedad Social para niños (*Social Anxiety Scale for Children-Revised, SASC-R*) (La

Greca y Stone, 1993), cambiando únicamente el lenguaje utilizado. Por ejemplo, el término “niño” empleado en la Escala Revisada de Ansiedad Social para Niños fue modificado por “compañeros”, “otras personas” o “gente” en la SAS-A. Tanto la SAS-A como la SASC-R está formada s por 22 ítems, de los cuales 4 no se tienen en cuenta de cara a la puntuación, quedando en 18 ítems que se reparten entre tres subescalas en ambas escalas: subescala de Miedo a la evaluación negativa (*Fear of Negative Evaluation, FNE*) (8 ítems), subescala de Ansiedad y evitación social ante extraños (*Social Avoidance and Distress specific to new situations or unfamiliar peers, SAD-New*) (6 ítems) y la subescala de Ansiedad y evitación social ante gente en general (*Social Avoidance and Distress and Distress that is experienced more generally in the company of peers, SAD-General*) (4 ítems). La SASC-R está diseñada para niños de edades comprendidas entre 7 y 12 años, y la SAS-A para adolescentes entre 13 y 18 años. El formato de las dos escalas es el mismo, aunque los ítems difieren ligeramente con el objetivo de reflejar diferencias de tipo evolutivo. Las versiones SASC-R y SAS-A para los padres y maestros también están disponibles, aunque carecen de datos psicométricos hasta la fecha. Cada ítem se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos de acuerdo con el grado en el que el contenido del ítem es verdadero para el sujeto, donde 1 significa “No del todo” y 5 “Todo el tiempo”. Se pueden obtener distintas puntuaciones por la suma de los ítems que constituyen cada una de las subescalas o una puntuación total por la suma de todos los ítems, excepto los 4 neutrales. El rango de puntuaciones oscila entre 1 y 40 para la subescala FNE, entre 1 y 30 para la subescala SAD-New, entre 1 y 20 para la subescala SAD-General, y entre 1 y 90 para la puntuación total.

Varios estudios encontraron que la SAS-A proporciona una medida válida y fiable de la ansiedad social tanto en muestras clínicas como en comunitarias (Ginsburg, La Greca y Silverman, 1998; La Greca y López, 1998; Storch, Eisenberg y Roberti, 2003). Las propiedades psicométricas de la SAS-A fueron probadas en una muestra no clínica de 250 adolescentes estadounidenses con un rango de edad comprendido entre 16 y 18 años (La Greca y López, 1998). En el estudio de estos autores se constató el modelo de tres factores, obteniendo niveles adecuados de consistencia interna en las tres subescalas: Miedo a la evaluación negativa (0,91), Ansiedad y evitación social ante extraños (0,83) y Ansiedad y evitación social ante gente en general (0,76). Otro trabajo que hizo uso de una muestra clínica estadounidense y que informó de valores de consistencia interna ligeramente superiores (0,94, 0,87 y 0,80, respectivamente para las tres subescalas) al anterior fue el de Ginsberg *et al.* (1998). La SAS-A mostró buenos datos de fiabilidad test-retest y validez de constructo para

ambas poblaciones de habla española e inglesa (García-López *et al.*, 2001; La Greca y López, 1998; Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López, 1999). En un estudio reciente de Storch *et al.* (2004) se ha hallado que los coeficientes alfa de Cronbach fueron altos para la puntuación total de la SAS-A (alfa = 0,93) y para sus subescalas (alfa = 0,76-0,91); las correlaciones interescalas de la SAS-A oscilaron entre 0,52 y 0,74. En cuanto a la fiabilidad test-retest, usando las correlaciones producto-momento de Pearson, se han obtenido correlaciones significativas entre la primera y la segunda administración. Específicamente, estas correlaciones fueron de 0,55 para FNE, 0,58 para SAD-New, 0,62 para SAD-General y 0,60 para la escala general.

En población española, los datos hallados en muestra comunitaria adolescente apoyan a la fiabilidad y a la estructura tridimensional propuesta por los autores originales de la SAS-A (Olivares *et al.*, 1999), así como su buena fiabilidad test-retest (García-López *et al.*, 2001; Ruiz, Olivares, Hidalgo y García-López, 2000). Así, la eficiencia del diagnóstico de la fobia social se incrementa cuando se emplea la SAS-A junto al SPAI, resultando esta combinación muy apropiada como herramienta de muestreo o selección de sujetos adolescentes con fobia social en muestras comunitarias (Olivares *et al.*, 2002). En un estudio reciente realizado por Oliveres *et al.* (2005) con el objetivo de estudiar la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la SAS-A en una población de habla española se ha observado que los resultados obtenidos apoyan la estructura de tres factores propuesta por los autores originales. Además, se han hallado correlaciones interescalas significativas; la correlación ítem test resultó por encima de 0,40 en todos los casos, oscilando el rango desde 0,47 hasta 0,74; asimismo, los niveles de consistencia interna fueron altos para las subescalas: FNE (0,94), SAD-New (0,87) y SAD-General (0,80), y para la escala total (0,91). A pesar de haber encontrado efectos de género significativos en la puntuación total de la SAS-A y de sus subescalas, no se han obtenido efectos de interacción. Estos hallazgos suponen un apoyo al uso de la SAS-A en la población de los adolescentes de habla española.

#### **2.2.1.5. Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) (Olivares y García-López, 1998)**

La construcción de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social por Olivares y García-López (1998) se debió a la inexistencia en su momento de un instrumento (con formato breve) que permitiera detectar de forma rápida, válida y fiable a adolescentes y adultos con ansiedad social y con una alta probabilidad de reunir los criterios establecidos por

la APA (1994, 2000) para considerar el diagnóstico de fobia o ansiedad social. La EDAS consta de 10 ítems, de los cuales dos tienen un formato dicotómico (Sí / No) y evalúan el criterio A del trastorno de ansiedad o fobia social, referido al componente cognitivo; los demás ítems tienen un formato de una escala tipo Likert valorada en cinco alternativas de respuesta (rango: 1-5). El contenido de estos 8 ítems hace referencia a situaciones sociales de relación o actuación que suelen provocar temor en los sujetos con ansiedad y fobia social; el sujeto tiene que valorar las situaciones sociales en función del grado de evitación, sobreactivación e interferencia que le causa cada una de ellas (criterios B-E). En definitiva, la EDAS tiene la función de medir el constructo de ansiedad/fobia social teniendo presente el criterio de interferencia, considerándose como la única escala que toma en cuenta este aspecto importante de cara al diagnóstico de este trastorno.

La EDAS está constituida por dos subescalas o factores; una primera, llamada Ansiedad social, obtenida por la suma de las puntuaciones conseguidas en las ocho situaciones sociales correspondientes a los componentes de evitación y sobreactivación. El rango de las puntuaciones de esta escala puede oscilar de 0-64 o de 16-80 si la referencia del límite inferior es igual a 1. El segundo factor, denominado Interferencia se calcula sumando los valores de los 8 ítems de la escala. En este caso, las puntuaciones que consigue el sujeto pueden oscilar entre 0 y 32 o entre 8 y 40. Por su parte, la puntuación total se calcula mediante la suma de los valores obtenidos por cada una de las subescalas, pudiendo resultar su rango entre 0 y 96 o entre 24 y 120. Hay que señalar que los dos primeros ítems tienen un carácter cualitativo, por lo tanto, no se tendrían en cuenta en las puntuaciones relativas a las subescalas o a la puntuación total de la EDAS.

Las propiedades psicométricas fueron examinadas recientemente en el estudio de Olivares, Piqueras y Sánchez-García (2004), donde se aplicó esta escala a una muestra de 3181 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria de edad comprendida entre 14 y 18 años. Los resultados del análisis factorial exploratorio dieron cuenta de dos factores: Ansiedad social e Interferencia que explicaron un 40,52% de la varianza. La consistencia interna alcanzó un valor alto de 0,92. Estos autores no han demostrado diferencias significativas debidas al sexo, a la edad y a la interacción entre el sexo y la edad, aunque sí se encontraron diferencias significativas relativas al efecto debido al género en la subescala de Ansiedad social, en la cual las chicas presentaron mayor puntuación que los chicos. Estos resultados de fiabilidad y validez adecuados llevaron a los autores de este trabajo a concluir que la EDAS es una medida fiable en la evaluación de la ansiedad social en adolescentes españoles.

### **2.2.1.6. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz para Niños y Adolescentes (Libowitz Anxiety Scale for Children and Adolescents, LSAS-CA) (Masia-Warner, Klein y Liebowitz, 2002)**

La LSAS-CA se compone de 24 ítems que tienen la función de evaluar determinadas situaciones que podrían producir miedo en los niños y adolescentes con ansiedad social. La mitad de los ítems evalúan situaciones de interacción social (por ejemplo, mirar a los ojos a gente que no conoce bien) y la otra mitad miden situaciones de actuación (por ejemplo, hacer preguntas en clase). El niño tiene que contestar a cada una de las 24 situaciones, valorando en una escala tipo Likert de 0 a 3, por una parte, el grado de ansiedad o temor y, por otra, el grado de evitación. El evaluador tiene la libertad de explorar las respuestas y ajustar las puntuaciones, dependiendo del juicio clínico y de las observaciones directas. De esta manera, la LSAS-CA ofrece una puntuación total y en las subescalas Ansiedad social, Ansiedad ante la actuación, Evitación de la actuación, Ansiedad total y Evitación total.

Masia-Warner *et al.* (2003) dieron a conocer los primeros hallazgos psicométricos de la LSAS en su aplicación con una muestra de 154 niños y adolescentes. Los resultados obtenidos indicaron una alta consistencia interna ( $\alpha = 0,90-0,97$  para la muestra total y  $0,83-0,95$  para el grupo de fobia social) y una fiabilidad test-retest excelente (coeficiente de correlación intraclase =  $0,89-0,94$ ) para la LSAS-CA total y para las puntuaciones de sus subescalas. Además, las puntuaciones presentan asociaciones más fuertes con medidas de la ansiedad social y de deterioro general que con una medida de depresión. Por último, la LSAS-CA distingue bien entre sujetos con el trastorno de ansiedad social de otros que tienen otros trastornos de ansiedad y de aquellos que pertenecen al grupo control (Masia-Warner *et al.*, 2003). Estos resultados señalan que la LSAS-CA constituye una medida fiable y válida para ser aplicada en población infanto-juvenil.

### **2.2.1.7. Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales (*Social Interaction Self-Statement Test, SISST*) (Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982)**

El Test de Autoafirmaciones en Interacciones Sociales (SISST) constituye una medida de uso frecuente en las investigaciones sobre ansiedad social por su capacidad para diferenciar personas con ansiedad social de aquellas no ansiosas. Su versión original se centraba en situaciones de interacción social con individuos del otro sexo, llegando a efectuar variaciones en el mismo con el fin de adaptarlo a interacciones con grupos. El SISST está compuesto por 30 ítems que detectan los posibles pensamientos experimentados por un individuo que se

desenvuelve en una situación social. Este test se divide en dos subescalas: una de Pensamientos positivos y otra de Pensamientos negativos. La frecuencia de dichos pensamientos se evalúa de acuerdo con una escala tipo Likert de 6 puntos (0: Nunca; 5: Casi siempre). El estudio de Dodge, Hope, Heimberg y Becker (1988) muestra una media de 54,75 (DT=12,68) para los individuos con fobia social, en la escala de pensamientos negativos y otra de 36,21 (DT=11,44) en la escala de pensamientos positivos.

La consistencia interna hallada en una muestra de estudiantes fue de 0,85 a 0,89 para la subescala de Pensamientos positivos y de 0,91 para la de los Pensamientos negativos (Osman, Markway y Osman, 1992). La versión traducida al español se encuentra en Caballo (1993). Este autor encuentra que la parte negativa del SISST mantiene correlaciones significativas con las siguientes medidas: Escala de Autoexposición Universitaria (CSES) (-0,53), Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus) (-0,54), Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte motora (EMES-M) (-0,58), Escala de Ansiedad y Evitación Sociales (SAD) (0,62), Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte emocional (EMES-E) (-0,66) y Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES) (-0,69). Además, se destacó la relación moderada encontrada entre los pensamientos negativos del sujeto durante la interacción social extensa (SISST) y la elevada ansiedad y falta de habilidad social evaluadas. Por último, el SISST ofrece niveles satisfactorios de fiabilidad y validez y una sensibilidad adecuada al cambio terapéutico (Glass y Arnkoff, 1997).

#### **2.2.1.8. Escala Breve de Fobia Social de Davidson (*Davidson Brief Social Phobia Scale, BSPS*) (Davidson *et al.*, 1991)**

La Escala Breve de Fobia Social (EBFS) constituye un instrumento de evaluación sencillo y rápido de aplicar. Se trata de una entrevista en formato de escala que permite diagnosticar a personas con fobia social (Davidson *et al.*, 1991). Su objetivo es evaluar la gravedad de los síntomas y la eficacia de los cambios producidos por el tratamiento. Está formada por 18 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos (entre 0 y 4). Los primeros 14 ítems aluden a situaciones sociales específicas y evalúan dos componentes: Miedo (7 ítems) y Evitación ante las situaciones sociales (7 ítems). Las situaciones recogidas son: hablar en público, hablar con personas con autoridad, hablar con extraños, ser humillado o criticado, acudir a reuniones sociales y actuar mientras se es observado por los demás. Los cuatro ítems restantes miden respuestas psicofisiológicas. Fundamentalmente, se indaga sobre la posible presencia de enrojecimiento facial, palpitaciones, temblores y sudoración en el transcurso de

situaciones interpersonales o cuando se piensa en ellas. Se puede obtener una puntuación total, así como tres puntuaciones relativas a las tres subescalas: temor, evitación y fisiológica.

En relación a las propiedades psicométricas de este instrumento, se han hallado coeficientes alfa de consistencia interna adecuados para las subescalas de Miedo y Evitación, aunque no para la subescala de Respuestas psicofisiológicas (Davidson *et al.*, 1991). La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala en conjunto fue de 0,81, 0,60 para la subescala fisiológica, 0,70 para la subescala de temor y 0,78 para la subescala de evitación. Además, la BSPS se muestra sensible al cambio producido por el tratamiento y tiene una alta fiabilidad interjueces (Davidson *et al.*, 1994). Asimismo, se ha demostrado que esta escala posee una alta fiabilidad test-retest y validez de constructo, y se muestra capaz para detectar diferencias pre-postratamiento (Davidson *et al.*, 1997). Los valores de fiabilidad test-retest fueron 0,91 para la puntuación global, 0,87 para la subescala de temor, 0,90 para la subescala de evitación y 0,77 para la subescala fisiológica. Los coeficientes test-retest y de consistencia interna obtenidos para la subescala de respuestas psicofisiológicas fueron los más bajos. Esto puede deberse al hecho de que existen pocos individuos con fobia social del tipo específico en la muestra, relacionándose éste con las respuestas psicofisiológicas, según afirman Davidson *et al.* (1997). Esta hipótesis se encuentra apoyada por el estudio de McNeil, Ries y Turk (1995), quienes defienden la existencia de un patrón de respuestas psicofisiológicas distinto para cada subtipo de fobia social. Por último, la validez concurrente de esta escala resultó ser buena, mostrando coeficientes de correlación altos con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (0,70), con la Escala de Temor a la Evaluación Negativa ( $r = 0,45$ ) y con la Escala de Ansiedad de Hamilton ( $r = 0,34$ ).

#### **2.2.1.9. Escala de Ansiedad de Interacción (*Interaction Anxiousness Scale, IAS*) y Escala de Ansiedad ante el Público (*Audience Anxiousness Scale, AAS*) (Leary, 1983a)**

La IAS valora la ansiedad asociada al comportamiento social que depende de otras personas presentes en las situaciones de interacción social (por ejemplo, entablar conversaciones, manifestar desacuerdos, etc.); es decir, la IAS mide la ansiedad ante situaciones contingentes que precisan retroalimentación de los demás. Por su parte, la AAS evalúa la ansiedad en situaciones no dependientes (no contingentes) que carecen de feedback de las respuestas sociales del resto de los individuos presentes (por ejemplo, dar una charla sobre algún tema, preparar una conferencia, etc.). Las dos escalas reúnen a ítems de contenido

afectivo, cognitivo y fisiológico, pero no motor, ya que Leary (1983a) no incluyó los ítems de conducta manifiesta.

La validez del constructo y la fiabilidad test-retest de estas dos escalas se han informado en el estudio de Leary y Kowalski (1993). Estos autores encontraron que la consistencia interna de la IAS ofrece valores de fiabilidad superiores a 0,85. La fiabilidad test-retest a las 8 semanas fue de 0,80. En cuanto a la validez de constructo, la IAS correlacionó altamente con la Escala de Malestar y Evitación Sociales (SAD), la Escala de Timidez (*Shyness Scale*), y la Subescala de Ansiedad Social de la Escala de Autoconciencia (*Social Anxiety Subscale of the Self-Consciousness Scale*). Por su parte, la validez discriminante indica que las puntuaciones de la IAS mantuvieron correlaciones moderadas con las medidas de neuroticismo y rasgo-general de ansiedad con un rango de 0,35 a 0,50. Sanz (1994) mostró datos relativos a la validez y la fiabilidad de la IAS en población adulta española; este autor informó que la consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) de la versión española de la IAS fue de 0,90. Este último valor fue similar al encontrado por Leary y Kowalski (1987) con estudiantes americanos. Con respecto a la validez convergente y discriminante, Sanz (1994) obtuvo una correlación de 0,76 entre la IAS y el SAD.

#### **2.2.1.10. Inventario de Fobia Social de Davidson (*The Social Phobia Inventory, SPIN*) (Davidson *et al.*, 1991)**

Este inventario deriva de la Escala Breve de Fobia Social, constituyendo un cuestionario autoadministrado mediante el cual se exploran las tres variantes sintomáticas que acompañan a la fobia social: miedo, evitación y discomfort fisiológico. Tiene una forma de escala autoaplicada, donde el paciente tiene que indicar el grado en el que le han molestado durante la última semana 17 problemas relativos a la ansiedad y la evitación de situaciones sociales. Cada problema tiene 5 opciones de respuesta que van desde 0 (No le han molestado nada) hasta 4 (Le han molestado en grado extremo). El paciente debe elegir, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 68 puntos. Esta escala muestra alta capacidad en la detección del trastorno por ansiedad social. Concretamente, cuando la suma de tres de sus ítems (6, 9 y 15) es mayor o igual a 6 se da un 90% de probabilidades de que la persona padezca un trastorno de ansiedad social. Los tres ítems son “Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente” (ítem 6), “Evito actividades en las que soy el centro de atención” (ítem 9) y “Entre mis mayores miedos se encuentran hacer el ridículo o parecer

estúpido” (ítem 15). Es una herramienta útil por su sencillez, especialmente cuando se utiliza la versión que incluye sólo los tres ítems descritos. Connor *et al.* (2000) concluyen que además de ser un instrumento válido para medir la gravedad de la sintomatología de los casos de fobia social, es sensible a la reducción de síntomas a lo largo del tiempo y discrimina bien entre tratamientos de diferente eficacia. Además, estos autores mantienen que con un punto de corte de 19 se puede utilizar como método de *screening* de la fobia social en población general. Se ha encontrado que la consistencia interna (alfa de Cronbach) oscilaba entre 0,87-0,94 en dos grupos con fobia social frente a 0,82-0,90 para el grupo control. La prueba test-retest mostró un coeficiente de correlación de Spearman de 0,89 en uno de los grupos analizados y de 0,78 en otro (Connor *et al.*, 2000). Por su parte, los distintos tipos de validez reflejan unas sólidas propiedades psicométricas. Por ejemplo, con un punto de corte de 19, cuando se compararon pacientes con fobia social con pacientes controles se obtuvo una sensibilidad de 0,72, una especificidad de 0,84 y una eficiencia de 0,79 (Connor *et al.*, 2000).

#### **2.2.1.11. Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (*Personal Report of Confidence as a Speaker, PRCs*) (Gilkinson, 1942; Paul, 1966)**

El diseño original del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS) fue realizado por Gilkinson (1942), aunque posteriormente se modificó por Paul (1966) con la finalidad de medir tanto el miedo como la seguridad cuando se tiene que hablar en público (antes, durante y después). Por ello, los 101 ítems originales se han reducido a 30 con un formato verdadero-falso. Algunos estudios (Klorman, Weerts, Hastings, Melamed y Lang, 1974; Lombardo, 1988) informaron de una alta consistencia interna, considerándolo como un instrumento válido en población clínica. En España, Bados (1986) cambió el formato de respuesta, estableciendo una escala de 6 puntos y proporcionando datos adecuados de fiabilidad y validez de la misma en población adulta. Se ha informado de la utilidad de este cuestionario en población adolescente (Méndez, Inglés e Hidalgo, 1999). Recientemente, Méndez, Inglés e Hidalgo (2004) analizan las propiedades psicométricas del PRCs en una muestra de adolescentes españoles, comprobando, mediante un análisis factorial confirmatorio del mismo, la existencia de dos factores: Seguridad/Disfrute al hablar en público y Miedo a hablar en público. La consistencia interna (0,84) y la fiabilidad test-retest (0,81) fueron altas. Las correlaciones con el Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA) (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2000) ( $r = 0,43$ ) y

con el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*) (Turner *et al.*, 1989) ( $r = 0,53$ ) fueron estadísticamente significativas. Por su parte, la falta de confianza para hablar en público mantuvo una correlación positiva con la escala neuroticismo y negativa con la escala extraversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (*Eysenck Personality Questionnaire, EPQ*) (Eysenck y Eysenck, 1986). Las chicas adolescentes mostraron menos confianza para hablar en público, disminuyendo con la edad.

#### **2.2.1.12. Autorregistros**

Los autorregistros constituyen una modalidad de autoinforme donde el individuo presta atención a sus acciones en situaciones naturales. Es una estrategia eficiente y práctica que permite evaluar las interacciones en situaciones sociales provocadoras de ansiedad que tienen lugar en la vida real del individuo. El autorregistro proporciona información que ayuda no solo a llevar a cabo el análisis funcional de la conducta, sino también a controlar las tareas que el paciente ha de realizar durante el tratamiento (Echeburúa, 1995). Se trata de un componente fundamental en el proceso de evaluación de los efectos del tratamiento de la fobia social. El sujeto puede registrar un número elevado de respuestas, teniendo en cuenta la frecuencia, intensidad, duración y tipo de contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, número de los individuos con los que suele interactuar y las características de los mismos, los pensamientos evocados, las respuestas fisiológicas, las respuestas de evitación, escape o afrontamiento, las conductas de seguridad y el nivel de ansiedad experimentado; es decir, se recoge información sobre los aspectos topográficos de la conducta problema. Los diarios, las listas y las hojas de registro son los formatos de autorregistros más empleados (McNeil *et al.*, 1995), variando en función de los objetivos pretendidos por el evaluador. La información obtenida por los autorregistros puede utilizarse con el fin de evaluar los estímulos ansiógenos, así como la eficacia de técnicas terapéuticas, el mantenimiento y la generalización de las habilidades y logros aprendidos en los mismos (Donohue, Van Hasselt y Hersen, 1994). Los resultados del estudio de Dodge, Heimberg, Nyman y O'Brien (1987) indicaron que los autorregistros pueden considerarse instrumentos válidos para su uso como medidas de evaluación. Por su parte, Mattick y Clarke (1989) encontraron que los autorregistros permiten determinar las situaciones sociales específicas que teme el individuo, identificar los pensamientos distorsionados que mantiene el mismo y realizar un seguimiento de los resultados del tratamiento en cada sujeto sesión a sesión. Un ejemplo de autorregistro es el denominado Registro y reto de pensamientos, donde el sujeto tiene que rellenar en las casillas

correspondientes determinados aspectos topográficos de su conducta, tales como el día y la hora, la situación, las sensaciones o emociones que experimenta (valoradas en una escala de 0-10), los pensamientos negativos o el grado de creencia (valorados en una escala de 0-10), los pensamientos que mantiene y los comportamientos que realiza. La forma que tiene este tipo de autorregistros (Registro y reto de pensamientos) es la siguiente:

Día/hora	Situación	Sensaciones/ emociones (0-10)	Pensamientos negativos (grado de creencia 0-10)	Pensamientos	Comportamientos

La ventaja más importante que presenta el autorregistro es el hecho de que permite detectar y evaluar los miedos específicos que muestra el paciente, y como inconveniente está que preciso entrenar al sujeto en la utilización del mismo, especialmente cuando existen múltiples respuestas que hay que registrar, las cuales proporcionan información detallada y fiable. Aquí cobran importancia los cambios producidos en la conducta (reactividad de la conducta al autorregistro) resultantes de su observación y registro (Becker y Heimberg, 1988; McNeil *et al.*, 1995). También la tarea de completar el registro a diario puede resultar monótona y pesada. Del mismo modo, los olvidos de rellenar el registro constituyen un inconveniente más. Por eso, el terapeuta debe revisar el autorregistro con el paciente continuamente para evitar dichos inconvenientes, así como para hacerle observar la evolución de los resultados. Por último, en cuanto a los datos psicométricos de las medidas de autorregistro que se utilizan para la evaluación de la fobia social éstos son muy escasos.

### 3. Medidas de observación: las pruebas situacionales

Las medidas de observación son un ejemplo de técnicas directas de evaluación, a partir de las que se obtiene información sobre medidas de respuesta sin la implicación de la persona que sufre el problema. Se trata de la técnica más adecuada para evaluar la conducta social de las personas. Su empleo es posible tanto en situaciones naturales como artificiales (Dadds, Rapee y Barret, 1994). Por ejemplo, se pueden evaluar los comportamientos sociales en una situación social amenazadora, obteniendo información sobre el grado de contacto visual con la audiencia en una charla y el número de pausas en una conversación. Glass y Arnkoff (1989) consideran este tipo de evaluación como necesario para una valoración total. Sin embargo, otros autores como Scholing y Emmelkamp (1990) han calificado estos métodos de evaluación como útiles, pero se han mostrado cautos respecto a ellos debido a cuestiones metodológicas. Una de ellas es el hecho de que, dentro de la clínica o el laboratorio, los comportamientos relativos a la ansiedad social y la fobia social son evaluados, en su mayoría, mediante la preparación de situaciones sociales simuladas (*role-play*), donde el sujeto ha de actuar como si estuviera dentro de ellas. Así, cada vez se usan más las estrategias de Prueba de Evaluación de la Conducta (*Behavioral Assessment Test, BAT*), donde se recoge información sobre las conductas motoras, las respuestas psicofisiológicas y los informes del propio paciente y de otros individuos. Como ventaja, permiten la observación en condiciones controladas de respuestas que suelen mostrarse en la vida diaria del individuo. También, es posible grabar estas pruebas en vídeo, teniendo la oportunidad de su observación cuando sea necesario.

Glass y Arnkoff (1989) realizaron una revisión minuciosa sobre la observación de la conducta de la ansiedad social y la fobia social. Los aspectos más importantes que identificaron dentro de esta área fueron la naturaleza de la situación o interacción, el tipo de evaluación de *role-play*, la identidad del compañero o el público, los evaluadores para observar y codificar y la elección de la conducta a evaluar, siendo este último punto de suma importancia para las investigaciones de ansiedad social y fobia social. Esta versión y la desarrollada por Becker y Heimberg (1988) ponen de manifiesto la existencia de una relación compleja entre la ansiedad social, la fobia social y las habilidades sociales. Muchas personas con ansiedad social y fobia social muestran habilidades sociales intactas, mientras que otras con habilidades sociales deficientes se quejan de poca o ninguna ansiedad social (véase Lewin, McNeil y Lipson, 1996).

Dentro de las pruebas situacionales, el individuo suele estar informado de la tarea que tiene que realizar. En el ámbito de la fobia social, estas pruebas se han utilizado para medir las habilidades sociales de la persona, aunque no para evaluar su ansiedad social. La fobia social y las habilidades sociales se consideran dos entidades diagnósticas distintas, de manera que existen individuos con fobia social que mantienen habilidades sociales, así como otras que presentan déficit en las mismas y que no padecen ansiedad social (McNeil *et al.*, 1995). Otros autores (Meier y Hope, 1998) han puesto en duda la fiabilidad del uso de una situación de relación social para evaluar la fobia social, valorando la conducta del individuo en una situación de hablar en público. Hofmann, Gerlach, Wender y Roth (1997) emplean una situación de dar una charla improvisada, donde existen personas con y sin fobia social, encontrando que las primeras presentan una duración y frecuencia superior en las pausas producidas durante la charla. Este resultado va en la línea de lo hallado en el estudio de Lewin *et al.* (1996). No obstante, no se han relatado diferencias estadísticamente significativas relativas a la duración del contacto visual o en la frecuencia de uso de muletillas, coincidiendo con Beidel *et al.* (1985). Sin duda, la convergencia entre la evaluación de los aspectos molares y moleculares sin centrarse en un solo aspecto aumenta la utilidad de los tests situacionales (Meier y Hope, 1998).

Beidel y Turner (1998) consideran que la observación puede constituir un elemento principal para el diagnóstico del sujeto, especialmente cuando las técnicas indirectas (entrevistas, cuestionarios y autorregistros) muestran datos sesgados asociados a variables, tales como la discapacidad de la persona. Muchas veces, la interacción breve entre el sujeto y el evaluador en una situación permite obtener información clínica significativa para contrastar las puntuaciones ofrecidas por el paciente, mediante sus respuestas a los cuestionarios o las entrevistas. Finalmente, Ollendick y Hersen (1993) informan que las pruebas situacionales se muestran sensibles al cambio terapéutico. En esta línea, se ha resaltado la eficacia de la inundación (tratamiento psicológico) frente al etanolol (tratamiento farmacológico) en la prueba situacional (dar una charla) (Turner *et al.*, 1994). Por último, la aplicación de esta técnica de medida en población adolescente ha mostrado su sensibilidad al cambio terapéutico, especialmente para la fobia social generalizada (Ramos, 2004; Ruiz, 2003).

#### **4. Registros psicofisiológicos**

La medida de los procesos fisiológicos es considerada como significativa dentro de la evaluación del comportamiento de ansiedad social y fobia social. Las posibles diferencias

psicofisiológicas (Hofmann, Newman, Ehlers y Roth, 1995) y psicobiológicas (Tancer, 1993) entre personas con fobia social y sujetos control normales, y entre pacientes con formas diferentes de fobia social suponen un asunto de cierto interés. Por ejemplo, se ha informado de ciertas respuestas fisiológicas para distinguir los trastornos emocionales de la fobia social (Rapee, Brown, Antony y Barlow, 1992). En esta línea, la mayoría de las investigaciones se ha basado en la respuesta a cierto tipo de estimulación: imágenes (McNeil, Vrana, Relamed, Cuthbert y Lang, 1993), prueba biológica (Rapee *et al.*, 1992) o prueba social en el laboratorio (Heimberg *et al.*, 1990). La selección de las medidas fisiológicas y/o biológicas que se emplean en la investigación en ansiedad social y fobia social se ha centrado, en su mayoría, en mediciones del sistema nervioso autónomo. Concretamente, existe un mayor interés por registrar el cambio en índices cardiovasculares, tales como el ritmo cardíaco y la presión sanguínea en situaciones de ansiedad social (Turner, Beidel y Larkin, 1986). En general, las medidas de la actividad psicofisiológica se incrementan en presencia de estímulos sociales ante las personas ansiosas socialmente, lo que supone una activación del sistema nervioso autónomo y otros sistemas (Dimberg, Fredrikson y Lundquist, 1986).

Entre los registros psicofisiológicos, se han empleado la conductancia de la piel y la tasa cardíaca. Distintos estudios (Dimberg *et al.*, 1986; Eckman y Shean, 1997; Turner *et al.*, 1986) han informado que los pacientes con fobia social presentan una respuesta de habituación más lenta y tienen más fluctuaciones espontáneas que las personas del grupo control en dichos índices, incluso en respuesta a estímulos leves, no sociales, como las alteraciones del tono de la voz (Lader, 1967). Del mismo modo, se ha demostrado que los individuos con fobia social muestran una tasa cardíaca significativamente mayor que la encontrada en el grupo control (Beidel *et al.*, 1985; Hofmann *et al.*, 1995). Por su parte, el enrojecimiento constituye una respuesta común entre las personas con fobia social (Amies *et al.*, 1983); su medida es sensible a una situación avergonzante y al número de individuos presentes (Shearn, Bergman, Hill, Abel y Hinds, 1992). El hecho de avergonzarse puede representar un ejemplo claro de influencias del sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático, asociándose con una reducción del ritmo cardíaco (Buck, Parke y Buck, 1970). Asimismo, existen algunas diferencias de actividad respiratoria en fobia social que necesitarían una mayor investigación (Rapee *et al.*, 1992). Por otro lado, se han observado diferencias entre los pacientes con fobia social y otros trastornos de ansiedad, utilizando como variable dependiente una mezcla de dióxido de carbono y oxígeno (Caldirola, Perna, Arancio, Bertani y Bellodi, 1997; Rapee *et al.*, 1992). También se ha hallado que la presentación de fotografías

de individuos que muestran caras de enfado provoca una actividad electromiográfica negativa en los músculos faciales de los sujetos con miedo a hablar en público (Dimberg, 1997). Por el contrario, Bados y Saldaña (1987) no han observado que la presión sanguínea y la tasa cardíaca fueran medidas válidas para diferenciar a un grupo de estudiantes universitarios con poco miedo a hablar en público frente a otro con miedo excesivo. Del mismo modo, no se ha podido discriminar entre universitarios con miedo a hablar en público y otros sin el mismo en cuanto al nivel de la conductancia de la piel y la tasa cardíaca (Puigcerver, Martínez-Selva, García-Sánchez y Gómez-Amor, 1989).

Por otra parte, la distinción de los subtipos de la fobia social mediante los registros psicofisiológicos ha sido apoyada por varios estudios (Cook, Melamed, Cuthbert, McNeil y Lang, 1988; Heimberg *et al.*, 1990; Hofmann *et al.*, 1995; Levin *et al.*, 1993; McNeil *et al.*, 1993), quienes emplearon como medida la tasa cardíaca y el nivel de conductancia de la piel. Estos trabajos informan que los individuos del subtipo específico de fobia social muestran una tasa cardíaca elevada en situaciones de “hablar en público”, mientras que los del subtipo generalizado ofrecen respuestas más heterogéneas y variables. Según esto, los primeros presentan un patrón similar a otras fobias, mientras que los segundos emiten respuestas fisiológicas más parecidas a las mostradas por las personas aquejadas de trastornos como la ansiedad social (McNeil *et al.*, 1995). Estos últimos autores mostraron que la fobia social se distingue de la fobia específica y la agorafobia, existiendo diferencias importantes entre los grupos de diagnóstico en la organización de la respuesta y las memorias fóbicas. Según McNeil *et al.* (1993), los pacientes con fobia social y fobia específica se diferenciaban en las mediciones fisiológicas, tales como el ritmo cardíaco y el nivel de conductancia cutánea. Por su parte, Turner y Beidel (1985) clasificaron a las personas ansiosas socialmente de acuerdo con su reactividad fisiológica y las declaraciones informadas por los propios sujetos. Los resultados indicaron que dichas declaraciones hacían referencia a esquemas negativos de pensamiento, mientras que la presión sanguínea sistólica diferenciaba a los pacientes pertenecientes a los grupos de mayor o menor reactividad fisiológica.

La evolución psicofisiológica ha mostrado ser fiable y estable en aplicaciones generales (Waters, Williamson, Bernard, Blouin y Faulstich, 1987), constituyendo un componente integral de la evaluación de la conducta en ansiedad social y fobia social, coincidiendo con los puntos de vista de Lang (1968, 1993) y de Eifert y Wilson (1991). Existen datos específicos que muestran una fiabilidad adecuada de la velocidad del pulso y la presión sanguínea en el transcurso de una tarea de discurso improvisado, constituyendo un

comportamiento útil en personas con tipos diferentes de ansiedad social (Beidel, Turner, Jacob y Cooley, 1989). La validez de las mediciones psicofisiológicas estimula preguntas importantes sobre la elección de un criterio para medir a las mismas. La comparación de la fisiología con el autoinforme o la conducta manifiesta desde un punto de vista de tres sistemas puede ser problemático si se tiene en cuenta la independencia relativa de los sistemas de respuesta. Como inconveniente de la evaluación psicofisiológica de la ansiedad social está el hecho de que una multitud de situaciones sociales incluyen requerimientos de tareas de manera inherente, provocando la movilización del sistema cardiovascular y otros sistemas (McNeil *et al.*, 1993). A veces, es posible que no se presenten diferencias entre individuos con fobia social y otros sujetos en determinadas medidas (por ejemplo, cardiovascular) durante situaciones sociales (por ejemplo, dar un discurso) debido a las necesidades físicas similares en ambos grupos (Knight y Borden, 1979). Sin embargo, existe una probabilidad de detectar diferencias con ciertas medidas fisiológicas en otros puntos temporales (por ejemplo, durante la anticipación a dar un discurso) (Knight y Borden, 1979). Por último, el uso de los registros psicofisiológicos necesita de equipos costosos con personal técnico especializado. En general, su aplicación tiene lugar en un ambiente artificial, teniendo lugar limitaciones en cuanto a movilidad e intrusismo. Como resultado, su empleo se restringe al ámbito de la investigación, siendo poco frecuente su utilización en la práctica clínica con niños y adolescentes (Olivares, Méndez y Maciá, 2002).

## 5. Conclusiones

Actualmente, existen avances metodológicos notables en la evaluación de la ansiedad social y fobia social, aunque se presentan muchas dudas conceptuales que confunden los contenidos y el método de evaluación. También se presentandificultades en la falta de integración entre áreas de investigación solapadas (por ejemplo, la timidez), incluso entre la Psicología y otras disciplinas relacionadas. Según esto, la relación entre la ansiedad y el miedo social vinculado necesita un desarrollo conceptual, siendo la diferenciación entre ambas significativa para la comprensión de la naturaleza de la fobia social. Hasta el momento, tampoco están claras las relaciones entre la fobia social y las habilidades sociales. Todo ello, señala la necesidad de emplear nuevas formas en la evaluación de la ansiedad social y la fobia social.

La fobia social constituye un trastorno complejo que incluye distintos componentes y dimensiones a considerar en su evaluación. Lógicamente, la evaluación va a variar de unos

sujetos a otros, dependiendo del ámbito de aplicación (clínica, investigación, etc.) y de las características de la población objeto de evaluación. Es preciso señalar que una adecuada evaluación necesita de la elección acertada de los instrumentos que pueden cubrir los aspectos pretendidos sin extensión innecesaria. Sin duda, la mejor evaluación es la que lleva a un diagnóstico acertado con el objetivo de tomar decisiones relativas al tratamiento y al seguimiento. En esta línea, la evaluación por medio de entrevistas semiestructuradas, autoinformes, observaciones sistematizadas y registros psicofisiológicos puede constituir una tarea compleja, pero a la vez beneficiosa para poner en marcha un proceso de tratamiento y evaluación de los resultados obtenidos.

Por otra parte, se recomienda el uso de instrumentos específicos adaptados y validados al castellano, el empleo en clínica de pruebas que tengan garantías psicométricas, la realización de valoraciones periódicas con escalas y la cuantificación de los resultados con instrumentos de medida. La mayoría de los instrumentos requiere datos psicométricos, tales como medias y desviaciones estándar de poblaciones, tanto de pacientes como de sujetos normales. Dichos datos son necesarios tanto para los instrumentos utilizados específicamente para evaluar la ansiedad social y la fobia social como para los instrumentos con enfoques más amplios. Por otro lado, todavía queda mucho por avanzar en las áreas de evaluación motora y fisiológica de la ansiedad social y la fobia social con el objetivo de hacer uso de las mismas en la investigación y en la práctica clínica. Por último, el futuro avance en la evaluación de la ansiedad social y fobia social deberá ofrecer información sobre la diferenciación entre las dos formas de las mismas (específica y generalizada).

## *CAPÍTULO V*

### *OBJETIVOS E HIPÓTESIS*

## CAPÍTULO V

# OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 1. Introducción

En los capítulos anteriores se ha efectuado una revisión de los principales estudios referentes a determinados aspectos de la fobia y ansiedad social, tales como la prevalencia y la sociodemografía, el curso, los subtipos, la comorbilidad y el diagnóstico diferencial. Asimismo, se han descrito las distintas teorías y modelos teóricos que han intentado ofrecer una explicación del trastorno de ansiedad social para una mejor comprensión del mismo, así como mostrar la manera de evaluarlo. Además, a lo largo de dichos capítulos se han ido reflejando aspectos relacionados con los dos subtipos (específico y generalizado) de la fobia social. Por una parte, se presentaron las características relativas a algunos índices clínicos (por ejemplo, tasa de prevalencia, severidad, evolución y curso, gravedad, nivel de adaptación y deterioro, etc.) de los mismos, así como las que aluden a diferentes variables sociodemográficas (por ejemplo, edad de inicio, sexo, nivel socioeducativo, estado civil, etc.); por otra, se analizó la problemática de la distinción cuantitativa y cualitativa entre dichos subtipos mediante la revisión de varios estudios y de los criterios de separación que se han utilizado entre las dos formas de la ansiedad social; dichos criterios han sido diferentes, dependiendo de los intereses y objetivos de cada investigador.

Dicha revisión pone de manifiesto que la ansiedad social puede tomar dos formas: específica y generalizada. La primera se refiere a una serie de estímulos concretos productores de ansiedad, mientras que la segunda está asociada a una variedad de situaciones sociales, sin limitarse a determinadas situaciones específicas (Mattick y Peters, 1988); así, las personas que padecen ansiedad social del tipo generalizado tienen marcada su vida social por el miedo a que les observen los demás sudar, enrojecer, temblar o cometer actos ridículos, respondiendo

con conductas evitativas o con respuestas inadecuadas, tales como sonrojarse o evitar la mirada. En la década de los años noventa, se han llevado a cabo distintos estudios con el objetivo de distinguir las dos formas de la ansiedad social (específica y generalizada) en la población adulta (Gelernter *et al.*, 1992; Heimberg *et al.*, 1990; Holt *et al.*, 1992; Kessler *et al.*, 1994; Levin *et al.*, 1993); la mayoría de estos estudios son cuantitativos. En la actualidad, existe un interés por replicar dichos trabajos pero en población adolescente, ya que éstos son escasos.

La mayoría de los estudios realizados en población adulta hace hincapié en las diferencias demográficas observadas entre pacientes con ansiedad social generalizada y determinadas fobias (discreta, específica, no generalizada, etc.) (Heimberg *et al.*, 1990), tipo y severidad de los síntomas (Gelernter *et al.*, 1992; Heimberg *et al.*, 1990; Holt *et al.*, 1992), nivel de funcionamiento (Heimberg *et al.*, 1990), inicio de la ansiedad social (Holt *et al.*, 1992) y en los autoinformes, la observación y las respuestas fisiológicas a cambios comportamentales (Heimberg *et al.*, 1990; Levin *et al.*, 1993). Sin embargo, con jóvenes se han realizado menos trabajos relativos a las características de las dos formas específica y generalizada de la ansiedad social, especialmente en lo que respecta a prevalencia, factores sociodemográficos, características psicopatológicas y comorbilidad. Concretamente, en España los trabajos que abordan este objetivo son escasos. Por ejemplo, Ballesteros y Conde (1999) ponen de manifiesto la escasez de los estudios llevados a cabo en la población de niños y adolescentes sobre los dos subtipos (específico y generalizado) de la ansiedad social, aunque afirman que la ansiedad social generalizada es la forma más dominante en dicha población. Estos autores defienden que entre los problemas más comunes dentro de la población de niños y adolescentes con ansiedad social generalizada se encuentra el gran déficit en las habilidades sociales y los mayores problemas de interacción social. De todas maneras, dichas dificultades de interacción repercuten negativamente en la relación con los iguales y profesores, tanto si se trata de la ansiedad social generalizada como de la específica. Por su parte, Beidel (1991) informa que los niños y adolescentes que sufren ansiedad social generalizada tienen las siguientes características: infravaloran su capacidad cognoscitiva, se quejan de un malestar que influye de una manera negativa en su funcionamiento diario, experimentan una multitud de situaciones ansiosas y muestran rasgos de ansiedad intensos ante la ejecución de pruebas de vocabulario.

Dado que el trastorno de ansiedad social es el menos investigado dentro de los trastornos de ansiedad, se hace necesaria la realización de estudios para ampliar el

conocimiento relativo a las características de las dos formas generalizada y específica de este problema clínico, especialmente en lo que respecta a variables sociodemográficas, comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, grado de deterioro y severidad. En esta línea, el presente estudio pretende aportar resultados relativos a las posibles diferencias entre jóvenes con ansiedad social (específica y generalizada), jóvenes con otros problemas psicopatológicos y jóvenes sin trastornos psicopatológicos. Esto nos puede ayudar a una mejor comprensión y delimitación del problema y abre otras líneas de investigación significativas para la comunidad científica. En definitiva, se trata de disminuir la confusión que se ha creado en torno a la distinción de los subtipos de la ansiedad social.

Por nuestra parte, hemos escogido una serie de variables sociodemográficas, comportamentales y psicopatológicas con el objetivo de evaluar posibles diferencias asociadas a las características de la ansiedad social específica y generalizada de los jóvenes, puesto que, la mayoría de los estudios realizados al respecto se ha basado en muestras de adultos. En otras palabras, la escasa información relativa a la diferenciación de los subtipos de la ansiedad social relativa a dichas variables en adolescentes, nos ha motivado realizar la presente investigación con el objetivo de ampliar los conocimientos relativos a la diferenciación de dichas formas de la ansiedad social. Otro objetivo que pretendemos cumplir es determinar las diferencias y similitudes entre el grupo de jóvenes con ansiedad social y otros grupos de jóvenes con distintas psicopatologías o sin las mismas. También se ha indicado que la mayoría de los trabajos realizados al respecto utilizan muestras pequeñas elegidas según el criterio del investigador, y de los cuales muy pocos estudios han evaluado diferencias en función del sexo y la edad.

Por todo ello, el objetivo principal de esta tesis es evaluar las características diferenciales entre los dos tipos (generalizado y específico) de la ansiedad social en una muestra de jóvenes escolarizados de nuestro entorno de edades comprendidas entre 13 y 19 años.

## **2. Objetivos**

La presente investigación pretende alcanzar cuatro objetivos principales:

1. Establecer diferencias y semejanzas entre jóvenes con ansiedad social específica y ansiedad social generalizada en relación a variables demográficas, de competencias e índices clínicos.

2. Establecer la comorbilidad entre ansiedad social específica y generalizada y determinados índices clínicos.
3. Establecer diferencias y semejanzas respecto a variables demográficas, competencias e índices clínicos entre jóvenes con ansiedad social específica y generalizada, jóvenes con otros trastornos psicopatológicos y jóvenes sin patologías.
4. Determinar la prevalencia en la muestra y las *odds ratios* de los grupos de jóvenes con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías respecto al control.

Se partió de una muestra de jóvenes entre 13 y 19 años, escolarizados en distintos centros y niveles educativos. Para cada uno de los objetivos se seleccionaron aquellos grupos de jóvenes que presentaban las características oportunas (p.ej., ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías o sin patologías), donde se establecieron comparaciones entre los grupos pertinentes y se analizaron los datos en relación con cada uno de los objetivos.

### 3. Hipótesis

Las hipótesis planteadas se relacionan con los objetivos propuestos. En su formulación se considera que los jóvenes con ansiedad social específica y generalizada pueden mantener diferencias entre ellos en determinados aspectos; asimismo, dichos jóvenes con ansiedad social pueden distinguirse de quienes presentan otras psicopatologías en otros aspectos. También, habrá diferencias entre los adolescentes con ansiedad social y los individuos sin trastornos psicopatológicos.

Las hipótesis que se exponen a continuación se relacionan con cada una de las variables dependientes evaluadas en la presente investigación.

Hipótesis 1. En el grupo de jóvenes estudiado será mayor la prevalencia de la ansiedad social específica que la de la ansiedad social generalizada.

Hipótesis 2. El grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará diferencias con el grupo de ansiedad social generalizada en las variables sociodemográficas.

Hipótesis 3. El grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará diferencias respecto al grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada en determinadas competencias psicosociales.

Hipótesis 4. El grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará diferencias con respecto al grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada en determinados índices clínicos, especialmente los relacionados con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, y con problemas de interacción social.

4.1. El grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará niveles más bajos de ansiedad en los índices siguientes: Problemas de ansiedad, Ansiedad/depresión, Síndromes internalizantes, Psicastenia-Pt y Ansiedad-ANX.

4.2. El grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará puntuaciones más bajas en variables relacionadas con el estado de ánimo, como Problemas afectivos, Ansiedad/depresión, Retraimiento, Síndromes internalizantes, Depresión-D, Hipomanía-Ma, Depresión-DEP, Alienación-ALN, Baja autoestima-LSE y Bajas aspiraciones-LAS.

4.3. El grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará niveles más bajos en problemas de actuación e interacción social, tales como Problemas sociales, Ansiedad en actuaciones en público, Evitación de situaciones en público, Ansiedad en situaciones de interacción social, Evitación de situaciones de interacción social, Total de ansiedad social, Total de evitación social, Total de ansiedad y evitación social, Evitación y malestar social, Miedo a la evaluación negativa, Introversión social-Si y Malestar social-SOD.

Hipótesis 5. Los jóvenes con ansiedad social mostrarán mayor porcentaje de comorbilidad con los diferentes índices clínicos que los jóvenes sin ansiedad social.

Hipótesis 6. Los jóvenes con ansiedad social específica mostrarán menor porcentaje de comorbilidad con los diferentes índices clínicos que los jóvenes con ansiedad social generalizada.

Hipótesis 7. Los jóvenes con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y sin problemas/patologías diferirán entre sí respecto a variables demográficas y competencias, relacionadas con la realización de actividades y tareas o con pertenecer a equipos, organizaciones o a un grupo de amigos. En estas competencias los grupos de ansiedad social mostrarán niveles inferiores que otros grupos.

Hipótesis 8. Los tres grupos de jóvenes con psicopatologías mostrarán puntuaciones más altas en los índices clínicos estudiados que el grupo de jóvenes sin patologías.

Hipótesis 9. Los tres grupos de jóvenes con psicopatologías mostrarán niveles semejantes respecto a la mayoría de los índices clínicos estudiados, salvo los relacionados con ansiedad asociada a actividades de realización social, donde los grupos de ansiedad social mostrarán puntuaciones más elevadas.

Hipótesis 10. Se encontrarán diferencias entre los grupos con psicopatologías en las *odds ratios* asociadas a las distintas variables demográficas y competencias sociales estudiadas en comparación con el grupo control.

Hipótesis 11. Se encontrarán diferencias entre los grupos con psicopatologías en las *odds ratios* de los índices clínicos estudiados, en comparación con el control.

*CAPÍTULO VI*

*INVESTIGACIÓN EMPÍRICA*

## CAPÍTULO VI

# INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

### 1. Método

#### 1.1. Participantes

Todos los adolescentes que participaron en la investigación procedían de colegios e institutos de enseñanza secundaria de la provincia de Granada. El número total de participantes fue de 1012 jóvenes escolarizados (430 hombres y 582 mujeres), distribuidos en función del curso escolar en tres grupos:

1. Grupo Educación Secundaria Obligatoria (ESO): jóvenes que pertenecían a 2º, 3º y 4º de ESO (n=654).
2. Grupo Bachillerato (B): jóvenes de 1º y 2º de Bachillerato (n=187).
3. Grupo Ciclos Formativos (CF): jóvenes procedentes de distintos Ciclos Formativos (n=171).

De los 26 centros de enseñanza que se ha pedido su participación, tan sólo 13 aceptaron formar parte del estudio. El número de aulas ofrecidos por cada centro fue variable, desde un mínimo de 2 a un máximo de 6. Los participantes fueron informados de forma general acerca de los propósitos de la investigación y se les aseguraba la privacidad de los datos recogidos. Los 1012 jóvenes expresaron su consentimiento para participar una vez que se les explicaba las condiciones del estudio. Sólo fueron excluidos aquellos que contestaron parte de las pruebas de evaluación. No se incluyeron los jóvenes que presentaban alguna deficiencia mental o dificultades de lectura y comprensión del material de evaluación, de acuerdo con el informe relativo al historial escolar de los mismos emitido por el centro correspondiente.

El rango de edad de la muestra estaba comprendido entre 13 y 19 años (con una media de 15,80 y una desviación típica de 1,48). Para el grupo de hombres la media de edad fue de 15,73 y la desviación típica de 1,43. El grupo de mujeres tenía una media de edad de 15,85 y una desviación típica de 1,51.

## 1.2. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación que se emplearon en la presente investigación fueron los siguientes: Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años (YSR), Escala de Ansiedad en la Interacción Social (SIAS), Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), Escala de Evitación y Angustia Social (SAD), Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) (véanse los Anexos A, B, C, D, E y F).

### 1.2.1. Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años (*Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR*) (Achenbach, 1991a; Achenbach y Edelbrock, 1987)

El Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes (*Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR*) fue construido a partir del *Child Behavior Checklist for Ages 4 to 18 (CBCL/4-18)* (Achenbach, 1991c) con el objetivo de evaluar las manifestaciones psicopatológicas (es decir, los problemas conductuales y emocionales) de los niños y adolescentes de una edad comprendida entre 11 y 18 años. El YSR puede complementarse con la versión dirigida a los padres (CBCL) y la de los profesores denominada *Teacher's Report Form for Ages 5 to 18 (TRF/5-18)* (Achenbach, 1991b). Este cuestionario pretende obtener información sistematizada sobre diversas competencias y problemas de conducta, en un formato similar al CBCL y al TRF. Estos tres instrumentos comparten en común 89 ítems de problemas similares, pero cada uno de ellos además contiene ítems adicionales adaptados al tipo del informante a quienes va dirigido el instrumento. Achenbach (1991a) omitió ítems del CBCL que no eran apropiados para las edades de entre 11 y 18 años, y otros sobre los que los jóvenes tienden a no dar información.

El YSR está compuesto por dos partes. La primera consta de 17 ítems y evalúa las competencias psicosociales de los jóvenes. Las escalas de competencia evalúan la participación y el éxito obtenido en una variedad de actividades y contextos sociales (habilidades deportivas, sociales y académicas). La segunda parte reúne a 112 ítems, de los cuales 16 evalúan comportamientos adaptativos o prosociales y el resto se centra en una

multitud de conductas problemáticas. Las escalas de problemas se agrupan a dos niveles. El primero está formado por los síndromes de “banda estrecha” (ansiedad-depresión, aislamiento, conducta agresiva, etc.) derivados empíricamente mediante la aplicación de un análisis de componentes principales a los ítems. Por su parte, el segundo nivel denominado como “banda amplia” hace referencia a una estructura jerárquicamente superior derivada a partir de un análisis factorial de segundo orden, diferenciando dos patrones generales de carácter psicopatológico: el síndrome internalizado y el externalizado. Algunos de los síndromes de primer orden se consideran como “síndromes mixtos” por no obtener pesos factoriales que permitiesen su asignación a uno u otro de los dos síndromes de banda amplia. Estos últimos 112 ítems están formulados en primera persona y se contestan en una escala de 0 (No es verdad), 1 (Algo verdad) y 2 (Muy cierto), donde el joven realiza una valoración sobre su comportamiento, según la escala propuesta. El YSR ha sido utilizado ampliamente en la práctica clínica y en la investigación psicopatológica. Este instrumento ha sido traducido a 59 idiomas, dando lugar a más de 300 estudios. Se estima que es necesario entre 15 y 20 minutos para completarlo.

Achenbach (1991a) concluyó que existían ocho “síndromes informados” de “banda estrecha” iguales para ambos sexos: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión (los tres constituyen la banda ancha de la escala internalizada), comportamiento delictivo, comportamiento agresivo (los dos constituyen la banda ancha de la escala externalizada), problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención. El síndrome llamado “problemas de destrucción de uno mismo/identidad” fue encontrado únicamente en los informes de los chicos. En un estudio reciente, se ha encontrado que 20 puntuaciones de síndromes en el CBCL, 23 en el YSR y 16 puntuaciones de discrepancia resultaron como predictoras significativas para un funcionamiento pobre (Ferdinand, Ven der Ende y Verhulst, 2004). Por su parte, Achenbach, Dumenci y Rescorla (2001), después de haber combinado algunas categorías que coinciden con los criterios del sistema DSM, construyeron escalas para las siguientes categorías: problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos, problemas de atención/hiperactividad, problemas oposicionistas/desafiantes y problemas conductuales. Para cada instrumento del CBCL/6-18, TRF/5-18 y YSR/11-18, la escala orientada al DSM está formada por los ítems del instrumento que se valoró que eran consistentes con la categoría diagnóstica respectiva. Las escalas fueron mostradas en perfiles de puntuaciones de niños en relación a muestras normativas de iguales. Los perfiles ofrecieron puntuaciones directas (suma de niveles de 0, 1 y 2 de los ítems que componen la

escala), puntuaciones T, percentiles y puntos de corte de las escalas: normal, borderline y clínica. La descripción de las distintas variables que mide el YSR aparecerá en la sección dedicada a las variables.

La fiabilidad, estabilidad y validez del YSR fue examinada en los estudios con adolescentes de Verhulst y Van der Ende (1991) y Weinstein, Noam, Grimes, Stone y Schwab-Stone (1991) en adolescentes. Este instrumento mostró buenos datos de fiabilidad y validez en el estudio de Verhulst, Van der Ende y Koot (1997), donde se informó de valores de alfa de Cronbach de 0,61 para los hombres y 0,67 para las mujeres en una muestra de jóvenes (de 15 a 18 años) de la población normal. Valores más altos se encontraron en muestras de pacientes: hombres (0,73) y mujeres (0,70) de la misma edad. Verhulst *et al.* (1997) informaron de una correlación de Pearson de 0,64 entre la puntuación total de problemas del YSR y la puntuación total de síntomas derivados del *Clinical Assessment Schedule* (Hodges, Kline y Stern, 1982). En población francesa, las escalas del YSR correlacionaron altamente entre ellas, los coeficientes alfa de Cronbach de las mismas oscilaban entre 0,83 y 0,92 y las correlaciones test-retest fueron robustas (Wyss, Voelker, Cornock y Hakim-Larson, 2003). Por su parte, el análisis factorial confirmatorio del YSR llevado a cabo por Canute *et al.* (2003) revela que más del 75% de los ítems autoinformados aportó escasa información. La eliminación de algunos ítems puede ser efectiva en términos de tiempo de administración, mejorando la discriminación de la medida dentro de los niveles de severidad del síndrome.

En población general española, esta prueba ha sido validada por Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez (1992a, 1992b, 1992c). En el primero de los estudios (Lemos *et al.*, 1992a), las chicas obtuvieron puntuaciones elevadas en conductas de carácter internalizado (ansiedad/depresión y quejas somáticas), mientras que los chicos mostraron puntuaciones superiores de tipo externalizado (conductas socialmente desadaptativas y agresivas). Además, las puntuaciones en conductas problema en los adolescentes españoles resultaron más altas que las obtenidas en los adolescentes europeos y americanos. Resultados similares se han encontrado en el estudio de Achenbach (1991a), donde la mayor tendencia de las chicas a internalizar los problemas y de los chicos a externalizarlos es consistente con la información proporcionada por los padres y profesores. Por su parte, Lemos *et al.* (1992b) informaron de cuatro factores internalizados (mediante un análisis de componentes principales), de los cuales tres recibieron el mismo nombre para ambos sexos (depresión/ansiedad, quejas somáticas y problemas de relación), mientras que el cuarto factor (ansiedad) resultó específico de los chicos. También, se hallaron cuatro factores externalizados, de los cuales tres tuvieron un

nombre común para chicos y chicas (conducta delictiva, búsqueda de atención y conducta agresiva) y uno es específico de los chicos (conducta antisocial). El factor problemas de pensamiento fue el único identificado en el síndrome mixto. En el tercer estudio (Lemos *et al.*, 1992c) se examinó la validez convergente y discriminante entre la configuración factorial del YSR (obtenida en el estudio anterior de Lemos *et al.* (1992b)) y el Test de Personalidad EPQ-J (Eysenck y Eysenck, 1978). Se ha informado de un patrón de correlaciones positivas entre el síndrome internalizado y la Escala de Neuroticismo. Así, el síndrome externalizado mantiene correlaciones con todas las escalas (principalmente, con Psicoticismo, Conducta Antisocial y Sinceridad), excepto con Extraversión.

En esta misma línea, Abad, Forns, Amador y Martorell (2000) informaron que la consistencia interna resulta más homogénea y alta para los síndromes internalizados y externalizados que para los de banda estrecha. Además, se presentaron covariaciones entre el síndrome internalizado y las escalas de depresión y desajuste psicológico del Cuestionario de Análisis Clínico de Krug (CAQ). Por el contrario, no se ha mostrado un patrón consistente de relación entre el síndrome externalizado y el CAQ. Así, existe un patrón más consistente de relaciones entre el síndrome internalizado y las medidas de neuroticismo y ansiedad que entre el externalizado respecto a otras escalas (Abad *et al.*, 2000; Lemos *et al.*, 1992c). Por último, a partir de los nueve factores de primer orden atribuidos a cada sexo, se derivaron los siguientes ocho síndromes centrales (distintos a los encontrados por Achenbach): depresión, agresividad verbal, conducta delictiva, problemas de pensamiento, quejas somáticas, problemas de relación social (aislamiento), búsqueda de atención y conducta fóbico-ansiosa (Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002). Además, se obtuvieron dos factores de segundo orden a partir de dichos síndromes, los cuales corresponden a psicopatología internalizada versus externalizada (trastornos emocionales versus trastornos de conducta). En el apartado 1.2.4. aparecerá una descripción breve de todas las variables (competencias, categorías DSM y escalas) que evalúa el YSR (véase Anexo A).

### **1.2.2. Escala de Ansiedad en Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*) (Mattick y Clarke, 1998)**

La Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS) fue creada por Mattick y Clarke (1989) en base a los criterios del DSM-III-R para la fobia social. Su objetivo es medir las respuestas de ansiedad ante las interacciones sociales. Algunos autores (Brown *et al.*, 1997; Mattick y Clarke, 1998) recomiendan la administración de la SIAS junto a la Escala de Fobia

Social (SPS) con el fin de evaluar aspectos complementarios del constructo de ansiedad social. La SIAS está compuesta por 20 ítems que se contestan de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos (entre 0 y 4). Los datos psicométricos señalan que esta escala obtiene un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,93 y un coeficiente de correlación test-retest superior a 0,90 durante periodos de 1 y 3 meses (Mattick y Clarke, 1998). Además, la validez concurrente indica que la SIAS se encuentra más relacionada con medidas de relación social (Heimberg *et al.*, 1992). Por su parte, Cox, Ross, Swinson y Dorenfeld (1998) muestran que la SIAS mantiene una correlación alta con la subescala de ejecución de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Asimismo, establece correlaciones significativas con los pensamientos positivos y negativos que tienen lugar en una prueba observacional de inicio y mantenimiento de conversaciones (Ries *et al.*, 1998). Además, se relaciona con distintas variables de personalidad (Norton, Cox, Hewitt y McLeod, 1997).

En cuanto a la validez discriminante, se ha mostrado que los pacientes con fobia social puntúan más alto en la SIAS que el grupo control (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick y Clarke, 1998). Del mismo modo, los individuos con fobia social puntuaban más alto en la SIAS que los pacientes de otros trastornos de ansiedad frente a un grupo control (Rapee *et al.*, 1992). En esta línea, se ha demostrado que la SIAS identifica correctamente al menos a un 86% de los sujetos con fobia social cuando se comparan éstos con una muestra comunitaria (Heimberg *et al.*, 1992) o con personas con diferentes trastornos mentales frente a un grupo control (Brown *et al.*, 1997). Estos autores informan que la SIAS es capaz de distinguir entre pacientes con otros trastornos de ansiedad o un grupo control. Asimismo, se ha encontrado que la SIAS permite diferenciar entre sujetos con fobia social y pacientes diagnosticados de trastorno de pánico con o sin agorafobia (Peters, 2000).

Por otro lado, los autores de la SIAS defienden que tiene la función de evaluar la fobia social generalizada o situaciones de relación social, mientras que la Escala de Fobia Social (SPS) lo hace para el subtipo no generalizado. No obstante, Heimberg *et al.* (1992) demostraron que la SIAS por sí sola era capaz de discriminar entre los dos subtipos de la fobia social. En esta línea, Ries *et al.* (1998) encuentran que la SIAS discrimina entre los individuos con fobia social generalizada (con o sin trastorno de personalidad por evitación) y los que tienen miedo a hablar en público. Diferentes estudios (Cox *et al.*, 1998; Mattick y Peters, 1998; Mattick y Clarke, 1989) señalan que la SIAS es sensible al cambio terapéutico. En relación a la estructura factorial de la SIAS, Habke, Hewitt, Norton y Asmundson (1997) informaron de tres factores: ansiedad ante las relaciones sociales, miedo a la observación por

parte de los demás y malestar general en las situaciones sociales. Este último factor estaba formado por cuatro ítems que requerían una puntuación inversa. Por su parte, Safren *et al.* (1998) hallan los siguientes factores: ansiedad ante las relaciones sociales, ansiedad ante la observación de los demás y miedo de que se noten las respuestas de ansiedad por los otros.

Por otra parte, existen pocos trabajos que pretenden estudiar las propiedades psicométricas de la SIAS en población española. Olivares, García-López y Hidalgo (2001) emplean una muestra de 654 (483 mujeres y 117 hombres) sujetos españoles de una edad comprendida entre 18 y 44 ( $M = 19,60$ ;  $D.T. = 3,23$ ), donde fueron completadas la SPS y SIAS conjuntamente; los hombres consiguieron una media de 22,24 ( $D.T. = 11,24$ ), mientras que las mujeres obtuvieron una media de 21,25 ( $D.T. = 12,23$ ). La consistencia interna mediante alfa de Cronbach de la SIAS fue de 0,89. Además, fueron obtenidos dos factores que explicaron un 40,11% de la varianza. Únicamente dos ítems (9 y 11) saturaron por debajo de 0,40 en el primer factor, incluyendo este factor al resto de los ítems de la escala. Por su parte, el segundo factor estaba compuesto por tan sólo dos ítems (5 y 9), lo que confirma la estructura unidimensional de la SIAS (Olivares *et al.*, 2001). El análisis factorial confirmatorio reveló que el modelo de un factor se ajustaba significativamente mejor a los datos obtenidos que el modelo de independencia entre los ítems. De este resultado estos autores infieren que todos los ítems de la SIAS saturan en un único factor denominado “ansiedad social ante la interacción”; estos hallazgos coinciden con los resultados de Mattick y Clarke (1998). No obstante, las diferencias de género fueron encontradas en la SPS pero no en la SIAS. Estos resultados apoyan el uso de la SIAS como más relevante que la SPS en la evaluación de la fobia social. La validez concurrente fue examinada en el estudio de Caballo *et al.* (2003), quienes encontraron que tanto la SIAS como el SPS correlacionaron significativamente alto con las siguientes variables: habilidades sociales, trastorno de personalidad por evitación y neuroticismo; apenas hubo correlaciones significativas entre estas dos escalas y la extraversión. En el apartado 1.2.4. se describirá brevemente la variable “Ansiedad ante la interacción”. La mayoría de los estudios referentes a la SIAS se ha llevado a cabo con sujetos adultos, careciendo de trabajos en población adolescente (véase Anexo B).

### **1.2.3. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*) (Liebowitz, 1987)**

La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) fue desarrollada inicialmente en Estados Unidos por como respuesta a la falta de un instrumento que evalúa el amplio rango

de las dificultades sociales y de actuación, las cuales suelen ser informadas por los sujetos con fobia social. La LSAS ha obtenido un alto grado de correlación con la versión administrada por los clínicos, así como un alto grado de aceptación por los pacientes (Katzelnick *et al.*, 1995; Kobak *et al.*, 1998). Consta de 24 ítems que aluden a las situaciones sociales o de actuación que suelen ser problemáticas para los pacientes con fobia social. Dichos ítems se reparten en dos subescalas; la primera llamada “ansiedad de actuación o ejecución” y está constituida por 13 ítems que se marcan con la letra P (Performance); la segunda se denomina “ansiedad social” está formada por 11 ítems marcados con la letra S (Social). Cada una de dichas subescalas evalúa dos componentes característicos de este proceso: el grado de temor o ansiedad ante determinadas situaciones y el grado de evitación provocado por las mismas. Todos los ítems puntúan de acuerdo a una escala tipo Likert de cuatro grados. Para la subescala de ansiedad, dichos grados hacen referencia a la intensidad (0 = ansiedad nula; 1 = ansiedad leve; 2 = ansiedad moderada; 3 = ansiedad severa); así, para la dimensión de evitación los números reflejan la frecuencia de aparición: 0 = nunca (0% de las veces); 1 = ocasionalmente (1-33%); 2 = frecuentemente (33-67%); 3 = usualmente (67-100%). Además, existe la posibilidad de conseguir dos puntuaciones totales de 0 a 72 puntos para cada una de las dimensiones (grado de ansiedad y grado de evitación), de manera que el cero representa un grado de ansiedad y evitación nulo y el 72 el grado máximo.

La LSAS es uno de los instrumentos más citados en la literatura en ensayos clínicos en pacientes con fobia social. Aporta una visión adecuada de la gravedad de la sintomatología y se muestra sensible al cambio terapéutico. Los puntos de corte para la clasificación de la gravedad del trastorno por ansiedad social son los siguientes: menor o igual a 51 (fobia social leve), desde 52 hasta 81 (fobia social moderada) y mayor o igual a 82 (fobia social grave). Este instrumento presenta dos inconvenientes. Por un lado, es posible que no constituya un buen instrumento de diagnóstico; por otra, se resalta el hecho de que no contenga ningún ítem que indagase sobre síntomas fisiológicos que suelen manifestarse en el trastorno de ansiedad social. Connor, Davidson, Sutherland y Weisler (1999) defienden que es necesaria la realización de un estudio que explore a fondo las características psicométricas de la LSAS. Otros estudios que se han preocupado de confirmar la fiabilidad, la validez y la sensibilidad al cambio terapéutico de la LSAS son los de Safren *et al.* (1999) y Heimberg *et al.* (1999). Los resultados del primero de ellos informan de la existencia de cuatro factores o categorías de miedo social exploradas por la LSAS: interacción social, hablar en público, ser observado por otros, y comer y beber en público. Estos cuatro factores demuestran una adecuada validez

convergente y discriminante con otras medidas de ansiedad social, tales como la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, Escala de Estrés y Evitación Social, Escala de Ansiedad ante la Interacción Social y Escala de Fobia Social. Estos hallazgos ponen de manifiesto la existencia de cuatro categorías globales de miedo social evaluadas por la LSAS; parece ser que la ansiedad de interacción social es unifactorial, mientras que, probablemente, las situaciones de miedo a ejecución/observación son multifactoriales. Cox *et al.* (1998) encuentran que los coeficientes de consistencia interna de las subescalas miedo/social y evitación/social fueron altos (alfa de Cronbach = 0,90). Así, Heimberg *et al.* (1999) informan que tanto la LSAS total como sus subescalas muestran una distribución normal y obtienen coeficientes altos de consistencia interna (0,81 hasta 0,96). Las correlaciones entre la LSAS y sus subescalas en la muestra total resultaron altas, oscilando entre 0,68 y 0,98; asimismo, la LSAS total correlacionó altamente con el total de miedo y el total de evitación (0,90 para ambas) (Heimberg *et al.*, 1999). En relación a la validez convergente, se encontró que la subescala de Miedo a la interacción social de la LSAS mantuvo una correlación de 0,76 con la SIAS y otra de 0,50 con la SPS; así, la subescala de Evitación de la interacción social presentó una correlación de 0,77 con la SIAS y otra de 0,47 con la SPS. Este patrón de correlaciones fue al revés para las subescalas referentes a la evitación. Por su parte, la subescala de Miedo a la actuación mantuvo una correlación de 0,52 con la SIAS y de 0,65 con la SPS, mientras que la subescala de Evitación a la actuación mostró una correlación de 0,55 con la SIAS y otra de 0,60 con la SPS (Heimberg *et al.*, 1999); estos autores informan que estas correlaciones tienden a ser más altas que las presentadas por la LSAS con otras medidas de depresión. Del mismo modo, se obtuvo una correlación alta entre la subescala de Interacción social de la LSAS y la SIAS en los estudios de Heimberg *et al.* (1992) y de Mattick y Clarke (1998). Además, la LSAS ha demostrado su utilidad clínica (Holt *et al.*, 1992) y validez de criterio (Brown *et al.*, 1995; Holt, Heimberg, Hope y Liebowitz, 1992). En cultura hebrea, el coeficiente de fiabilidad test-retest a los 48 días para la muestra de fobia social fue de 0,87 y 0,91 para las escalas de ansiedad y evitación de la LSAS, respectivamente (Levin, Marom, Gur, Wechter y Hermesh, 2002); por su parte, la consistencia interna fue examinada en una muestra de 189 sujetos con fobia social, donde el coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0,91 para ambas escalas de ansiedad y evitación. En cuanto a la validez discriminante, se han encontrado diferencias significativas entre el grupo con fobia social y otro con trastorno de pánico en las dos escalas de ansiedad y evitación de la LSAS, respectivamente ( $t = 5,9$ ,  $p = 0,00$ ;  $t = 5,5$ ,  $p = 0,00$ ); además, se han notado algunas evidencias de validez convergente y

divergente y una alta sensibilidad al tratamiento. Por último, Levin *et al.* (2002) detectan tres subescalas denominadas: subescala de Ejecución/interacción, subescala de Interacción diádica y subescala de Actividades en público.

En España, la LSAS fue traducida, adaptada al castellano y validada por Bobes *et al.* (1999), examinando sus propiedades psicométricas en una muestra de 57 pacientes con fobia social y 57 individuos sanos. Las subescalas que aparecen en el trabajo de estos autores y que utilizamos en el presente estudio son las siguientes: “Ansiedad en actuaciones en público”, “Evitación de situaciones en público”, “Ansiedad en situaciones de interacción social”, “Evitación de situaciones de interacción social”, “Total de ansiedad social”, “Total de evitación social”; además, el cuestionario ofrece una puntuación global llamada “Total de ansiedad y evitación social”. Bobes *et al.* (1999) proponen los siguientes puntos de corte en la validación española: de 19,6 a 32,7 (rango 0-72) en el cuestionario de ansiedad social y de 19,6 a 26,1 (rango 0-72) en el cuestionario de evitación total. Todas las subescalas de la LSAS demostraron una adecuada consistencia interna (por encima de 0,73). La LSAS presentó una estructura interna homogénea en términos de correlación entre subescalas ( $r=0,61-0,93$ ). Por su parte, los coeficientes de correlación intraclase hallados en la prueba test-retest, administrada con 14,4 días de diferencia, resultaron mayores de 0,82 en todas las subescalas, señalando una adecuada reproducibilidad. Por otro lado, los coeficientes de correlación de Pearson conseguidos en la prueba de validez convergente con otras escalas (Escala de Depresión de Hamilton Subjetiva y Total) fueron moderados (0,44 en el total de ansiedad social y 0,38 en el total de evitación). Así, los coeficientes de correlación hallados entre la LSAS y el *Social Anxiety and Distress Scale (SADS)* resultaron por encima de 0,70 en todas las subescalas. Además, la escala LSAS presentó un poder discriminante adecuado, estadísticamente significativo, entre personas con fobia social e individuos sanos, y entre grupos de pacientes con distinta severidad del proceso. La validez convergente fue estudiada en el estudio de Caballo *et al.* (2003), quienes informaron que la LSAS presentó correlaciones significativamente altas con habilidades sociales, trastorno de personalidad por evitación y neuroticismo; las correlación entre la LSAS y la variable extraversión fue leve. Salvo el estudio de Masia-Warner *et al.* (2003), el resto de los trabajos referentes a la LSAS se han realizado en población adulta. Todas las subescalas de la LSAS se describirán en el apartado 1.2.4 (véase Anexo C).

#### **1.2.4. Escala de Estrés y Evitación Social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*) (Watson y Friend, 1969)**

Es una de las medidas más usadas en los estudios de ansiedad y fobia social. Incluye 28 ítems, con dos posibilidades de respuesta (verdadera o falsa). La mitad (14 ítems) corresponden al malestar subjetivo en situaciones sociales y la otra mitad a la evitación activa o deseo de evitar dichas situaciones. El rango de la escala oscila entre 0 y 28. Las medias en la SAD fueron 11,20 y 8,24 para los hombres y mujeres, respectivamente (Watson y Friend, 1969). Presenta una excelente consistencia interna de 0,94 y una buena fiabilidad test-retest al mes de 0,68 (Watson y Friend, 1969). Además, correlaciona significativamente con la FNE ( $r=0,40$ ) (Oei, Kenna y Evans, 1991); estos autores informan que los pacientes con fobia social obtienen una puntuación media de 21,9 (DT = 5,8). Así, en un estudio reciente de Hofmann, DiBartolo, Holaway y Heimberg (2004) el coeficiente alfa de Cronbach estandarizado fue de 0,93, el cual se incrementaría hasta 0,94 si se eliminase el ítem 19. Para diferenciar la población sana de la población que sufre ansiedad social, se ha establecido el punto corte de 18-20 (Butler *et al.*, 1984; Heimberg *et al.*, 1990). En el tratamiento de la fobia social, la SAD se muestra muy sensible al cambio terapéutico. Como limitaciones, cabe destacar que una gran parte de sus ítems son un tanto repetitivos e imprecisos con respecto a la situación estimular, que el número reducido de los ítems puede no reflejar las situaciones de ansiedad concretas de un paciente determinado y que las respuestas son dicotómicas, teniendo pocas posibilidades de matización. La correlación de esta escala con instrumentos de ansiedad social y timidez alcanzan valores mayores que 0,75 (Jones y Briggs, 1986), mientras que la correlación que mantiene con otras medidas de ansiedad general suele ser baja. En población chilena, se ha llevado a cabo la validación de la SAD en el estudio de Pérez y Valenzuela (1991), donde la consistencia interna tuvo un valor de 0,86. Además, se detectó una correlación significativa entre esta escala y la Escala de Ansiedad de Interacción (IAS) (Leary, 1983a).

En España, existe una versión en castellano de Girodo (1980) recogida en Comeche, Díaz y Vallejo (1995); estos autores informan que la puntuación media de la muestra no clínica fue de 7,71; la fiabilidad de la subescala de evitación obtuvo un valor de 0,87 y la de ansiedad social de 0,85. La fiabilidad test-retest fue de 0,68 (Ruipérez, García-Palacios y Botella, 2002). Por su parte, la muestra de pacientes con fobia social obtuvo una media de 18,77 antes de recibir tratamiento y otra de 12,08 una vez finalizado el mismo (Villa *et al.*, 1998). En cuanto a los dos subtipos, antes de comenzar el tratamiento, los individuos del

subtipo no generalizado y generalizado obtuvieron una media de 12,62 (DT = 5,58) y de 23,31 (DT = 5,29), respectivamente; después del tratamiento, las medias fueron 11,12 (DT = 4,39) y 15,15 (DT = 6,68), respectivamente (Ruipérez *et al.*, 2002). A pesar de que la mayoría de los estudios relativos a la SAD ha tenido lugar en población adulta, existen varios trabajos realizados con adolescentes (Bobes *et al.*, 1999; García-López *et al.*, 2001; Villa *et al.*, 1998) que ponen de manifiesto sus buenas propiedades psicométricas. Por ejemplo, al usar la correlación producto-momento de Pearson, García-López *et al.* (2001) encontraron una fiabilidad test-retest igual a 0,85 para la SAD. La validez de constructo indicó que la SAD mantiene una correlación de 0,67 con la puntuación total de la *Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)* y otra de 0,56 con el trastorno de personalidad por evitación. Por último, la SAD ofrece una carga factorial de 0,78 en la diferenciación entre subtipos de fobia social (García-López *et al.*, 2001). En el apartado 1.2.4. se describirá brevemente la variable “Estrés y evitación social” (véase Anexo D).

#### **1.2.5. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*) (Watson y Friend, 1969)**

El objetivo de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa es efectuar una evaluación del componente cognitivo de la ansiedad social. Mide la intensidad en la que las personas experimentan temor ante la posibilidad de ser juzgados de manera negativa por otros. La escala está compuesta por 30 ítems de tipo dicotómico (verdadero o falso), oscilando su rango de 0 a 30. Los pacientes con fobia social obtienen una puntuación media de 20,7 (DT = 5,1) (Oei *et al.*, 1991). Heimberg *et al.* (1990) y Mattick, Peters y Clarke (1989) proponen el punto corte de 22-24 con el fin de discriminar la población sana de la aquejada de ansiedad social. Las medias en la FNE fueron 13,97 y 16,10 para los hombres y mujeres, respectivamente (Watson y Friend, 1969). Muestra un coeficiente de consistencia interna de 0,94 y una fiabilidad test-retest al mes de 0,78 (Watson y Friend, 1969). En un estudio reciente de Collins, Westra, Dozois y Stewart (2005) se examinaron las propiedades psicométricas de la versión privada de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, encontrando correlaciones significativas entre la evitación social y la depresión y otras no significativas entre la evitación agorafóbica y las variables demográficas; además, esta versión privada obtuvo una excelente consistencia interna entre los ítems (alfa = 0,97) y una fiabilidad test-retest de 0,94 a las dos semanas.

En población española, la muestra no clínica obtuvo una puntuación media de 16,10, mientras que la muestra de personas con fobia social mostró una puntuación de 24,79 antes del tratamiento y otra de 18,93 después del mismo (Villa *et al.*, 1998). Existe en castellano una versión original y reducida en Comeche *et al.* (1995); la consistencia interna fue de 0,94 para la versión original y de 0,90 para la versión breve; la fiabilidad test-retest fue de 0,78 para la original y 0,75 para la breve. La correlación entre ambas versiones de la escala es de 0,96. En otro estudio en el que se distinguieron los dos subtipos de la fobia social, se demostró que los pacientes del subtipo generalizado obtuvieron una media de 26,84 (DT = 2,03) antes del tratamiento, mientras que los del subtipo no generalizado consiguieron una media de 20,87 (DT = 3,87); no obstante, después de terminar el tratamiento se obtuvo una media de 18,53 (DT = 7,35) y otra de 19,12 (DT = 4,73) para las pacientes del grupo generalizado y no generalizado, respectivamente (Ruipérez *et al.*, 2002).

Por otra parte, al igual que la Escala de Estrés y Evitación Social (SAD), la FNE ha demostrado ser sensible al cambio terapéutico. Además, es un buen predictor de la mejoría terapéutica a largo plazo. La FNE y el SAD son los autoinformes más usados en la evaluación de la fobia social. Constituyen dos medidas breves, complementarias y de gran utilidad. La FNE alude a aspectos cognitivos de la ansiedad social, mientras que la SAD se refiere a aspectos motores. La validez convergente fue estudiada en base a la Escala de Evitación y Estrés Social, con la que muestra una correlación de 0,51 y de 0,32 con la Escala de Interacción Social. Los estudios que hacen uso de la escala FNE con adolescentes son escasos, aunque los trabajos de Bobes *et al.* (1999), García López (2000) y Villa *et al.* (1998) se realizaron con jóvenes y adultos de población española. García-López *et al.* (2001) encuentran una fiabilidad test-retest igual a 0,84, usando la correlación de Pearson producto-momento. La validez concurrente señaló que la FNE ofrece una correlación de 0,71 con la puntuación total de la SAS-A y otra de 0,48 con el trastorno de ansiedad por evitación. Además, la FNE muestra una carga factorial de 0,68 en la diferenciación de los subtipos de fobia social (García-López *et al.*, 2001). En el apartado 1.2.4. aparecerá una descripción breve de la variable “Miedo a la evaluación negativa” (véase Anexo E).

#### **1.2.6. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*) (Butcher *et al.*, 1992)**

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*) fue creado por Butcher *et al.* (1992). La adaptación española del MMPI-A fue realizada por Jiménez-Gómez y Ávila-Espada de la Universidad de Salamanca entre los años 1994 y 2002, llegando a publicarla en el 2003. Puede ser aplicado individual o colectivamente en adolescentes con un rango de edad comprendido entre 14 y 18 años. La duración del tiempo de contestación es variable, oscilando entre 50 y 70 minutos. La finalidad de este instrumento es evaluar varios aspectos de la personalidad (hasta 70 variables), mediante distintos grupos de escalas: básicas, de contenido, suplementarias, subescalas y escalas de validez.

Los contextos clínicos en los que el MMPI se aplica más con adolescentes son el psicológico, psiquiátrico, médico, tratamiento de alcohol y drogas, y correccional. Las primeras aplicaciones clínicas y de investigación del MMPI, en su mayoría, emplearon los baremos de adultos. Por ejemplo, Monachesi y Hathaway (1963) rechazaron la idea de establecer baremos especiales para jóvenes. No obstante, a principios de 1990 el comité llamado por B. Kaemmer, de la *University of Minnesota Press* recomendó que la editorial publicara una forma distinta del test y los baremos para adolescentes. Una de las preocupaciones de dicho comité era la de conservar todas las medidas del MMPI que resultaron efectivas en la evaluación de problemas y conductas adolescentes. El cuadernillo resultante se redujo a 478 ítems, distribuidos de tal manera que todos los ítems referentes a las escalas básicas y los ítems nuevos relativos exclusivamente a los adolescentes aparezcan entre los primeros 350 ítems. No obstante, es conveniente que el sujeto conteste a los 478 ítems para medir todas las escalas.

Los indicadores de validez están constituidos por cuatro tipos de medidas o escalas: Interrogantes (?), Mentira (L), Incoherencia (F, F1 y F2) y Corrección (K). La escala Interrogantes (?) se basa en el número total de ítems que el sujeto deja sin contestar o responde con doble marca, señalando las dos alternativas. Las escalas L, F y K se describirán más adelante en la sección dedicada a las variables. Las correlaciones entre las escalas básicas del MMPI original en adolescentes han sido investigadas en muestras de pacientes internos por Archer, Ball y Hunter (1985), Archer y Gordon (1988), Archer, Gordon, Anderson y Giannetti (1989), Ball, Archer, Struve, Hunter y Gordon (1987) y Williams y Butcher (1989a). La 10 escalas clínicas básicas se describirán brevemente en el apartado 1.2.4.

En cuanto a la fiabilidad de las escalas básicas y de validez, se ha encontrado que el rango de correlaciones de Pearson test-retest del MMPI-A oscila entre 0,65 y 0,84 en una

muestra normativa de jóvenes (45 varones y 109 mujeres), siendo semejante al de las correlaciones test-retest en adultos mostradas en el Manual del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). Por su parte, los valores de consistencia interna (alfa de Cronbach) de las escalas de validez y básicas del MMPI-A, en la muestra normativa de varones y mujeres, resultaron altos en muchas escalas (por ejemplo, Hs y Sc tienen consistencias internas de 0,78-0,79 y 0,88-0,89, respectivamente). No obstante, los coeficientes que se obtuvieron en otras escalas como Mf y Pa fueron relativamente bajos o moderados (0,40-0,43 y 0,57-0,59, respectivamente). En población adolescente, existen pocos estudios que hayan examinado el análisis factorial del MMPI. Dos de estos estudios fueron realizados por Archer (1984) y Archer y Klinefelter (1991). Se ha informado que la estructura factorial de las escalas del MMPI es similar en adolescentes y adultos (Butcher y Pancheri, 1976; Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1975).

Por otro lado, la construcción de escalas centradas en el contenido de los ítems ha recibido una aceptación cada vez mayor durante los últimos 20 años (Burisch, 1984; Jackson, 1971). Dichas escalas han demostrado ser tan válidas a la hora de describir y predecir variables de personalidad como las escalas creadas por medio de otros métodos (Hase y Goldberg, 1967). Además, se caracterizan por ser fáciles de interpretar gracias a su homogeneidad (Burisch, 1984). Los procedimientos de desarrollo de las escalas de contenido dieron lugar a 16 escalas en el MMPI-A. La consistencia interna de estas escalas de contenido resultó aceptable tanto en la muestra normativa (de 0,55 a 0,83) como en la clínica (de 0,63 a 0,83). Por su parte, las correlaciones test-retest oscilan entre 0,62 y 0,82. McGrath, Pogge y Stokes (2002) comprobaron la validez incremental de las escalas de contenido cuando su información se añade a las escalas clínicas del MMPI-A como predictores de distintos trastornos conductuales, en una muestra de jóvenes de ambos sexos. Más adelante, en el apartado 1.2.4. se describirán brevemente las 15 escalas de contenido del MMPI-A en la sección dedicada a las variables (véase Anexo F).

### **1.3. Procedimiento**

El plan de trabajo para conseguir los objetivos mencionados en el capítulo anterior incluyó diferentes pasos. En primer lugar, se seleccionó la muestra de jóvenes mediante un muestreo incidental en distintos colegios e institutos de la provincia de Granada a lo largo de cuatro meses, y se solicitó el consentimiento de los profesores y de los padres. En la mayoría de los casos, era el/la orientador/a quien daba el visto bueno a la recogida de los datos en el

centro, dependiendo de las actividades propuestas para el curso académico. Otras veces, era el director o la directora quien habilitaba o impedía dicha recogida. Se solicitó la participación en el estudio de 26 institutos o centros de enseñanza, de los que 13 aceptaron participar. En segundo lugar, se evaluaron las variables relevantes mediante los instrumentos descritos anteriormente. La contestación a los cuestionarios de la investigación por cada adolescente de la muestra seleccionada se realizó dependiendo de la disponibilidad de los responsables y de la de los jóvenes. La evaluación se llevó a cabo por un único evaluador y las instrucciones y directrices para contestar a los cuestionarios fueron las mismas para todos los integrantes de la muestra. Para realizar la evaluación se dispuso de las clases concedidas por los tutores de los alumnos. Los sujetos disponían de un tiempo aproximado de 2 horas y media-3 horas para contestar a las diferentes pruebas en dos pasaciones, bien en el mismo día o bien en dos días diferentes. En la primera pasación, los participantes tenían que contestar a todas las pruebas que pretendían evaluar diferentes áreas del comportamiento de los jóvenes (Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años, YSR/11-18), así como la ansiedad experimentada por los mismos ante situaciones de actuación e interacción social (Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS), Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), Escala de Evitación y Malestar Social (SAD), Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)); por su parte, en la segunda pasación se contestaba al Inventario Multifásico de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) con el objetivo de evaluar la posible presencia de trastornos psicopatológicos. La evaluación de los jóvenes a través de estos instrumentos se realizó en el orden en el cual se han expuesto anteriormente. La selección de dichas pruebas de evaluación se hizo en función de los objetivos propuestos para la investigación, atendiendo a sus garantías psicométricas, así como a su frecuencia de uso en las investigaciones y al tiempo empleado para contestarlas. En la presente investigación, dicho tiempo estimado para cada pasación estaba comprendido entre 60 y 75 minutos. Cuando las dos pasaciones se llevaron a cabo en un mismo día, los participantes dispusieron de un descanso de 10 a 15 minutos entre ellas.

Los participantes respondieron a los cuestionarios en grupos que, en ningún caso excedieron los 60 componentes. La recogida de datos se realizaba siempre por el mismo evaluador con la ayuda del tutor correspondiente. Antes de contestar, se dedicaba un tiempo estimado entre 5 y 10 minutos para explicar de manera general los propósitos de la investigación y la manera de contestar a los cuestionarios. Además, se contestaban las preguntas y se aclaraban las dudas a todos los grupos por igual. Asimismo, se le concedió a

los sujetos la oportunidad de no participar en la investigación si lo veían conveniente. De hecho, hubo algunos sujetos (casi 15) que se negaban a contestar desde el principio y un número reducido inferior a 10 dejó de contestar pasado un tiempo. Este proceso de recogida de datos tuvo lugar desde los primeros días del mes de diciembre hasta finales del mes de marzo del curso académico 2003-2004.

### 1.3. Diseño

#### 1.3.1. Diseño

El estudio de las características de la ansiedad social específica y generalizada no se puede realizar a través de estudios experimentales por cuestiones éticas más que evidentes. Resulta imposible asignar aleatoriamente a los sujetos de una muestra a distintos grupos para someterlos a manipulaciones experimentales que den lugar a diferentes patologías psicológicas con el fin de estudiar sus características. No obstante, sí es posible seleccionar grupos de pacientes con ansiedad social, con otras psicopatologías y controles, y estudiar a través de su comparación las características que diferencian cada uno de ellos con respecto a los demás, controlando en la medida de lo posible otras variables de confusión. Este tipo de diseños se conocen como diseños cuasi-experimentales, pseudo-experimentales, *ex post facto*, causales comparativos o experimentos naturales (véase, Achenbach, 1981; Beck, Andrasik y Arena, 1989; Spector, 1993; Owens, Slade y Fielding, 1996). Las condiciones de este tipo de diseños se producen de forma natural, las cuales se aprovechan cuando se controlan otras variables que pueden influir. Es decir, se da un estudio de la “causa” después de que haya ejercido su “efecto” (Owens *et al.*, 1996). Siguiendo a Beck *et al.* (1989), los estudios que en los que se seleccionan grupos de patologías distintas constituirían un ejemplo de este tipo de diseños. La naturaleza de los estudios cuasi-experimentales no ofrece garantías suficientes que permiten establecer relaciones causales inequívocas entre las variables objeto de estudio, dando lugar a que los resultados estén abiertos a más que una interpretación.

Siguiendo la clasificación de metodologías propuesta por Montero y León (2005), esta investigación constituye un estudio de tipo transversal donde la descripción se realiza en un único momento temporal. De esta forma, los estudios correlacionales pueden verse como un caso límite de los diseños cuasi-experimentales, en el que coinciden los procesos de selección de individuos y de medición de los efectos. El estudio de las características de la ansiedad social específica y generalizada en los jóvenes es posible gracias al empleo de un estudio

correlacional. Resulta imposible la asignación aleatoria de los sujetos de la muestra de jóvenes a diversos grupos para someterles a manipulaciones experimentales que den lugar a diferentes grados de ansiedad social que se pueden localizar a lo largo de un continuo de gravedad; es decir, es posible establecer distintos grupos dentro de la muestra objeto de estudio. Esto permite estudiar las características del grupo de las personas con ansiedad social en comparación con otros grupos con otras psicopatologías o con un grupo control sin trastornos psicopatológicos. También se pueden abordar las similitudes y diferencias entre las dos formas (específica y generalizada) de la ansiedad social en distintos índices clínicos y establecer su relación con otros posibles trastornos psicopatológicos. Para conseguir dichos objetivos, se han empleado cuatro diseños, en la muestra de 1012 jóvenes seleccionados, en base a los tres objetivos del presente estudio. Estos diseños son los siguientes:

1. Diseño de comparación de grupos: donde se seleccionaron dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada) con el objetivo de estudiar las similitudes y diferencias entre las características de ambos.
2. Diseño correlacional: donde se estudiaron las posibles correlaciones existentes entre los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada) y determinados índices clínicos.
3. Diseño de comparación de grupos: de nuevo se estudiaron las similitudes y las diferencias entre los cuatro grupos del estudio (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control) mediante su comparación.
4. Estudio caso-control donde se evalúan los factores de riesgo asociados a la ansiedad social y al grupo con otras psicopatologías respecto al control.

#### 1.4.2. Variables

##### a) Variables de selección de grupos

Tipo de trastorno psicopatológico presente, dando lugar a cuatro grupos:

- *Ansiedad social específica*
- *Ansiedad social generalizada*
- *Presencia de psicopatologías*
- *Ausencia de psicopatologías*

##### b) Variables Dependientes

- Variables dependientes comportamentales (variables medidas por el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes (YSR / 11-18))

Competencias de la vida social del adolescente:

- *Actividades deportivas*: hace referencia al número de actividades deportivas que más le gusta participar al adolescente (por ejemplo, natación, fútbol, básquet, monopatín, etc.). Toma valores de 0 a 3.
- *Tiempo/manera de actividades deportivas*: el sujeto valora el tiempo de dedicación y la manera de realizar cada una de las actividades deportivas que ha señalado anteriormente en una escala cualitativa (menos, igual o más que los demás).
- *Juegos/pasatiempos*: se trata de nombrar las actividades, juegos o pasatiempos favoritos para el adolescente (por ejemplo, leer, jugar con muñecas, tocar el piano, artesanía, cantar, coches, etc.). Toma valores de 0 a 3.
- *Tiempo/manera de juegos/pasatiempos*: el sujeto valora el tiempo de dedicación y la manera de realizar cada uno de los juegos o pasatiempos que ha indicado anteriormente, en una escala cualitativa (menos, igual o más que los demás).
- *Equipos/clubes*: alude al número de organizaciones, clubes, equipos u otros grupos a los que pertenece el adolescente. Toma valores de 0 a 3.
- *Participación en grupos*: hace referencia al grado (menos activo, promedio o más activo) de participación de los jóvenes, en comparación con otros de la misma edad, en cada uno de los grupos de pertenencia (organizaciones, equipos o clubes) que han señalado anteriormente.
- *Tareas en el hogar*: se refiere a los distintos trabajos o tareas que realiza el adolescente habitualmente (por ejemplo, cuidar niños, hacer la cama, tirar la basura, dar clases particulares, etc.). Toma valores de 0 a 3.
- *Manera de tareas en el hogar*: apela a la manera de llevar a cabo las tareas en el hogar (peor, igual o mejor que los demás jóvenes), en comparación con otros jóvenes.
- *Amigos íntimos*: se señala el número de amigos/as íntimos/as que tiene el adolescente, excluyendo a sus hermanos. Toma valores de 0 a 4.
- *Participación con amigos*: indica el número de cosas que realiza el adolescente con sus amigos/as a la semana, sin incluir a sus hermanos. Toma valores de 0 a 3.

- *Relación con hermanos, otros jóvenes y padres:* el adolescente tiene que valorar como se lleva (peor, igual o mejor que los demás jóvenes) con sus hermanos, otros jóvenes y sus padres, en comparación con otros de su edad.
- *Hacer cosas por uno mismo:* se valoran las cosas que hace el adolescente por sí mismo, en comparación con otros jóvenes en una escala cualitativa (peor, igual o mejor).
- *Rendimiento escolar:* se trata de marcar una cruz en cada una de las asignaturas, indicando el rendimiento (suspense, por debajo del promedio, promedio del promedio, por encima del promedio). El adolescente puede añadir las asignaturas que corresponden a su caso y valorar su rendimiento en ellas.

#### Categorías DSM derivadas del YSR/11-18

- *Problemas afectivos:* esta variable recoge los siguientes comportamientos: disfruta poco, llora mucho, intento de suicidio o hacerse daño, no come bien, se cree inferior o no vale nada, se siente demasiado culpable, se encuentra demasiado cansado/a, duerme menos que los demás, duerme más que los demás, piensa en suicidarse, problemas de sueño, tiene poca energía y se siente triste o deprimido/a.
- *Problemas de ansiedad:* hace referencia a los comportamientos como depender demasiado de las personas mayores, manifestar miedo a ciertas situaciones, animales o lugares de la escuela, tener miedo de ir a la escuela, es nervioso/a o tenso/a, se muestra demasiado ansioso/a o miedoso/a y se preocupa a menudo.
- *Problemas somáticos:* alude a síntomas como dolores o molestias, dolores de cabeza, náuseas, se siente mal, problemas con los ojos, erupciones u otros problemas en la piel, dolores de estómago o retortijones y vómitos.
- *Problemas de atención/hiperactividad:* las conductas problemáticas que se incluyen en esta categoría son los siguientes: no termina las cosas que empieza, no se concentra o presta atención durante tiempo, le es difícil estar quieto/a, hace las cosas sin pensar, se distrae fácilmente, es desatento/a, habla mucho y es más ruidoso/a que los demás.

- *Problemas opositoristas/desafiantes*: esta variable recoge conductas problemáticas como discutir mucho, desobedecer a los padres, desobedece en la escuela, ser tozudo/a y enfadarse fácilmente.
- *Problemas de conducta*: los problemas presentados son ser malo/a con los demás, destruir las cosas de los demás, no sentirse culpable después de comportarse inadecuadamente, violar las normas de la casa, de la escuela y de otros lugares, meterse en muchas peleas, acompañar a chicos/as que se meten en peleas, mentir o engañar, pegar a los demás, huir de casa, prender fuegos, robar en casa, roba fuera de casa, decir groserías o palabrotas, amenazar con hacer daño a otros, hacer novillos y falta a la escuela sin motivo.

#### Escalas del YSR/11-18

- *Escala I - Ansiedad/depresión*: incluye comportamientos tales como llorar mucho, tener miedos a ciertas situaciones, animales o lugares de la escuela, tener miedo de ir a la escuela, tener miedo de pensar o hacer algo malo, creer que debe ser perfecto/a, creer que nadie le quiere, valorarse inferior a los demás o cree que no vale nada, mostrarse nervioso/a o estar tenso/a, ser demasiado ansioso/a o miedoso/a, sentirse demasiado culpable, avergonzarse con facilidad o tener mucho sentido del ridículo, pensar en suicidarse y preocuparse a menudo.
- *Escala II – Retraimiento*: los/las jóvenes que puntúan alto en esta escala suelen disfrutar poco, preferir estar solos/as, negarse a hablar, ser muy reservados/as, ser tímidos/as, tener poca energía, sentirse tristes o deprimidos/as no relacionarse con los otros.
- *Escala III - Síntomas somáticos*: los/las jóvenes con una puntuación alta en esta escala suelen tener pesadillas, sentirse mareado/a, encontrarse demasiado cansado/a, manifestar dolores o molestias, dolores de cabeza, náuseas, presentar problemas con los ojos, erupciones u otros problemas en la piel, dolores de estómago o retortijones y vómitos.
- *Escala IV - Problemas sociales*: una puntuación elevada en esta escala señala que el/la joven depende mucho de las personas mayores, se siente solo/a, no se lleva bien con otros chicos/as, tiene celos de otros, piensa que los demás le quieren perjudicar, se hace daño accidentalmente con mucha frecuencia, a

menudo cree que los demás se burlan de él/ella, no cae bien a otros chicos/as, es torpe o no tiene mucha coordinación, prefiere estar con chicos/as menores que él/ella, manifiesta problemas para hablar.

- *Escala V - Problemas de pensamiento:* el/la joven se muestra incapaz de quitar de la mente ciertos pensamientos, ha tenido intentos de suicidio o de hacerse daño, oye sonidos o voces que otros creen que no existen, tiene tics o hace movimientos sin querer, se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo, repite algunas acciones una y otra vez, ve cosas que otros creen no existen, duerme menos que la mayoría de los chicos/as, almacena cosas que no necesita, hace cosas que los demás piensan que son extrañas, mantiene ideas valoradas como extrañas por otros y no duerme bien.
- *Escala VI-Problemas de atención:* el/la joven que puntúa alto en esta escala actúa como si fuera mucho menor de su edad, no termina las cosas que comienza, no puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo, le cuesta estar quieto/a, está confundido/a o parece como si estuviera en las nubes, sueña despierto/a a menudo, actúa sin pensar, presenta trabajo deficiente en la escuela y se distrae fácilmente.
- *Escala VII - Conducta delincente o de ruptura de normas:* una puntuación alta en esta escala indica que el/la joven bebe alcohol sin el permiso de los padres, no parece sentirse culpable después de portarse mal, se salta las normas en casa, en la escuela y en otros lugares, se junta con jóvenes que se meten en problemas, dice mentiras o engaña, prefiere estar con jóvenes mayores que él/ella, se fuga de la casa, prende fuegos, roba en casa, roba fuera de casa, dice groserías o usa un lenguaje obsceno, piensa demasiado sobre temas sexuales, fuma tabaco, falta a la escuela sin motivo y toma alcohol o usa drogas.
- *Escala VIII-Comportamiento agresivo:* los comportamientos agresivos recogidos en esta escala son discutir mucho, ser agresivo/a, malo/a o cruel con los demás, exigir mucha atención, destruir las cosas propias y las cosas de los familiares o de otras personas, desobedecer en casa y en la escuela, pelear mucho, atacar a la gente físicamente, gritar mucho, estar obstinado/a, malhumorado/a o irritable, manifestar súbitos cambios de humor o sentimientos, ser desconfiado/a, burlarse mucho de los demás, enfadarse con facilidad, amenazar a otros y ser más ruidoso/a de lo común.

- *Otros problemas*: el/la joven que puntúa alto en esta escala se muestra presumido/a, engreído/a, fanfarrón/fanfarrona, no come tan bien como debería, se muerde las uñas, come demasiado, pesa más de lo que debería, presenta otros problemas físicos, le gusta llamar la atención y parecer gracioso/a, duerme más que la mayoría de los jóvenes durante el día y la noche, habla demasiado y desea ser del otro sexo.
  - *Síndromes internalizados*: hace referencia a los problemas de tipo emocional de los adolescentes que están formados por los trastornos de ansiedad-depresión (escala I), retraimiento (escala II) y síndromes somáticos (escala III).
  - *Síndromes externalizados*: alude a los problemas de tipo conductual de los adolescentes que están representados por la conducta delincuente o de ruptura de normas (escala VII) y el comportamiento agresivo (escala VIII).
  - *Total YSR*: se obtiene por la suma de los síndromes internalizados, síndromes externalizados, problemas sociales (escala IV), problemas de pensamiento (escala V), problemas de atención (escala VI) y otros problemas.
- Variables dependientes de validez y psicopatológicas (escalas básicas y de contenido) del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)
    - *Mentira (escala L)*: está compuesta por 14 ítems con el objetivo de detectar intentos de deseabilidad social de los adolescentes (Hathaway y Monachesi, 1953).
    - *Incoherencia (escala F)*: está formada por 66 ítems que se dividen en 33 de la escala F1 y 33 de la escala F2. La escala F es opuesta a la escala L, ya que los sujetos se presentan a sí mismos bajo un mal aspecto.
    - *Corrección (escala K)*: contiene 30 ítems que originalmente tenían la función de detectar adultos en ambientes psiquiátricos que presentaban niveles considerables de psicopatologías (Meehl y Hathaway, 1946). Su objetivo es identificar sujetos que contestan sin ser sinceros.
    - *Hipocondría (escala Hs)*: el objetivo es detectar personas con un historial de sintomatología hipocondríaca. Con la elaboración del MMPI-A se eliminó un ítem de contenido dudoso, resultando la escala en 32 ítems.

- *Depresión (D)*: conserva 57 de los 60 ítems originales en el MMPI-2. Evalúa la insatisfacción general con la propia vida, los sentimientos de desánimo, desesperanza y moral baja (Hathaway y McKinley, 1942). El contenido de los ítems de esta escala alude al abatimiento y la apatía, la hipersensibilidad, las quejas y los problemas físicos.
- *Histeria (Hy)*: contiene 60 ítems que fueron seleccionados con la finalidad de identificar a sujetos que mostraban reacciones histéricas ante el estrés, incluyendo trastornos sensoriales o motores sin bases orgánicas. Los ítems de esta escala miden tanto preocupaciones somáticas y negación de problemas como necesidad de aceptación y aprobación social.
- *Desviación psicopática (Pd)*: está compuesta por 49 ítems y fue construida a partir de las respuestas de varones y mujeres jóvenes con conductas de engaño, promiscuidad sexual, robo y abuso de alcohol.
- *Masculinidad-Feminidad (Mf)*: se quedó en 44 ítems del MMPI-A después de haber eliminado 16 ítems de la escala Mf del MMPI original. Hathaway y Monachesi (1953) señalaron que la Mf constituía una medida de intereses sobre masculinidad o feminidad.
- *Paranoia (Pa)*: está formada por 40 ítems tanto en el MMPI original como en el MMPI-A y fue creada con el fin de detectar a sujetos que se quejaban de sintomatología paranoide. El contenido de los ítems apela a ideas de referencia, suspicacia, sentimientos de persecución, rigidez y santurronería moral.
- *Psicastenia (Pt)*: está elaborada por 48 ítems que originalmente pretendían evaluar la psicastenia, considerado como síndrome neurótico que se relaciona con el trastorno obsesivo-compulsivo. Todos los ítems originales del MMPI se reservaron en el MMPI-A, incluyendo una variedad de síntomas como quejas físicas, problemas de concentración, sentimientos de inferioridad, infelicidad, ansiedad y pensamientos obsesivos.
- *Esquizofrenia (Sc)*: la escala original del MMPI estaba compuesta por 78 ítems que tenían la labor medir diferentes formas de esquizofrenia. En el MMPI-A se eliminó un ítem de contenido relacionado con la sexualidad, quedando la escala en 77 ítems. La Sc recoge temas que aluden a procesos extravagantes de pensamiento, aislamiento social, trastornos del humor y de la conducta,

percepciones extrañas y dificultades de concentración y de control de los impulsos.

- *Hipomanía (Ma)*: en el MMPI original estaba constituida por 46 ítems que fueron creados para detectar individuos que presentaban sintomatología hipomaniaca. Dichos ítems se siguen conservando en el MMPI-A. Las áreas de contenido de la presente escala son grandiosidad, fuga de ideas, irritabilidad, egocentrismo, humor exaltado e hiperactividad cognitiva y conductual.
- *Introversión social (Si)*: esta escala fue desarrollada por Drake (1946) en muestras de estudiantes escolares que obtenían puntuaciones extremas en una medida de introversión social. La escala del MMPI contenía 70 ítems, de los cuales se eliminaron 8 ítems en el MMPI-A, quedando la misma en 62 ítems.
- *Ansiedad (ANX)*: está compuesta por 21 ítems, de los cuales existen 20 en común con los 23 de adultos. Una puntuación alta en esta escala indica que el adolescente informa de síntomas como dificultades para conciliar el sueño, dificultades de concentración, confusión e incapacidad para seguir las tareas.
- *Obsesividad (OBS)*: incluye 15 ítems, de los cuales hay 12 comunes con los 16 de adultos. Una puntuación alta en esta escala señala que el adolescente mantiene preocupaciones irracionales, a menudo acerca de asuntos triviales. Puede presentar dificultades para tomar decisiones y, frecuentemente teme sufrir cambios en su vida.
- *Depresión (DEP)*: está formada por 26 ítems, de los cuales 25 son comunes a los 26 de adultos. Una puntuación alta en esta escala indica muchos síntomas de depresión. Por ejemplo, se dan periodos frecuentes de llanto y fatiga; perciben que los demás son más felices que ellos e informan de mantener pensamientos autodespreciativos, etc.
- *Preocupaciones por la salud (HEA)*: está constituida por 37 ítems, de los cuales 34 están en común con los 36 de adultos. Las puntuaciones altas obtenidas por los adolescentes hacen referencia a numerosos problemas físicos que repercuten negativamente en sus actividades después del colegio y en su bienestar, dando lugar al absentismo escolar.

- *Alienación (ALN)*: es una escala nueva, específica para los adolescentes. Está compuesta por 20 ítems. Los adolescentes que puntúan alto en esta escala informan de una considerable distancia emocional con respecto a los demás.
- *Pensamiento extravagante (BIZ)*: recoge a 19 ítems, de los cuales 17 son comunes a los 24 de adultos. Las puntuaciones altas en esta escala informan de pensamientos y experiencias muy extrañas (por ejemplo, alucinaciones auditivas, visuales y olfativas). También, puede haber ideación paranoide.
- *Hostilidad (ANG)*: contiene 17 ítems, de los cuales 11 están en común con los 16 de adultos. El adolescente con una puntuación alta informa de problemas significativos con el control de la ira (problemas de irritabilidad y falta de paciencia con los demás, entre otros).
- *Cinismo (CYN)*: incluye 22 ítems, de los cuales 21 son comunes con los 23 de adultos. Los adolescentes que puntúan alto en esta escala creen que los demás no se interesan por ellos y usarán métodos injustos para sacarles ventaja.
- *Problemas de conducta (CON)*: está compuesta por 23 ítems, de los cuales 7 están en común con los 22 de adultos. Una puntuación alta en esta escala señala que el adolescente mantiene un número considerable de problemas conductuales, tales como robo, estafa, mentiras, ruptura o destrucción de cosas, ser malhablado, irrespetuoso y con negativismo defensivo.
- *Baja autoestima (LSE)*: tiene 18 ítems que están todos en común con los 24 de adultos. Las puntuaciones altas de los adolescentes en esta escala informan de opiniones muy negativas de sí mismos. Se sienten poco atractivos, ausentes de confianza en ellos mismos, defectuosos, inútiles e incapaces de hacer nada bien.
- *Bajas aspiraciones (LAS)*: está formada por 16 ítems. Una puntuación alta en esta escala indica falta de interés por tener éxito.
- *Malestar social (SOD)*: está elaborada por 24 ítems, de los cuales 21 están en común con los 24 de adultos. Las puntuaciones altas en esta escala señalan que les resulta difícil a los adolescentes estar rodeados de gente. Reconocen que son tímidos y que tienden a estar solos, evitando a los demás.
- *Problemas familiares (FAM)*: recoge a 35 ítems, de los cuales 15 son comunes con los 21 de adultos. Las puntuaciones altas son indicadores de que el adolescente se queja de problemas significativos con sus padres y con otros

miembros de la familia, tales como celos, ira, críticas, desacuerdos, falta de comprensión y de comunicación.

- *Problemas escolares (SCH)*: reúne a 20 ítems. Diversas dificultades en el colegio acompañan a los adolescentes que puntúan alto en esta escala específica para los mismos. Entre estas dificultades se mencionan bajas notas, expulsiones, actitudes negativas hacia los profesores, hacer novillos, etc.
  - *Indicadores negativos de tratamiento (TRT)*: está formada por 26 ítems, de los cuales 21 son comunes con los 26 de adultos. Los adolescentes que obtienen puntuaciones altas en esta escala informan de actitudes negativas hacia doctores y profesionales de la salud mental. Piensan que los otros no son capaces de comprenderlos y preocuparse por lo que les sucede.
- Variables dependientes referentes a las medidas de ansiedad social
    - *Ansiedad ante la interacción*: se mide con la Escala de Ansiedad en la Interacción Social (SIAS). Hace referencia al temor a la relación social en sí o a la ansiedad experimentada en situaciones sociales que implican interacción. Dicha ansiedad se manifiesta a tres niveles: cognitivo, afectivo y comportamental.
    - *Ansiedad en actuaciones en público*: se evalúa con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Alude a la ansiedad ante situaciones de actuación en público.
    - *Evitación de situaciones en público*: se mide con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Se refiere al componente de evitación de las situaciones de actuación en público.
    - *Ansiedad en situaciones de interacción social*: se evalúa con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Hace referencia a la ansiedad experimentada en situaciones de interacción social.
    - *Evitación de situaciones de interacción social*: se mide con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Se apela a la evitación producida ante situaciones de interacción social.
    - *Total de ansiedad social*: se evalúa con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Constituye la ansiedad experimentada tanto en las situaciones de actuación como las de interacción social.

- *Total de evitación social*: se mide con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Se refiere a la evitación mantenida tanto en las situaciones de actuación como las de interacción social.
- *Total de ansiedad y evitación social*: se obtiene con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). Está constituida por la suma total de los componentes total de ansiedad social y total de evitación social.
- *Evitación y malestar social*: se evalúa con la Escala de Evitación y Angustia Social (SAD). Se refiere a los componentes de evitación y malestar que tienen lugar en las situaciones de interacción social.
- *Miedo a la evaluación negativa*: se mide con la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE). Alude al aspecto cognitivo de la ansiedad social, donde la persona presenta pensamientos y temor ante la expectativa de ser juzgada de manera negativa por los demás en situaciones sociales.

### c) Variables controladas

- Contexto de evaluación:

- *Día y hora en la que se rellenan los cuestionarios*
- *Tiempo de pasación*
- *Lugar de pasación*
- *Tamaño del grupo de sujetos que contestan juntos*
- *Actividades e instrucciones durante el periodo de contestación*

- Exclusión del estudio (determinaron la exclusión del estudio de los sujetos seleccionados):

- *No estar disponible el tiempo requerido*
- *Tener retraso mental, o dificultades en la comprensión o en la lectura del material de evaluación de acuerdo con el historial escolar facilitado por el colegio o el instituto.*

### d) Variables demográficas

- Fueron evaluadas mediante los autoinformes y se categorizaron de la siguiente manera:

- *Sexo*: hombre y mujer.
- *Edad*: comprendida entre los 13 y los 19 años.

- *Curso escolar*: Educación Secundaria Obligatorias (ESO), Bachillerato y Ciclos Formativos.
- *Trabajo*: con trabajo y sin trabajo.
- *Pareja*: con pareja y sin pareja.

#### 1.4. Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS para Windows (versiones 11.5 y 12.0).

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables, tanto cuantitativas como cualitativas del estudio. Dentro de las variables cualitativas se han incluido las que se refieren a datos demográficos y las que constituyen características o competencias cualitativas de los jóvenes (por ejemplo, Sexo, Curso escolar, Juegos/pasatiempos, Amigos íntimos, Participación con amigos, etc.), calculando la frecuencia y el porcentaje para cada una de dichas variables. Por su parte, las variables cuantitativas han sido algunas competencias o características cuantitativas de los jóvenes (por ejemplo, Participación en grupos, Rendimiento escolar, Tiempo/manera de juegos/pasatiempos, etc.), distintas categorías DSM y escalas del YSR/11-18, escalas de validez, básicas y de contenido del MMPI-A y diferentes medidas de ansiedad social (SIAS, LSAS, SAD y FNE); se han calculado los siguientes estadísticos para cada una de estas variables cuantitativas: número de sujetos, media, desviación típica, valor mínimo y valor máximo.

En segundo lugar, se han determinado los dos grupos de ansiedad social generalizada y específica del estudio por medio de un criterio combinado entre el punto de corte y el número de situaciones sociales temidas detectadas en la SIAS. La determinación de estos dos grupos de ansiedad social, permitió la comparación entre ellos mediante el test t de *Student* para determinar las diferencias significativas en distintos índices clínicos. Para las variables cuantitativas se calculó la media, desviación típica y el valor de significación (t), mientras que para las cualitativas se estableció la distribución de las mismas en los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada) y la razón de verosimilitud por medio de la Chi-cuadrado.

En tercer lugar, se estableció, por una parte, la comorbilidad del grupo de ansiedad social ( $n = 88$ ) frente a la del resto de la muestra ( $n = 924$ ) con una variedad de índices clínicos, y; por otra, la del grupo de ansiedad social específica ( $n = 50$ ) frente al de ansiedad social generalizada ( $n = 38$ ) con dichos índices clínicos. Se halló el número de individuos que además de padecer ansiedad social sufrían otro trastorno psicopatológico, incluyendo el

porcentaje de comorbilidad y el valor de significación mediante la razón de verosimilitud del estadístico Chi-cuadrado.

En cuarto lugar, se ha determinado el grupo de individuos con diferentes psicopatologías y el grupo control sin trastornos psicopatológicos mediante los puntos de corte de las escalas internalizante, externalizante y el total del YSR, disponiendo de cuatro grupos: grupo con ansiedad social generalizada, grupo con ansiedad social específica, grupo con otras psicopatologías y grupo control sin ninguna patología. Posteriormente, se realizó un análisis de la varianza (ANOVA de un solo factor) para los cuatro grupos con la finalidad de comparar entre los dos grupos de la ansiedad social (específica y generalizada) y los dos grupos sin la misma, en función de distintas variables dependientes del estudio. Este análisis se llevó a cabo mediante el método *Bonferroni*, el cual permite comparaciones entre cada uno de los cuatro grupos y el resto. En primer lugar, se incluyó la media y desviación típica de las variables de cada uno de los cuatro grupos, así como el valor de significación (F); en segundo lugar, se estableció la comparación entre los cuatro grupos del estudio, incluyendo una fórmula que resume la relación de superioridad entre los mismos.

Por último, se ha estudiado el riesgo de cada uno de los tres grupos psicopatológicos (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías), en comparación con el grupo control, asociados con distintos factores. Para ello, en las correspondientes tablas de contingencia 2x2 se calcularon los “*Odd Ratios*” y el nivel de significación de los cocientes de verosimilitudes.

## **2. Resultados**

### **2.1. Descripción de los resultados**

#### **2.1.1. Características demográficas**

Las características demográficas de la muestra total en relación a la edad, sexo, curso escolar, trabajo y pareja se recogen en la Tabla 4. Estos datos fueron extraídos de los autoinformes de los sujetos.

**Tabla 4.** Frecuencia y porcentaje de los jóvenes en las variables demográficas.

<i>Características de los sujetos</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Sexo		
Hombre	430	42,50
Mujer	582	57,50
Curso escolar		
Ciclos Formativos	171	16,90
Bachillerato	187	18,50
ESO	654	64,62
Trabajo		
Con trabajo	86	8,50
Sin trabajo	926	91,50
Pareja		
Con pareja	296	29,25
Sin pareja	716	70,80

La edad media de todos los participantes fue de 15,80 (DT=1,48). Algo más de la mitad de los participantes fueron chicas. En cuanto al curso escolar, casi dos tercios de los alumnos eran de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), el resto se distribuían de forma parecida Bachillerato y diferentes Ciclos Formativos. En lo referente al trabajo, un número muy reducido de jóvenes realizaban algún tipo de actividad labora, mientras que la mayoría de ellos se dedican solo a los estudios. Casi un tercio de los participantes en el estudio disfrutaba de una relación de pareja, aunque por la edad de los sujetos no se trataba de parejas estables legalmente constituidas.

### 2.1.2. Competencias y escalas derivadas del YSR/11-18

En la Tabla 5 se resumen las competencias, valoradas cuantitativamente, de la muestra total de participantes en el estudio.

**Tabla 5.** Competencias, valoradas cuantitativamente, de los jóvenes según el YSR/11-18.

<i>Competencias</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
Tiempo/manera de actividades deportivas	0,87	0,47	0,00	3,33
Tiempo/manera de juegos/pasatiempos	1,10	0,50	0,00	2,00
Participación en grupos	0,50	0,75	0,00	3,00
Manera de tareas en el hogar	1,05	0,51	0,00	3,00
Relación con hermanos, otros jóvenes y padres	1,20	0,41	0,00	6,00
Rendimiento escolar	1,90	0,70	0,00	5,00

La Tabla 5 muestra los siguientes estadísticos para cada competencia de los adolescentes: media, desviación típica, valor mínimo y valor máximo. Las medias de dichas competencias oscilaban entre 0,50 (Participación en grupos) y 1,90 (Rendimiento escolar). Todas las competencias mostraban un valor mínimo de cero, mientras que los valores máximos oscilaban entre 2,00 (Tiempo/manera de juegos/pasatiempos) y 6,00 (Relación con hermanos, otros jóvenes y padres).

En la Tabla 6 se recogen las competencias, valoradas cualitativamente, del total de la muestra de los jóvenes que han participado en el estudio. Se incluye la frecuencia y el porcentaje de los niveles de cada una de estas competencias. Todas ellas se contestaban en una escala de 0 a 3, donde el cero representa la ausencia del nivel de la competencia y el 3 apela a la expresión máxima del mismo. Las competencias Actividades deportivas, Juegos/pasatiempos y Tareas en el hogar se contestaron con el nivel 3 por parte de la mayoría de los sujetos, superando a la mitad en la primera competencia y acercándose a esta misma cifra en la segunda y la tercera. En segundo lugar, las competencias Amigos íntimos y Participación con amigos se respondieron con el nivel 2 en un porcentaje cercano a la mitad de los adolescentes para la primera y otro por debajo de los dos tercios de los mismos para la segunda. En tercer lugar, la única competencia en la que la mayoría de los sujetos optaron por el nivel 1 fue Hacer cosas por uno mismo, superando a los dos tercios de la muestra escogida. En cuarto lugar, la competencia Equipos/clubes obtuvo un valor de 0 en dos tercios de los sujetos aproximadamente. Por último, destaca la frecuencia reducida de adolescentes que han contestado con el nivel 0 en las competencias Actividades deportivas, Juegos/pasatiempos, Tareas en el hogar, Amigos íntimos, Participación con amigos y Hacer cosas por uno mismo.

**Tabla 6.** Frecuencia y porcentaje de los jóvenes en las competencias según el YSR/11-18.

<i>Competencias</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
<b>Actividades deportivas</b>		
Ninguna	84	8,30
Una	130	12,84
Dos	174	17,20
Tres	623	61,60
Total	1011	99,90
<b>Juegos/pasatiempos</b>		
Ninguno	85	8,40
Uno	211	20,84
Dos	215	21,24
Tres	495	48,91
Total	1006	99,40
<b>Equipos/clubes</b>		
Ninguno	651	64,32
Uno	247	24,40
Dos	65	6,42
Tres	31	3,06
Total	994	98,22
<b>Tareas en el hogar</b>		
Ninguna	78	7,70
Una	195	19,30
Dos	287	28,40
Tres	449	44,40
Total	1009	99,70
<b>Amigos íntimos</b>		
Ninguno	30	3,00
Uno	120	11,90
Dos	468	46,24
Tres	389	38,43
Total	1007	99,50
<b>Participación con amigos</b>		
Ninguna	71	7,01
Una	313	30,92
Dos	617	61,00
Tres	2	0,20
Total	1003	99,11
<b>Hacer cosas por uno mismo</b>		
Peor que los demás	70	6,91
Igual que los demás	688	68,00
Mejor que los demás	243	24,01
Total	1001	98,92

En la Tabla 7 se ofrecen los datos correspondientes a las categorías DSM evaluadas por el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes (YSR/11-18). Se incluyen los estadísticos de cada una de las seis categorías DSM derivadas del YSR/11-18: media, desviación típica, valor mínimo y valor máximo. Las medias de dichas categorías oscilaron

entre 1,84 (Problemas de afección somática) y 5,33 (Problemas de atención/hiperactividad). Por otra parte, los valores mínimos de las seis categorías resultaron 0, mientras que los máximos estaban comprendidos entre 10,00 (Problemas oposicionistas/desafiantes) y 25,00 (Problemas de conducta).

**Tabla 7.** Categorías DSM de los jóvenes derivadas del YSR/11-18.

<i>Categorías</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>
Problemas afectivos	5,20	3,92	0,00	24,00
Problemas de ansiedad	3,33	2,10	0,00	11,00
Problemas somáticos	1,84	2,30	0,00	14,00
Problemas de atención/ hiperactividad	5,33	2,70	0,00	14,00
Problemas oposicionistas/ desafiantes	5,33	1,93	0,00	10,00
Problemas de conducta	4,07	3,60	0,00	25,00

Por su parte, en la Tabla 8 se muestran los resultados obtenidos en las escalas del Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes (YSR/11-18). Se recogen los estadísticos de cada una de las 12 escalas medidas por el YSR/11-18: media, desviación típica, valor mínimo y valor máximo. Las medias de dichas escalas oscilaban entre 3,20 y 46,00 para las escalas de Síntomas somáticos y Total YSR, respectivamente. Las desviaciones típicas de los síndromes de banda amplia y la puntuación Total YSR son muy superiores a las obtenidas en los síndromes de banda estrecha. Por su parte, los valores mínimos fueron cero para todas las escalas, excepto para el Total YSR donde fue de 1,00. Por último, los valores máximos oscilaban entre 13,00 para la escala de Retraimiento y 164,00 para la escala de Total YSR.

**Tabla 8.** Escalas de los jóvenes del YSR/11-18.

<i>Escalas</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
Ansiedad/depresión	5,94	4,10	0,00	22,00
Retraimiento	3,70	2,72	0,00	13,00
Síntomas somáticos	3,20	3,20	0,00	20,00
Problemas sociales	4,10	2,90	0,00	17,00
Problemas de pensamiento	4,03	3,30	0,00	23,00
Problemas de atención	6,31	3,22	0,00	17,00
Conducta delinciente o de ruptura de normas	6,04	4,20	0,00	26,00
Comportamiento agresivo	7,90	4,71	0,00	31,00
Otros problemas	4,80	2,84	0,00	34,00
Síndromes internalizados	12,80	8,20	0,00	49,00
Síndromes externalizados	13,90	8,11	0,00	53,00
Total YSR	46,00	22,60	1,00	164,00

### 2.1.3. Escalas de validez, básicas y de contenido del MMPI-A

La Tabla 9 ofrece los estadísticos de cada una de las tres escalas de validez (Mentira-L, Incoherencia-F y Corrección-K), de las 11 escalas básicas y de las 15 escalas de contenido del MMPI-A. Entre las escalas de validez, la media más alta resultó para la escala de Corrección-K (14,80) y la más baja para la escala de Mentira-L (5,24). Los valores mínimos oscilaban entre 0 y 2,00, mientras que los máximos lo hacían entre 13,00 y 41,00. Por su parte, las medias de las escalas básicas oscilaban entre 10,30 para Hipocondría-Hs y 25,70 para Introversión social-Si. Los valores mínimos mostraron una oscilación entre 0 para las escalas de Hipocondría-Hs y Esquizofrenia-Sc y 9,00 para Desviación psicopática-Pd y Masculinidad-Feminidad-Mf. Los valores máximos estaban comprendidos entre 28,00 para Hipocondría-Hs y Paranoia-Pa y 55,00 para Esquizofrenia-Sc.

**Tabla 9.** Descriptivos de las escalas de validez, básicas y de contenido del MMPI-A.

<i>Escalas</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>
Mentira-L	5,24	2,54	0,00	13,00
Incoherencia-F	12,50	8,90	0,00	41,00
Corrección-K	14,80	4,30	2,00	26,00
Hipocondría-Hs	10,30	4,60	0,00	28,00
Depresión-D	23,90	5,40	7,00	41,00
Histeria-Hy	23,70	5,60	8,00	45,00
Desviación psicopática-Pd	20,20	4,90	9,00	37,00
Masculinidad-Feminidad-Mf	23,62	4,69	9,00	36,00
Paranoia-Pa	14,20	4,52	1,00	28,00
Psicastenia-Pt	18,84	7,90	0,00	49,00
Esquizofrenia-Sc	22,93	10,60	6,00	55,00
Hipomanía-Ma	19,43	5,00	7,00	34,00
Introversión social-Si	25,70	6,70	0,00	49,00
Ansiedad-ANX	8,63	3,70	0,00	19,00
Obsesividad-OBS	6,80	3,10	0,00	19,00
Depresión-DEP	9,04	4,62	1,00	23,00
Preocupaciones por la salud-HEA	11,14	5,40	0,00	30,00
Alienación-ALN	6,00	3,50	2,00	17,00
Pensamiento extravagante-BIZ	4,30	3,30	0,00	16,00
Hostilidad-ANG	7,82	3,20	0,00	17,00
Cinismo-CYN	7,71	3,10	0,00	16,00
Problemas de conducta-CON	8,20	3,80	0,00	19,00

(Continuación)

**Tabla 9.** (Continuación)

<i>Escalas</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>
Baja autoestima-LSE	6,13	3,10	0,00	18,00
Bajas aspiraciones-LAS	6,30	2,41	0,00	13,00
Malestar social-SOD	8,14	4,00	0,00	19,00
Problemas familiares-FAM	10,80	5,50	0,00	27,00
Problemas escolares-SCH	6,91	3,20	0,00	17,00
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	9,32	4,20	1,00	20,00

Por último, las medias de las escalas de contenido oscilaron entre 4,30 de Pensamiento extravagante y 11,14 de Preocupaciones por la salud. Todas las escalas de contenido tuvieron un valor mínimo de 0, excepto las escalas Preocupaciones por la salud e Indicadores negativos de tratamiento con un valor de 1,00 y Pensamiento extravagante con 2,00; los valores máximos oscilaron entre 13,00 para la escala Bajas aspiraciones y 27,00 para Problemas familiares.

#### **2.1.4. Características de las variables de ansiedad social**

En la Tabla 10 se recogen los estadísticos de las variables de ansiedad social que fueron evaluadas por la SIAS, LSAS, SAD y FNE. Destacó la variable “Ansiedad ante la interacción social” que fue evaluada por la SIAS, obteniendo una media alta (22,72). Dentro de las variables evaluadas por la LSAS la media más alta la obtuvo la variable Total de ansiedad y evitación social (36,91), constituida por las dos escalas de ansiedad y evitación. Los valores mínimos resultaron 0 para todas estas variables, mientras que los máximos oscilaron entre 33,00 para las dos variables de Ansiedad en situaciones de interacción social y Evitación de situaciones de interacción social y 136,00 para la variable Total de ansiedad y evitación social. La variable “Evitación y malestar social” fue evaluada por la SAD, obteniendo una media baja (8,42), comparada con la que obtuvo la variable Miedo a la evaluación negativa (16,34), la cual fue medida por la FNE.

**Tabla 10.** Descripción de las variables de ansiedad social.

<i>Instrumento Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>
SIAS				
Ansiedad ante la interacción social	22,72	11,75	0,00	64,00
LSAS				
Ansiedad en actuaciones en público	10,40	7,00	0,00	37,00
Evitación de situaciones en público	10,01	6,92	0,00	39,00
Ansiedad en situaciones de interacción social	8,30	6,30	0,00	33,00
Evitación de situaciones de interacción social	8,30	6,32	0,00	33,00
Total de ansiedad social	18,62	12,70	0,00	67,00
Total de evitación social	18,30	12,70	0,00	72,00
Total de ansiedad y evitación social	36,91	23,50	0,00	136,00
SAD				
Evitación y malestar social	8,42	4,83	0,00	27,00
FNE				
Miedo a la evaluación negativa	16,34	6,10	0,00	29,00

## 2.2. Comparación entre los dos grupos de la ansiedad social (generalizada y específica)

### 2.2.1. Formación de los grupos con ansiedad social específica y ansiedad social generalizada

La formación de los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada) se realizó mediante un doble criterio. En primer lugar, se estableció el punto de corte mediante la Escala de Ansiedad en Interacciones Sociales (SIAS) con el objetivo de detectar a las personas con ansiedad social de la muestra total ( $n = 1012$ ). La media de la SIAS fue de 22,72 y la desviación típica de 11,75, por lo que, el punto de corte (40,34) se fijó en el valor de la suma de la media (22,72) más una desviación típica y media (17,62). En segundo lugar, se estableció otro criterio cuantitativo para determinar dos grupos (ansiedad social específica y ansiedad social generalizada) a partir del grupo de ansiedad social previamente obtenido; el grupo de Ansiedad social específica (ASE) incluyó a los jóvenes que obtuvieron una puntuación igual o mayor a 40,34 (punto de corte) y que además contestaron a diez o menos

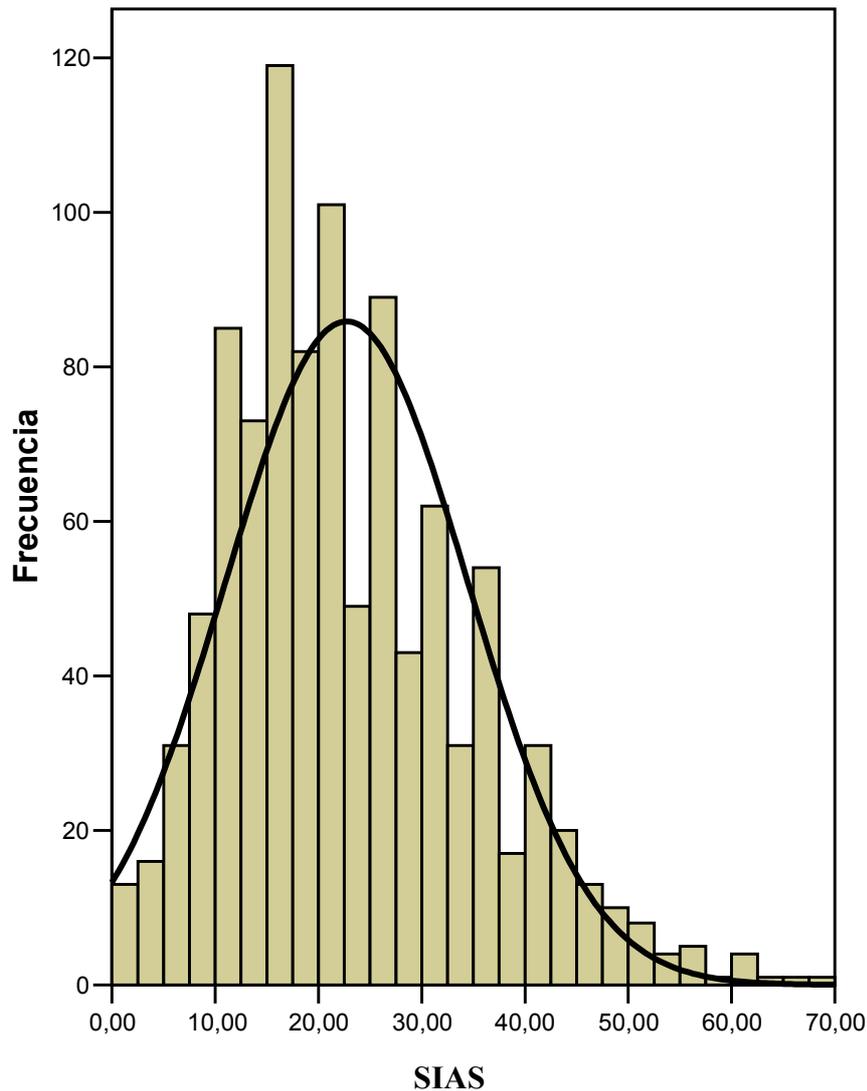
situaciones sociales (ítems de la SIAS) con alta ansiedad (valorada en 3 ó 4), y el grupo de Ansiedad social generalizada (ASG) integró a los sujetos que además de obtener una puntuación igual o mayor a 40,34 respondieron con alta ansiedad a once o más situaciones sociales de la SIAS.

La Tabla 11 muestra la frecuencia y porcentaje de adolescentes en los grupos de ansiedad social específica y ansiedad social generalizada resultantes de la combinación de los dos criterios comentados anteriormente. De los 88 sujetos jóvenes de la muestra total que recibieron el diagnóstico de ansiedad social, menos de dos tercios pertenecieron al grupo de ansiedad social específica y algo más de un tercio formó parte del grupo de ansiedad social generalizada. Más del 90% de los jóvenes restantes no mostraron niveles clínicos de ansiedad social.

**Tabla 11.** Frecuencia y porcentaje de los grupos de ansiedad social en la muestra total de los jóvenes.

<i>Grupo</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Ansiedad social específica (ASE)	50	4,9
Ansiedad social generalizada (ASG)	38	3,8
Total de ansiedad social	88	8,7
Resto de participantes	924	91,3
Total	1012	100,0

La Figura 1 ofrece la distribución de las puntuaciones de la SIAS para los 1012 sujetos de la muestra de jóvenes mediante un histograma.

**Figura 4.** Histograma de las puntuaciones en la SIAS.

Por su parte, la Tabla 12 ofrece la distribución de los jóvenes correspondientes a los dos grupos de ansiedad social en las situaciones sociales de la SIAS. La muestra total que mostró ansiedad alta en un rango de situaciones de interacción social de la SIAS comprendido entre 2 y 19 está constituida por 88 jóvenes. El número de las situaciones sociales contestadas con ansiedad alta por los jóvenes con ansiedad social oscilaba entre 2 y 10 para el grupo de ansiedad social específica (ASE) y entre 11 y 19 para el grupo de ansiedad social generalizada (ASG). Dentro del grupo de ansiedad social específica destacaron los 15, 12 y 10 jóvenes que respondieron con ansiedad alta a 8, 10 y 9 situaciones sociales, respectivamente. Por su parte, en el grupo de ansiedad social generalizada resaltaron los 13 sujetos que contestaron a 11 situaciones sociales con ansiedad alta.

**Tabla 12.** Distribución de los jóvenes con ansiedad social específica y generalizada en la SIAS.

<i>Situaciones de alta ansiedad</i>	<i>Grupo</i>		<i>Total</i>
	<i>ASE (n)</i>	<i>ASG (n)</i>	
2	1	0	1
5	1	0	1
6	4	0	4
7	7	0	7
8	15	0	15
9	10	0	10
10	12	0	12
11	0	13	13
12	0	8	8
13	0	6	6
14	0	5	5
16	0	5	5
19	0	1	1
Total	50	38	88

La Tabla 13 presentalas diferencias en la distribución de las puntuaciones de la SIAS en función de las variables sociodemográficas sexo, edad, curso escolar, pareja y trabajo de los 1012 jóvenes participantes en el estudio, incluyendo la media (M), desviación típica (DT) y *t* de *Student*. La diferencia de medias en las puntuaciones de la SIAS ha resultado significativa tan sólo en las variables Sexo ( $t=-3,07$ ;  $p<0,001$ ) y Curso escolar ( $t=-2,14$ ;  $p<0,05$ ). La media de las puntuaciones de las mujeres en la SIAS superó ligeramente a la de los hombres. Del mismo modo, los jóvenes de Ciclos Formativos han obtenido una media en las puntuaciones de la SIAS ligeramente superior a la del grupo formado por adolescentes procedentes de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato.

**Tabla 13.** Diferencias en promedio de las puntuaciones en la SIAS en función del sexo, edad, curso escolar, pareja y trabajo.

<i>Variable</i>	<i>M (DT)</i>	<i>t-Student</i>
Sexo		
Hombre	21,43 (10,70)	-3,07**
Mujer	23,70 (12,40)	
Edad		
13-15 años	23,00 (11,83)	0,69
16-19 años	22,50 (11,70)	
Curso escolar		
ESO y Bachillerato	22,34 (11,50)	-2,14*
Ciclos Formativos	24,60 (12,80)	
Pareja		
Con pareja	21,69 (11,60)	-1,81
Sin pareja	23,14 (11,80)	
Trabajo		
Con trabajo	22,70 (12,30)	-0,02
Sin trabajo	22,72 (11,70)	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$

### 2.2.2. Análisis comparativo entre los grupos de ansiedad social específica y de ansiedad social generalizada

La Tabla 14 muestra la frecuencia de las variables demográficas y de las competencias, valoradas cualitativamente (evaluadas por el YSR/11-18) del grupo de ansiedad social específica (n=50) y del grupo de ansiedad social generalizada (n=38) de los jóvenes obtenidos a partir de la SIAS, así como del valor de la prueba Chi-cuadrado. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de ansiedad social específica y de ansiedad social generalizada en ninguna de las variables cualitativas demográficas o referidas a las competencias de los adolescentes.

**Tabla 14.** Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica (ASE) y de generalizada (ASG) en variables demográficas y competencias.

<i>Variables/competencias</i>	<i>Grupos</i>		<i>Chi-cuadrado ( <sup>2</sup> )</i>
	<i>ASE (n)</i>	<i>ASG (n)</i>	
Sexo			
Hombre	15	11	0,01
Mujer	35	27	
Curso escolar			
Ciclos Formativos	11	9	0,04
ESO y Bachillerato	39	29	
Trabajo			
Con trabajo	6	3	0,40
Sin trabajo	44	55	
Pareja			
Con pareja	16	8	1,30
Sin pareja	34	30	
Actividades deportivas			
Ninguna	6	9	3,00
Una	4	4	
Dos	8	7	
Tres	32	18	
Juegos/pasatiempos			
Ninguno	4	3	1,00
Uno	8	9	
Dos	15	10	
Tres	23	15	
Equipos/clubes			
Ninguno	35	26	0,06
Uno	10	8	
Dos	4	3	
Tres	1	1	
Tareas en el hogar			
Ninguna	6	5	1,33
Una	13	6	
Dos	15	13	
Tres	16	14	
Amigos íntimos			
Ninguno	2	5	3,12
Uno	6	6	
Dos o tres	26	18	
Cuatro o más	16	9	
Participación con amigos			
Ninguna	4	8	5,60
Una o dos	27	12	
Más que tres	19	18	
Hacer cosas por uno mismo			
Peor que los demás	6	9	4,50
Mejor que los demás	33	26	
Igual que los demás	11	3	

La Tabla 15 muestra los descriptivos de las competencias valoradas cuantitativamente (evaluadas por el YSR/11-18) del grupo de ansiedad social específica y del grupo de ansiedad social generalizada obtenidos por la SIAS, así como del valor obtenido en la prueba *t* de *Student* para dos grupos independientes. Las medias de edad de los dos grupos (ansiedad social específica y ansiedad social generalizada) obtuvieron valores próximos. En ninguna de las competencias cuantitativas evaluadas por el YSR/11-18 se encontraron diferencias significativas entre el grupo de ansiedad social específica y el grupo de ansiedad social generalizada.

**Tabla 15.** Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica (ASE) y generalizada (ASG) en distintas competencias.

<i>Competencias</i>	<i>Grupos</i>		<i>t-Student</i>
	<i>ASE</i> <i>Media (DT)</i>	<i>ASG</i> <i>Media (DT)</i>	
Edad	15,90 (1,80)	15,70 (1,50)	0,54
Tiempo/manera de actividades deportivas	0,74 (0,40)	0,70 (0,53)	0,50
Tiempo/manera de juegos/pasatiempos	1,10 (0,50)	1,10 (0,53)	-0,25
Participación en grupos	0,40 (0,70)	0,40 (0,70)	-0,10
Manera de tareas en el hogar	1,00 (0,52)	1,00 (0,53)	0,16
Relación con hermanos, otros jóvenes y padres	1,13 (0,32)	1,10 (0,35)	1,00
Rendimiento escolar	1,84 (0,77)	1,72 (0,80)	0,65

La Tabla 16 ofrece los datos descriptivos de los distintos índices clínicos que se han evaluado en la presente investigación por el YSR/11-18, LSAS, SAD, FNE y MMPI-A, así como el valor de la prueba *t* de *Student* para cada uno de estos índices con el objetivo de detectar diferencias significativas entre el grupo de ansiedad social específica y el de ansiedad social generalizada.

**Tabla 16.** Diferencias entre los grupos con ansiedad social específica (ASE) y generalizada (ASG) en distintos índices clínicos.

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>Grupos</i>		<i>t-Student</i>
	<i>ASE</i> <i>Media (DT)</i>	<i>ASG</i> <i>Media (DT)</i>	
YSR/11-18			
Problemas afectivos	7,32 (4,72)	7,84 (4,64)	-0,52
Problemas de ansiedad	5,06 (2,60)	2,05 (2,70)	-0,50
Problemas somáticos	2,70 (2,60)	2,05 (2,70)	1,14
Problemas de atención/hiperactividad	5,62 (2,93)	5,42 (2,30)	0,36
Problemas oposicionistas/desafiantes	3,50 (2,13)	3,55 (2,24)	-0,11
Problemas de conducta	4,04 (3,20)	3,30 (2,50)	1,24
Ansiedad/depresión	9,34 (4,80)	10,60 (5,40)	-1,15
Retraimiento	5,90 (2,90)	6,60 (3,30)	-1,04
Síntomas somáticos	4,60 (3,60)	3,84 (3,90)	0,90
Problemas sociales	6,70 (2,70)	6,70 (3,60)	-0,04
Problemas de pensamiento	5,50 (4,01)	4,80 (3,50)	0,87
Problemas de atención	7,40 (3,40)	7,50 (3,24)	-0,14
Conducta delincuente o de ruptura de normas	5,84 (3,70)	4,80 (3,06)	1,50
Comportamiento agresivo	8,32 (4,41)	7,84 (4,80)	0,50
Otros problemas	5,32 (2,90)	5,30 (5,50)	0,03
Síndromes internalizantes	19,80 (9,20)	21,00 (10,50)	-0,60
Síndromes externalizantes	14,20 (7,40)	12,63 (7,06)	1,00
Total YSR	58,80 (22,70)	57,90 (25,20)	0,17
LSAS			
Ansiedad en actuaciones en público	16,92 (6,24)	21,42 (8,80)	-2,70**
Evitación de situaciones en público	14,00 (7,90)	18,80 (8,40)	-2,71**
Ansiedad en situaciones de interacción social	14,06 (5,65)	18,50 (7,80)	-2,95**
Evitación de situaciones de interacción social	12,14 (6,90)	16,60 (8,30)	-2,70**
Total de ansiedad social	31,00 (10,90)	39,90 (15,30)	-3,05**
Total de evitación social	26,12 (14,06)	35,37 (15,73)	-2,90**
Total de ansiedad y evitación social	57,10 (21,91)	75,26 (29,36)	-3,20**
SAD			
Evitación y malestar social	13,40 (4,40)	17,00 (5,40)	-3,40**
FNE			
Miedo a la evaluación negativa	21,06 (4,92)	22,13 (5,13)	-1,00
MMPI-A			
Mentira-L	4,50 (1,85)	5,10 (2,50)	-1,40
Incoherencia-F	13,70 (9,30)	12,60 (10,00)	0,52
Corrección-K	12,94 (3,81)	12,40 (4,82)	0,60
Hipocondría-Hs	11,80 (4,83)	11,60 (5,32)	0,20
Depresión-D	25,20 (8,60)	26,90 (8,70)	-0,91
Histeria-Hy	23,08 (7,40)	23,50 (7,30)	-0,23
Desviación psicopática-Pd	21,00 (5,53)	20,63 (6,10)	0,26
Masculinidad-Feminidad-Mf	24,43 (4,76)	25,61 (4,09)	-1,18
Paranoia-Pa	14,80 (5,54)	15,00 (5,60)	-0,20
Psicastenia-Pt	24,00 (7,95)	24,90 (8,60)	-0,52
Esquizofrenia-Sc	25,90 (11,90)	24,90 (12,30)	0,34
Hipomanía-Ma	19,00 (6,00)	17,80 (6,80)	0,90

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ 

(Continuación)

**Tabla 16.** (Continuación)

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>Grupos</i>		<i>t-Student</i>
	<i>ASE</i> <i>Media (DT)</i>	<i>ASG</i> <i>Media (DT)</i>	
MMPI-A			
Introversión social-Si	31,00 (7,10)	34,90 (6,32)	-2,72**
Ansiedad-ANX	10,92 (3,40)	10,31 (4,00)	0,75
Obsesividad-OBS	8,14 (3,70)	8,34 (3,40)	-0,27
Depresión-DEP	11,24 (4,90)	12,10 (5,13)	-0,78
Preocupaciones por la salud-HEA	12,30 (6,72)	10,71 (7,03)	1,04
Alienación-ALN	7,90 (2,85)	8,10 (4,10)	-0,30
Pensamiento extravagante-BIZ	5,00 (3,60)	3,92 (3,40)	1,50
Hostilidad-ANG	8,10 (3,54)	8,13 (2,91)	-0,05
Cinismo-CYN	8,04 (3,40)	8,40 (2,80)	-0,54
Problemas de conducta-CON	7,70 (4,15)	7,80 (3,60)	-0,10
Baja autoestima-LSE	8,32 (2,30)	9,30 (3,71)	1,42
Bajas aspiraciones-LAS	7,00 (2,35)	7,10 (2,54)	-0,23
Malestar social-SOD	10,92 (3,84)	12,70 (3,90)	-2,12*
Problemas familiares-FAM	11,14 (5,70)	10,80 (6,10)	0,28
Problemas escolares-SCH	7,34 (3,30)	7,00 (3,40)	0,50
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	11,00 (4,90)	12,92 (4,11)	-2,00*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ 

En general, las medias de los grupos de ansiedad social específica y generalizada resultaron similares para la mayoría de los índices clínicos que se han evaluado. Las diferencias estadísticamente significativas entre dichos grupos resultaron en las variables de la ansiedad social: Ansiedad en actuaciones en público ( $t = -2,70$ ;  $p < 0,01$ ), Evitación de situaciones en público ( $t = -2,71$ ;  $p < 0,01$ ), Ansiedad en situaciones de interacción social ( $t = -2,95$ ;  $p < 0,01$ ), Evitación de situaciones de interacción social ( $t = -2,70$ ;  $p < 0,01$ ), Total de ansiedad social ( $t = -3,05$ ;  $p < 0,01$ ), Total de evitación social ( $t = -2,90$ ;  $p < 0,01$ ), Total de ansiedad y evitación social ( $t = -3,20$ ;  $p < 0,01$ ), Evitación y malestar social ( $t = -3,40$ ;  $p < 0,01$ ). En todos estos índices, el grupo de ansiedad social generalizada mostró niveles significativamente mayores de ansiedad y evitación que el grupo de ansiedad social específica. También se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a los índices Introversión social-Si, Malestar social-SOD e Indicadores negativos de tratamiento -TRT; todas estas variables se refieren a las relaciones de interacción social, salvo la última. Las medias del grupo de ansiedad social generalizada se mostraron significativamente superiores a las del grupo de ansiedad social específica en todas estas variables.

### 2.3. Comorbilidad entre la ansiedad social y determinados índices clínicos

La Tabla 17 ofrece el número de sujetos y el porcentaje de comorbilidad con una variedad de índices clínicos evaluados, tanto para el grupo de ansiedad social (n=88) como para el resto de los jóvenes de la muestra (n=924), así como la comparación entre ambos.

**Tabla 17.** Comorbilidad del grupo de ansiedad social frente al resto con distintos índices clínicos.

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>Grupos</i>		<i>Chi-cuadrado</i> <i>2</i>
	<i>Ansiedad social</i> <i>n (%)</i>	<i>Otros/resto</i> <i>n (%)</i>	
<b>YSR/11-18</b>			
Problemas afectivos	21 (23,90)	50 (5,40)	28,60**
Problemas de ansiedad	23 (26,10)	57 (6,20)	30,50**
Problemas somáticos	12 (13,60)	61 (6,60)	4,91*
Problemas de atención/hiperactividad	8 (9,10)	50 (5,40)	1,75
Problemas oposicionistas/desafiantes	2 (2,30)	3 (0,30)	3,62
Problemas de conducta	4 (4,50)	78 (8,40)	1,90
Ansiedad/depresión	24 (27,30)	45 (4,90)	40,91**
Retraimiento	29 (33,00)	72 (7,80)	39,80**
Síntomas somáticos	18 (20,50)	90 (9,70)	8,05**
Problemas sociales	25 (28,40)	68 (7,40)	30,42**
Problemas de pensamiento	19 (21,60)	81 (8,80)	11,83**
Problemas de atención	12 (13,60)	42 (4,50)	9,80**
Conducta delincuente o de ruptura de normas	2 (2,30)	68 (7,40)	4,20
Comportamiento agresivo	14 (15,90)	145 (15,70)	0,003
Otros problemas	7 (8,00)	36 (3,90)	2,70
Síndromes internalizantes	25 (28,40)	49 (5,30)	41,36**
Síndromes externalizantes	4 (4,50)	66 (7,10)	0,94
Total YSR	19 (21,60)	58 (6,30)	19,50**
<b>LSAS</b>			
Ansiedad en actuaciones en público	35 (39,80)	53 (5,70)	73,80**
Evitación de situaciones en público	28 (31,80)	54 (5,80)	47,74**
Ansiedad en situaciones de interacción social	34 (38,60)	41 (4,40)	81,63**
Evitación de situaciones de interacción social	29 (33,00)	54 (5,80)	51,11**
Total de ansiedad social	37 (42,00)	45 (4,90)	89,80**
Total de evitación social	25 (28,40)	49 (5,30)	41,40**
Total de ansiedad y evitación social	32 (36,40)	45 (4,90)	69,60**
<b>SAD</b>			
Evitación y malestar social	37 (42,00)	44 (4,80)	90,90**
<b>FNE</b>			
Miedo a la evaluación negativa	24 (27,30)	41 (4,40)	43,90**
<b>MMPI-A</b>			
Mentira-L	12 (13,60)	146 (16,30)	0,44
Incoherencia-F	36 (46,80)	223 (29,00)	9,78**
Corrección-K	4 (4,60)	139 (16,30)	10,72**
Hipocondría-Hs	17 (19,50)	104 (11,90)	3,72
Depresión-D	31 (37,80)	140 (17,00)	17,93**
Histeria-Hy	13 (15,50)	131 (15,60)	0,00

\*p<0,05; \*\*p<0,01

(Continuación)

**Tabla 17.** (Continuación)

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>Grupos</i>		<i>Chi-cuadrado</i> <i>2</i>
	<i>Ansiedad social</i> <i>n (%)</i>	<i>Otros/resto</i> <i>n (%)</i>	
MMPI-A			
Desviación psicopática-Pd	10 (11,60)	69 (8,10)	1,12
Masculinidad-Feminidad-Mf	11 (13,40)	41 (4,90)	7,80**
Paranoia-Pa	22 (26,20)	152 (17,60)	3,50
Psicasteria-Pt	22 (25,60)	52 (6,30)	27,50**
Esquizofrenia-Sc	22 (26,80)	114 (13,90)	8,33**
Hipomanía-Ma	7 (8,10)	49 (5,80)	0,70
Introversión social-Si	25 (28,70)	34 (4,20)	49,00**
Ansiedad-ANX	13 (14,80)	56 (6,40)	6,82**
Obsesividad-OBS	17 (20,00)	50 (5,90)	16,81**
Depresión-DEP	25 (29,80)	92 (10,60)	20,52**
Preocupaciones por la salud-HEA	18 (22,50)	187 (23,30)	0,03
Alienación-ALN	25 (28,70)	112 (13,10)	13,10**
Pensamiento extravagante-BIZ	15 (17,60)	122 (13,80)	0,92
Hostilidad-ANG	10 (11,50)	66 (7,40)	1,61
Cinismo-CYN	7 (8,00)	56 (6,10)	0,46
Problemas de conducta-CON	8 (9,30)	65 (7,60)	0,30
Baja autoestima-LSE	17 (19,50)	45 (5,20)	19,04**
Bajas aspiraciones-LAS	15 (17,00)	70 (8,10)	6,50*
Malestar social-SOD	34 (39,10)	81 (9,20)	48,24**
Problemas familiares-FAM	17 (20,70)	139 (16,50)	0,90
Problemas escolares-SCH	6 (9,80)	41 (8,50)	0,12
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	24 (28,60)	68 (8,50)	24,80**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ 

Tal como se aprecia en la Tabla 17, el porcentaje de jóvenes con ansiedad social que presentaban otros problemas clínicos (índices clínicos) era generalmente superior al porcentaje de jóvenes sin ansiedad social (grupo “otros/resto de los jóvenes”) que los presentaban. Además, hubo una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad social y un gran número de índices clínicos. Destacan, al margen de los índices de ansiedad, la elevada comorbilidad entre ansiedad social e Incoherencia-F ( $\chi^2=9,78$ ;  $p < 0,01$ ) y Masculinidad-Feminidad-Mf ( $\chi^2=7,80$ ;  $p < 0,01$ ). También debe destacarse el porcentaje de sujetos sin ansiedad social que mostraban altos niveles de Corrección-K ( $\chi^2=10,72$ ;  $p < 0,01$ ) (MMPI-A), el cual era significativamente superior al porcentaje de sujetos del grupo de ansiedad social.

La Tabla 18 presenta el porcentaje de comorbilidad encontrado en los grupos de ansiedad social específica ( $n=50$ ) y generalizada ( $n=38$ ) con los mismos índices clínicos, así como la comparación entre ambos.

**Tabla 18.** Comorbilidad del grupo de ansiedad social específica (ASE) frente al de ansiedad social generalizada (ASG) con distintos índices clínicos.

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>Grupo</i>		<i>Chi-cuadrado</i> <sup>2</sup>
	<i>ASE</i> <i>n (%)</i>	<i>ASG</i> <i>n (%)</i>	
<b>YSR/11-18</b>			
Problemas afectivos	11 (22,00)	10 (26,30)	0,22
Problemas de ansiedad	13 (26,00)	10 (26,30)	0,00
Problemas somáticos	8 (16,00)	4 (10,50)	0,56
Problemas de atención/hiperactividad	6 (12,00)	2 (5,30)	1,30
Problemas oposicionistas/desafiantes	2 (4,00)	0 (0,00)	2,30
Problemas de conducta	3 (6,00)	1 (2,60)	0,60
Ansiedad/depresión	13 (26,00)	11 (28,90)	0,09
Retraimiento	13 (26,00)	16 (42,10)	2,52
Síntomas somáticos	11 (22,00)	7 (18,40)	0,20
Problemas sociales	15 (30,00)	10 (26,30)	0,15
Problemas de pensamiento	12 (24,00)	7 (18,40)	0,40
Problemas de atención	7 (14,00)	5 (13,20)	0,01
Conducta delincuente o de ruptura de normas	2 (4,00)	0 (0,00)	2,30
Comportamiento agresivo	8 (16,00)	6 (15,80)	0,00
Otros problemas	4 (8,00)	3 (7,90)	0,00
Síndromes internalizantes	12 (24,00)	13 (34,20)	1,10
Síndromes externalizantes	2 (4,00)	2 (5,30)	0,08
Total YSR	13 (26,00)	6 (15,80)	1,36
<b>LSAS</b>			
Ansiedad en actuaciones en público	13 (26,00)	22 (57,90)	9,30**
Evitación de situaciones en público	10 (20,00)	18 (47,40)	7,50*
Ansiedad en situaciones de interacción social	13 (26,00)	21 (55,30)	7,84**
Evitación de situaciones de interacción social	10 (20,00)	19 (50,00)	8,84**
Total de ansiedad social	13 (26,00)	24 (63,20)	12,44**
Total de evitación social	8 (16,00)	17 (44,70)	8,80**
Total de ansiedad y evitación social	10 (20,00)	22 (57,90)	13,60**
<b>SAD</b>			
Evitación y malestar social	15 (30,00)	22 (57,90)	6,94*
<b>FNE</b>			
Miedo a la evaluación negativa	10 (20,00)	14 (36,80)	3,07
<b>MMPI-A</b>			
Mentira-L	5 (10,00)	7 (17,40)	1,30
Incoherencia-F	24 (54,50)	12 (36,40)	2,52
Corrección-K	1 (2,00)	3 (8,10)	1,82
Hipocondría-Hs	11 (22,40)	6 (15,80)	0,61
Depresión-D	15 (32,60)	16 (44,40)	1,20
Histeria-Hy	5 (10,60)	8 (21,60)	1,90
Desviación psicopática-Pd	7 (14,30)	3 (8,10)	0,80
Masculinidad-Feminidad-Mf	6 (13,00)	5 (13,90)	0,01
Paranoia-Pa	9 (19,10)	13 (35,10)	2,72
Psicastenia-Pt	13 (26,50)	9 (24,30)	0,05
Esquizofrenia-Sc	14 (30,40)	8 (22,20)	0,70
Hipomanía-Ma	4 (8,20)	3 (8,10)	0,00
Introversión social-Si	8 (16,30)	17 (44,70)	8,50**

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01

(Continuación)

**Tabla 18.** (Continuación)

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>Grupo</i>		<i>Chi-cuadrado</i> <sup>2</sup>
	<i>ASE</i> <i>n (%)</i>	<i>ASG</i> <i>n (%)</i>	
MMPI-A			
Ansiedad-ANX	8 (16,00)	5 (13,20)	0,14
Obsesividad-OBS	9 (18,80)	8 (21,60)	0,10
Depresión-DEP	11 (23,40)	14 (37,80)	2,06
Preocupaciones por la salud-HEA	12 (26,70)	6 (17,10)	1,04
Alienación-ALN	13 (26,00)	12 (32,40)	0,43
Pensamiento extravagante-BIZ	10 (20,80)	5 (13,50)	0,79
Hostilidad-ANG	6 (12,20)	4 (10,50)	0,06
Cinismo-CYN	4 (8,00)	3 (7,90)	0,00
Problemas de conducta-CON	4 (8,30)	4 (10,50)	0,12
Baja autoestima-LSE	5 (10,00)	12 (32,40)	6,82*
Bajas aspiraciones-LAS	7 (14,00)	8 (21,10)	0,75
Malestar social-SOD	16 (32,00)	18 (48,60)	2,50
Problemas familiares-FAM	8 (17,00)	9 (25,70)	0,91
Problemas escolares-SCH	2 (5,70)	4 (15,40)	1,60
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	10 (21,70)	14 (36,80)	2,32

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ 

En este caso, hubo muy pocas diferencias significativas entre los dos grupos de ansiedad social respecto a su comorbilidad con la mayoría de los índices clínicos evaluados. En tan sólo diez índices (Ansiedad en actuaciones en público ( $\chi^2=9,30$ ;  $p < 0,01$ ), Evitación de situaciones en público ( $\chi^2=7,50$ ;  $p < 0,05$ ), Ansiedad en situaciones de interacción social ( $\chi^2=7,84$ ;  $p < 0,01$ ), Evitación de situaciones de interacción social ( $\chi^2=8,84$ ;  $p < 0,01$ ), Total de ansiedad social ( $\chi^2=12,44$ ;  $p < 0,01$ ), Total de evitación social ( $\chi^2=8,80$ ;  $p < 0,01$ ), Total de ansiedad y evitación social ( $\chi^2=13,60$ ;  $p < 0,01$ ), Evitación y malestar social ( $\chi^2=6,94$ ;  $p < 0,05$ ), Introversión social-Si ( $\chi^2=8,50$ ;  $p < 0,01$ ) y Baja autoestima-LSE ( $\chi^2=6,82$ ;  $p < 0,05$ )) resultó significativa la diferencia detectada en comorbilidad entre los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada); en todos los casos, el porcentaje de comorbilidad del primer grupo fue inferior al del segundo. Todos los índices menos Introversión social-Si y Baja autoestima-LSE correspondían a mediciones de la ansiedad social.

## 2.4. Comparación entre los grupos de jóvenes con ansiedad social (generalizada o específica) y otros grupos

### 2.4.1. Formación de los grupos con otras psicopatologías y control

El criterio que se siguió para la determinación del grupo de otras psicopatologías se basó en las puntuaciones obtenidas en las escalas o síndromes de banda ancha (externalizante e internalizante) y la puntuación total del YSR/11-18. Los adolescentes que puntuaron por encima del punto de corte (resultante de la suma de la media más una y media desviación típica) en una, en dos o en las tres escalas del YSR mencionadas, se incluyeron dentro del grupo de otras psicopatologías. Los valores medios obtenidos para las tres escalas internalizante, externalizante y total del YSR fueron de 12,81 (DT=8,15), 13,92 (DT=8,11) y 45,99 (DT=22,61) puntos, respectivamente. De este modo, el punto de corte resultante tuvo valores de 26,03, 26,08 y 79,89 para las tres escalas mencionadas anteriormente. Por tanto, los jóvenes con una puntuación superior a los puntos de corte especificados se incluyeron dentro del grupo de otras psicopatologías. Por su parte, los jóvenes con una puntuación inferior a dichos puntos de corte y que no pertenecían a los grupos de ansiedad social (específica y generalizada) se consideraron como grupo control sin ninguna patología.

La Tabla 19 muestra la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de los cuatro grupos resultantes tras la aplicación de los dos criterios referentes a la determinación de los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada) y del grupo con otras psicopatologías, y grupo control. Los 1012 jóvenes de la presente investigación formaron los cuatro grupos a considerar en esta parte del estudio. La mayoría de los jóvenes se incluyó en el grupo control, mientras que menos del 20 por ciento de los sujetos conformaron los tres grupos con patologías: ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras patologías.

**Tabla 19.** Frecuencia y porcentaje de los cuatro grupos del estudio.

<i>Grupo</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Grupo control sin patologías	828	81,80
Grupo con otras psicopatologías (Ps)	96	9,50
Grupo con ansiedad social específica (ASE)	50	4,90
Grupo con ansiedad social generalizada (ASG)	38	3,80
Total	1012	100,00

#### 2.4.2. Análisis comparativo de los cuatro grupos de jóvenes

La Tabla 20 muestra la distribución de las variables demográficas y competencias (evaluadas por el YSR/11-18) de los cuatro grupos de jóvenes: ansiedad social específica (n=50), ansiedad social generalizada (n=38), otras psicopatologías (n=96) y control (n=824). También se incluye el valor de Chi-cuadrado para analizar las diferencias entre grupos.

**Tabla 20.** Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica (ASE), ansiedad social generalizada (ASG), otras psicopatologías (Ps) y control en variables demográficas y competencias.

<i>Variables/ competencias</i>	<i>Grupo</i>				<i>Chi-cuadrado (<sup>2</sup>)</i>
	<i>ASE (%)</i>	<i>ASG (%)</i>	<i>Ps (%)</i>	<i>Control (%)</i>	
Sexo					
Hombre	15	11	35	369	9,20*
Mujer	35	27	61	459	
Curso escolar					
Ciclos Formativos	11	9	25	126	8,80*
ESO y Bachillerato	39	29	71	702	
Trabajo					
Con trabajo	6	3	13	64	4,10
Sin trabajo	44	35	83	764	
Pareja					
Con pareja	16	8	38	234	6,60
Sin pareja	34	30	58	594	
Actividades deportivas					
Ninguna	6	9	11	58	14,60
Una	4	4	15	107	
Dos	8	7	16	143	
Tres	32	18	54	519	
Juegos/pasatiempos					
Ninguno	4	3	2	76	11,60
Uno	8	9	20	174	
Dos	15	10	21	169	
Tres	23	15	52	405	
Equipos/clubes					
Ninguno	35	26	52	538	7,00
Uno	10	8	27	202	
Dos	4	3	8	50	
Tres	1	1	6	23	
Tareas en el hogar					
Ninguna	6	5	9	58	11,00
Una	13	6	21	155	
Dos	15	13	19	240	
Tres	16	14	46	373	
Amigos íntimos					
Ninguno	2	5	6	17	17,50*
Uno	6	6	11	97	
Dos o tres	26	18	46	378	
Cuatro o más	16	9	33	331	
Participación con amigos					
Ninguna	4	8	7	52	27,93**
Una o dos	27	12	20	254	
Más que tres	19	18	66	52	
Hacer cosas por uno mismo					
Peor que los demás	6	9	11	44	30,36*
Mejor que los demás	33	26	56	573	
Igual que los demás	11	3	26	203	

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01

Se han detectado diferencias significativas entre los cuatro grupos respecto a las variables sociodemográficas Sexo ( $\chi^2=9,20$ ;  $p<0,05$ ) y Curso escolar ( $\chi^2=8,80$ ;  $p<0,05$ ). Asimismo, las únicas tres competencias, valoradas cualitativamente, en las que se encontraron diferencias significativas entre los cuatro grupos del estudio fueron: Amigos íntimos ( $\chi^2=17,50$ ;  $p<0,05$ ), Participación con amigos ( $\chi^2=27,93$ ;  $p<0,01$ ) y Hacer cosas por uno mismo ( $\chi^2=30,36$ ;  $p<0,05$ ). La búsqueda de las causas de significación se realizó de acuerdo con los procedimientos de *partición de tablas*, y se recoge en la Tabla 21.

**Tabla 21.** Análisis de las causas de significación de las variables sociodemográficas y competencias en los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control.

<i>Variable/competencia</i>	<i>Comparación</i>	<i>g.l.</i>	<i>Chi-cuadrado</i> ( $\chi^2$ )
Sexo	Entre grupos	3	9,20*
	Entre ASE, ASG, Ps	2	0,60
	Entre (ASE, ASG, Ps) y Control	1	8,20**
Curso escolar	Entre grupos	3	8,80*
	Entre ASE, ASG, Ps	2	0,30
	Entre (ASE, ASG, Ps) y Control	1	8,50**
Amigos íntimos	Entre grupos	9	17,50*
	Entre ASE, ASG, Ps	6	4,10
	Entre (ASE, ASG, Ps) y Control	3	13,50**
Participación con amigos	Entre grupos	9	27,93**
	Entre ASE, ASG, Ps	6	22,70**
	Entre (A.S.E., A.S.G., Ps.) y Control	3	0,20
Hacer cosas por uno mismo	Entre grupos	9	30,36*
	Entre ASE, ASG, Ps	6	10,20
	Entre (ASE, ASG, Ps) y Control	3	20,20**

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

Esta Tabla indica que no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos con psicopatologías (ASE, ASG, Ps), pero sí que estos tres grupos diferían con el grupo Control respecto a las variables demográficas Sexo ( $\chi^2=8,20$ ;  $p<0,01$ ) y Curso escolar ( $\chi^2=8,50$ ;  $p<0,01$ ) y las competencias Amigos íntimos ( $\chi^2=17,50$ ;  $p<0,01$ ) y Hacer cosas por uno mismo ( $\chi^2=20,20$ ;  $p<0,01$ ). En la variable Sexo las diferencias vienen motivadas por la mayor presencia de mujeres en los grupos jóvenes con otras psicopatologías, con ansiedad social específica y con ansiedad social generalizada (10,50%, 6,00% y 4,60%, respectivamente)

que la de los hombres (8,20%, 3,50% y 2,60%, respectivamente). Por su parte, en la variable Curso escolar las diferencias son consecuencia del mayor porcentaje de alumnos de los Ciclos Formativos en los tres grupos, anteriormente mencionados, con psicopatologías (14,60%, 6,40% y 5,30%, respectivamente), mientras que los estudiantes de ESO y Bachillerato presentaban menores porcentajes en los citados grupos (8,40%, 4,60% y 3,40%). En el caso de la variable Participación con amigos, el análisis mostró que no hubo diferencias significativas entre los grupos con psicopatologías y Control; sin embargo, había diferencias significativas en la distribución de esta variable ( $\chi^2=22,70$ ;  $p<0,01$ ) en los tres grupos de jóvenes con psicopatologías (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías).

La Tabla 22 presenta la media y desviación típica obtenidas en las competencias, valoradas cuantitativamente y evaluadas por el YSR/11-18, de los cuatro grupos de jóvenes: con ansiedad social específica, con ansiedad social generalizada, con otras psicopatologías y sin patologías, así como el valor  $F$  de la ANOVA aplicada para determinar las diferencias entre grupos.

**Tabla 22.** Diferencias entre los grupos ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en distintas competencias.

Competencias	Grupo				F
	ASE Media (DT)	ASG Media (DT)	Ps Media (DT)	Control Media (DT)	
Edad	15,90 (1,80)	15,71 (1,50)	15,94 (1,43)	15,80 (1,50)	0,44
Tiempo/manera de actividades deportivas	0,74 (0,40)	0,70 (0,53)	0,84 (0,50)	0,90 (0,50)	3,60*
Tiempo/manera de juegos/pasatiempos	1,10 (0,50)	1,10 (0,54)	1,21 (0,50)	1,10 (0,50)	1,70
Participación en grupos	0,40 (0,70)	0,40 (0,70)	0,70 (0,80)	0,50 (0,80)	2,20
Manera de tareas en el hogar	1,00 (0,52)	1,00 (0,53)	1,00 (0,53)	1,10 (0,51)	1,60
Relación con hermanos, otros jóvenes y padres	1,13 (0,32)	1,10 (0,40)	1,11 (0,40)	1,23 (0,42)	4,42**
Rendimiento escolar	1,83 (0,80)	1,73 (0,80)	1,70 (0,70)	1,94 (0,70)	5,50**

\*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$

Tal como se ve en la Tabla 22, se encontraron diferencias significativas entre los grupos estudiados respecto a las variables (Tiempo/manera de actividades deportivas ( $p < 0,05$ ), Relación con hermanos, otros jóvenes y padres ( $p < 0,01$ ) y Rendimiento escolar ( $p < 0,01$ ). Las comparaciones realizadas *a posteriori* según el método de *Bonferroni*, para determinar las causas de estas diferencias, se recogen en la Tabla 23.

**Tabla 23.** Comparaciones *a posteriori* de los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en distintas competencias.

Competencias	Comparaciones				
	Control-Ps	Control-ASE	Control-ASG	Ps-ASE	Ps-ASG
Tiempo/manera de actividades deportivas	0,04	0,14	0,20	0,10	0,15
Relación con hermanos, otros jóvenes y padres	0,11	0,10	0,20	-0,02	0,05
Rendimiento escolar	0,30**	0,11	0,22	-0,20	0,05

\*\* $p < 0,001$

El análisis de las comparaciones entre grupos indicó que existían diferencias significativas únicamente entre el grupo control y el de otras psicopatologías en la competencia Rendimiento escolar ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, las comparaciones *a posteriori* no detectaron diferencias significativas entre pares de grupos en las competencias: Tiempo/manera de actividades deportivas y Relación con hermanos, otros jóvenes y padres.

La Tabla 24 muestra las comparaciones de los distintos índices clínicos entre los cuatro grupos del estudio, así como del valor de  $F$  para cada uno de estos índices. En todos los índices clínicos se encontraron diferencias significativas entre los cuatro grupos de jóvenes del estudio, excepto en la variable Histeria-Hy, donde las medias de estos grupos resultaron cercanas, ausentando la diferencia significativa entre los mismos.

**Tabla 24.** Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en distintos índices clínicos.

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>Grupo</i>				<i>F</i>
	<i>ASE</i> <i>Media (DT)</i>	<i>ASG</i> <i>Media (DT)</i>	<i>Ps</i> <i>Media (DT)</i>	<i>Control</i> <i>Media (DT)</i>	
YSR/11-18					
Problemas afectivos	7,32 (4,71)	7,84 (4,64)	10,40 (4,10)	4,33 (3,20)	103,50**
Problemas de ansiedad	5,10 (2,10)	5,32 (2,60)	5,20 (2,10)	3,00 (1,90)	65,10**
Problemas somáticos	2,70 (2,60)	2,10 (2,70)	4,00 (3,34)	1,54 (1,91)	39,50**
Problemas de atención/hiperactividad	5,62 (2,93)	5,42 (2,30)	7,93 (2,30)	5,01 (2,53)	39,00**
Problemas oposicionistas/desafiantes	3,50 (2,13)	3,60 (2,24)	5,30 (1,83)	3,00 (1,80)	48,90**
Problemas de conducta	4,04 (3,20)	3,30 (2,51)	10,14 (4,,91)	3,41 (2,70)	147,20**
Ansiedad/depresión	9,34 (4,80)	10,60 (5,40)	10,11 (4,40)	5,04 (3,30)	97,90**
Retraimiento	5,90 (2,90)	6,60 (3,30)	6,20 (3,00)	3,20 (2,33)	75,71**
Síntomas somáticos	4,60 (3,60)	3,84 (3,90)	6,44 (4,40)	2,70 (2,63)	51,54**
Problemas sociales	6,70 (2,70)	6,70 (3,60)	6,90 (3,33)	3,50 (2,50)	80,00**
Problemas de pensamiento	5,50 (4,01)	4,80 (3,50)	8,20 (3,91)	3,42 (2,80)	78,60**
Problemas de atención	7,40 (3,40)	7,50 (3,24)	9,00 (2,94)	5,90 (3,10)	33,72**
Conducta delincuente o de ruptura de normas	5,84 (3,70)	4,80 (3,10)	12,51 (4,81)	5,40 (3,50)	113,70**
Comportamiento agresivo	8,32 (4,41)	7,84 (4,40)	15,80 (4,33)	6,94 (3,84)	141,80**
Otros problemas	5,32 (2,90)	5,30 (5,50)	7,80 (2,50)	4,40 (2,50)	47,80**
Síndromes internalizantes	19,80 (9,20)	21,00 (10,50)	22,73 (8,60)	10,90 (6,50)	118,20**
Síndromes externalizantes	14,20 (7,40)	12,63 (7,10)	28,30 (8,10)	12,30 (6,40)	165,22**
Total YSR	58,80 (22,70)	57,90 (25,20)	82,90 (18,33)	40,40 (17,94)	164,80**
LSAS	16,92 (6,24)	21,42 (8,80)	12,51 (7,34)	9,20 (6,10)	68,90**
Ansiedad en actuaciones en público					
Evitación de situaciones en público	14,00 (7,90)	18,80 (8,40)	12,30 (6,82)	9,10 (6,40)	37,60**
Ansiedad en situaciones de interacción social	14,10 (5,64)	18,50 (7,80)	9,70 (6,30)	7,30 (5,60)	66,84**
Evitación de situaciones de interacción social	12,14 (6,90)	16,60 (8,30)	10,20 (6,40)	7,43 (5,80)	40,34**
Total de ansiedad social	31,00 (10,90)	39,90 (15,30)	22,20 (13,12)	16,50 (11,10)	75,60**
Total de evitación social	26,12 (14,10)	35,40 (15,73)	22,50 (12,50)	16,54 (11,60)	42,80**
Total de ansiedad y evitación social	57,10 (21,91)	75,30 (29,40)	44,70 (23,73)	33,03 (20,80)	68,11**
SAD					
Evitación y malestar social	13,40 (14,40)	17,00 (5,40)	9,90 (4,43)	7,60 (4,30)	85,80**
FNE					
Miedo a la evaluación negativa	21,10 (4,2)	22,13 (5,13)	17,13 (6,50)	15,70 (5,90)	26,81**
MMPI-A					
Mentira-L	4,44 (1,90)	5,10 (2,50)	3,84 (2,80)	5,30 (2,64)	9,72**
Incoherencia-F	13,70 (9,30)	12,60 (10,00)	14,40 (11,40)	9,70 (8,80)	10,40**
Corrección-K	12,94 (3,81)	12,40 (4,2)	10,50 (5,30)	14,22 (5,60)	14,70**
Hipocondría-Hs	11,80 (4,83)	11,60 (5,32)	12,40 (6,00)	9,23 (4,72)	17,10**
Depresión-D	25,20 (8,60)	26,90 (8,70)	23,20 (8,74)	20,70 (8,80)	11,40**
Histeria-Hy	23,10 (7,40)	23,44 (7,30)	22,84 (9,34)	21,40 (4,50)	2,00
Desviación psicopática-Pd	21,00 (5,52)	20,63 (6,10)	21,93 (9,04)	18,00 (6,90)	12,33**

\*p&lt;0,05; \*\* p&lt;0,001

(Continuación)

**Tabla 24.** (Continuación)

Instrumento Índices clínicos	Grupo				F
	ASE Media (DT)	ASG Media (DT)	Ps Media (DT)	Control Media (DT)	
MMPI-A					
Masculinidad-Feminidad-Mf	23,42 (4,69)	24,18 (4,63)	24,43 (4,76)	25,61 (4,09)	3,53*
Paranoia-Pa	14,80 (5,54)	15,00 (5,60)	15,91 (6,51)	12,80 (5,34)	12,13**
Psicastenia-Pt	24,00 (7,94)	24,90 (8,60)	22,20 (11,13)	15,60 (8,63)	38,20**
Esquizofrenia-Sc	25,90 (11,90)	24,90 (12,30)	28,30 (14,04)	18,94 (11,61)	23,50**
Hipomanía-Ma	19,00 (6,00)	17,80 (6,80)	20,50 (8,40)	17,60 (6,92)	5,42*
Introversión social-Si	31,00 (7,10)	34,90 (6,32)	24,60 (11,80)	21,71 (9,70)	35,93**
Ansiedad-ANX	10,92 (3,40)	10,32 (4,00)	10,70 (4,50)	7,70 (3,80)	30,50**
Obsesividad-OBS	8,14 (3,70)	8,34 (3,40)	7,74 (3,80)	5,84 (3,32)	20,13**
Depresión-DEP	11,24 (4,90)	12,10 (5,13)	12,30 (5,40)	7,80 (4,60)	40,13**
Preocupaciones por la salud-HEA	12,30 (6,73)	10,71 (7,03)	11,80 (7,73)	9,30 (5,92)	8,20*
Alienación-ALN	7,90 (2,84)	8,10 (4,10)	7,60 (4,33)	5,10 (3,44)	28,70**
Pensamiento extravagante-BIZ	5,00 (3,60)	3,92 (3,40)	6,72 (3,80)	3,80 (3,10)	25,72**
Hostilidad-ANG	8,10 (3,54)	8,13 (2,91)	10,20 (3,50)	7,20 (3,40)	24,31**
Cinismo-CYN	8,04 (3,40)	8,40 (2,80)	9,80 (3,44)	7,10 (3,30)	21,50**
Problemas de conducta-CON	7,70 (4,14)	7,80 (3,60)	9,94 (4,84)	7,34 (4,10)	11,43**
Baja autoestima-LSE	8,32 (2,30)	9,30 (3,71)	7,61 (3,64)	5,30 (3,03)	46,44**
Bajas aspiraciones-LAS	7,00 (2,34)	7,10 (2,54)	6,60 (2,80)	5,72 (2,80)	7,81*
Malestar social-SOD	10,92 (3,84)	12,70 (3,90)	8,74 (4,44)	7,24 (4,04)	35,00**
Problemas familiares-FAM	11,14 (5,70)	10,80 (6,10)	14,10 (6,52)	9,30 (5,82)	20,42**
Problemas escolares-SCH	7,34 (3,30)	7,00 (3,40)	8,40 (4,40)	6,20 (3,34)	13,33**
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	11,00 (4,90)	12,92 (4,12)	10,20 (5,62)	7,60 (4,70)	28,40**

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,001

La Tabla 25 muestra los resultados de las comparaciones *a posteriori* según el método *Bonferroni* entre los cuatro grupos de adolescentes del estudio, en los distintos índices clínicos evaluados por el YSR/11-18, LSAS, SAD, FNE y MMPI-A donde se encontraron previamente diferencias significativas. Se señalan diferencias significativas entre el grupo control (C) y el grupo con otros problemas psicopatológicos en la mayoría de los índices clínicos, excepto Miedo a la evaluación negativa, Histeria-Hy y Masculinidad-Feminidad-Mf; en todos los casos el grupo con otras psicopatologías superó al grupo control, salvo en los tres índices citados. También, el grupo control se distinguió significativamente tanto del grupo con ansiedad social específica como del grupo con ansiedad social generalizada en la mayoría de los índices clínicos evaluados, donde estos dos grupos superaron al control.

**Tabla 25.** Comparación de los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en distintos índices clínicos.

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>C-PS</i>	<i>C-ASE</i>	<i>C-ASG</i>	<i>PS-ASE</i>	<i>PS-ASG</i>	<i>ASE-ASG</i>
<b>YSR/11-18</b>						
Problemas afectivos	-6,02**	-3,00**	-3,51**	3,03**	2,51**	-0,52
Problemas de ansiedad	-2,20**	-2,10**	-2,34**	0,10	-0,20	-0,30
Problemas somáticos	-2,43**	-1,20**	-0,52	1,30**	1,91**	0,64
Problemas de atención/hiperactividad	-2,92**	-0,60	-0,41	2,32**	2,52**	0,20
Problemas oposicionistas/desafiantes	-2,34**	-0,54	-0,60	1,80**	1,74**	-0,05
Problemas de conducta	-6,72**	-0,62	0,12	6,10**	6,84**	0,80
Ansiedad/depresión	-5,10**	-4,30**	-5,60**	0,80	-0,50	-1,30
Retraimiento	-3,02**	-2,70**	-3,40**	0,32	-0,40	-0,70
Síntomas somáticos	-3,80**	-1,90**	-1,20	1,90**	2,60**	0,72
Problemas sociales	-3,40**	-3,20**	-3,20**	0,24	0,22	-0,02
Problemas de pensamiento	-4,80**	-2,05**	-1,40*	2,72**	3,40**	0,70
Problemas de atención	-3,11**	-1,51**	-1,61*	1,60*	1,50	-0,10
Conducta delincuente o de ruptura de normas	-7,20**	-0,50	0,60	6,70**	7,72**	1,10
Comportamiento agresivo	-8,80**	-1,40	-0,90	7,43**	7,90**	0,50
Otros problemas	-3,40**	-0,92	-0,90	2,50**	2,51**	-0,03
Síndromes internalizantes	-11,90**	-8,90**	-10,12**	3,00	1,73	-1,24
Síndromes externalizantes	-16,00**	-1,90	-0,33	14,10**	15,63**	1,53
Total YSR	-42,50**	-18,40**	-17,50**	24,11**	25,00**	0,90
<b>LSAS</b>						
Ansiedad en actuaciones en público	-3,30**	-7,71**	-12,21**	-4,40**	-8,91**	-4,50**
Evitación de situaciones en público	-3,20**	-4,90**	-9,70**	-1,70	-6,50**	-4,80**
Ansiedad en situaciones de interacción social	-2,40**	-6,80**	-11,20**	-4,40**	-8,80**	-4,41**
Evitación de situaciones de interacción social	-2,80**	-4,70**	-9,20**	-1,94	-6,40**	-4,50**
Total de ansiedad social	-5,70**	-14,50**	-23,40**	-8,80**	-17,71**	-8,91**
Total de evitación social	-6,00**	-9,60**	-18,83**	-3,62	-12,90**	-9,25**
Total de ansiedad y evitación social	-11,64**	-24,10**	-42,23**	-12,42**	-30,60**	-18,20**
<b>SAD</b>						
Evitación y malestar social	-2,32**	-5,80**	-9,40**	-3,50**	-7,10**	-3,61**
<b>FNE</b>						
Miedo a la evaluación negativa	-1,43	-5,40**	-6,43**	-3,92**	-5,00**	1,10
<b>MMPI-A</b>						
Mentira-L	1,44**	0,84	0,20	-0,60	-1,30	-0,70
Incoherencia-F	-4,70**	-4,00*	-2,90	0,70	1,80	1,10
Corrección-K	3,74**	1,30	1,90	-2,50	-1,90	0,60
Hipocondría-Hs	-3,20**	-2,53**	-2,40*	0,63	0,80	0,20
Depresión-D	-2,54*	-4,53**	-6,22**	2,00	-3,70	1,70
Histeria-Hy	-1,50	-1,71	-2,10	-0,24	-0,60	0,40

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01

(Continuación)

**Tabla 25.** (Continuación)

<i>Instrumento</i> <i>Índices clínicos</i>	<i>C-Ps</i>	<i>C-ASE</i>	<i>C-ASG</i>	<i>Ps-ASE</i>	<i>Ps-ASG</i>	<i>ASE-ASG</i>
MMPI-A	-4,00**	-3,00*	-2,64	1,00	1,30	0,33
Desviación psicopática-Pd						
Masculinidad-Feminidad-Mf	-0,76	-1,02	-2,20*	-0,26	-1,43	-1,18
Paranoia-Pa	-3,12**	-2,01	-2,21	1,11	0,92	-0,20
Psicastenia-Pt	-6,60**	-8,40**	-9,30**	-1,80	-2,71	-0,93
Esquizofrenia-Sc	-9,32**	-7,00**	-5,92*	2,40	3,40	1,03
Hipomanía-Ma	-2,93**	-1,44	-0,20	1,50	2,73	1,24
Introversión social-Si	-2,90*	-9,24**	-13,20**	-6,40**	-10,30**	-3,90
Ansiedad-ANX	-3,01**	-3,23**	-2,63**	-0,21	0,40	0,60
Obsesividad-OBS	-1,90**	-2,30**	-2,50**	-0,40	-0,60	-0,20
Depresión-DEP	-4,50**	-3,50**	-4,30**	1,02	0,20	-0,84
Preocupaciones por la salud-HEA	-2,52**	-3,00**	-1,44	-0,50	1,10	1,54
Alienación-ALN	-2,50**	-2,80**	-3,00**	-0,32	-0,54	-0,22
Pensamiento extravagante-BIZ	-2,94**	-1,22*	-0,14	1,72*	2,80**	-1,10
Hostilidad-ANG	-3,04**	-0,94	-1,00	2,10**	2,10**	-0,03
Cinismo-CYN	-2,71**	-1,00	-1,34	1,73*	1,40	0,40
Problemas de conducta-CON	-2,61**	-0,34	-0,42	2,30*	2,20*	-0,10
Baja autoestima-LSE	-2,34**	-3,10**	-4,02**	-0,70	-1,70*	-1,00
Bajas aspiraciones-LAS	-0,84*	-1,24*	-1,40*	-0,40	-0,52	-0,12
Malestar social-SOD	-1,50**	-3,70**	-5,44**	-2,20*	-3,94**	-1,80
Problemas familiares-FAM	-4,82**	-1,90	-1,54	2,93*	3,30*	0,40
Problemas escolares-SCH	-2,22**	-1,20	-0,83	1,10	1,40	0,34
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	-2,60**	-3,44**	-5,40**	-0,83	-2,80*	-1,92

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ 

Por su parte, el grupo de jóvenes con otros problemas psicopatológicos mostraba diferencias significativas con el grupo con ansiedad social específica en un número considerable de índices clínicos, tal como se aprecia. Asimismo, el grupo de jóvenes con otros problemas psicopatológicos mantuvo diferencias significativas con el grupo con ansiedad social generalizada en un número notable de índices clínicos. En una parte de estos índices las diferencias resultaron a favor del grupo con psicopatologías y en otra a favor del grupo con ansiedad social específica o generalizada. Por último, los dos grupos con ansiedad social (específica y generalizada) mantuvieron diferencias significativas entre ellos en tan sólo ocho índices (Ansiedad en actuaciones en público ( $p < 0,01$ ), Evitación de situaciones en público ( $p < 0,01$ ), Ansiedad en situaciones de interacción social ( $p < 0,01$ ), Evitación de situaciones de interacción social ( $p < 0,01$ ), Total de ansiedad social ( $p < 0,01$ ), Total de evitación social ( $p < 0,01$ ), Total de ansiedad y evitación social ( $p < 0,01$ ) y Evitación y malestar social ( $p < 0,01$ )); en todos los casos el grupo con ansiedad social generalizada superó al grupo con ansiedad social específica.

Finalmente, la Tabla 26 muestra la comparación entre cada uno de los cuatro grupos de jóvenes del estudio con los demás en los distintos índices clínicos evaluados.

**Tabla 26.** Relaciones entre los grupos de ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control en los diferentes índices clínicos.

<i>Instrumento</i>	<i>Índices clínicos</i>	<i>Resumen de relaciones</i>
YSR/11-18	Problemas afectivos	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas de ansiedad	C<Ps=ASE=ASG
	Problemas somáticos	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas de atención/hiperactividad	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas oposicionistas/desafiantes	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas de conducta	C<Ps<ASE=ASG
	Ansiedad/depresión	C<Ps=ASE=ASG
	Retraimiento	C<Ps=ASE=ASG
	Síntomas somáticos	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas sociales	C<Ps=ASE=ASG
	Problemas de pensamiento	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas de atención	C<Ps<ASE=ASG
	Conducta delincuente o de ruptura de normas	C<Ps<ASE=ASG
	Comportamiento agresivo	C<Ps<ASE=ASG
	Otros problemas	C<Ps<ASE=ASG
	Síndromes internalizantes	C<Ps=ASE=ASG
	Síndromes externalizantes	C<Ps<ASE=ASG
	Total YSR	C<Ps<ASE=ASG
LSAS	Ansiedad en actuaciones en público	C<Ps<ASE<ASG
	Evitación de situaciones en público	C<Ps= ASE<ASG
	Ansiedad en situaciones de interacción social	C<Ps<ASE<ASG
	Evitación de situaciones de interacción social	C<Ps<ASE=ASG
	Total de ansiedad social	C<Ps<ASE<ASG
	Total de evitación social	C<Ps=ASE< ASG
Total de ansiedad y evitación social	C<Ps<ASE<ASG	
SAD	Evitación y malestar social	C<Ps<ASE<ASG
FNE	Miedo a la evaluación negativa	C=Ps<ASE=ASG
MMPI-A	Mentira-L	C<Ps=ASE=ASG
	Incoherencia-F	C<Ps=ASE=ASG
	Corrección-K	C<Ps=ASE=ASG
	Hipocondría-Hs	C<Ps=ASE=ASG
	Depresión-D	C<Ps=ASE=ASG
	Histeria-Hy	C=Ps=ASE=ASG
	Desviación psicopática-Pd	C<Ps=ASE=ASG
	Masculinidad-Feminidad-Mf	C<Ps=ASE=ASG
	Paranoia-Pa	C<Ps=ASE=ASG
Psicastenia-Pt	C<Ps=ASE=ASG	

(Continuación)

**Tabla 26.** (Continuación)

<i>Instrumento</i>	<i>Índices clínicos</i>	<i>Resumen de relaciones</i>
	Esquizofrenia-Sc	C<Ps=ASE=ASG
	Hipomanía-Ma	C<Ps=ASE=ASG
	Introversión social-Si	C<Ps<ASE=ASG
	Ansiedad-ANX	C<Ps=ASE=ASG
	Obsesividad-OBS	C<Ps=ASE=ASG
	Depresión-DEP	C<Ps=ASE=ASG
	Preocupaciones por la salud-HEA	C<Ps=ASE=ASG
	Alienación-ALN	C<Ps=ASE=ASG
	Pensamiento extravagante-BIZ	C<Ps<ASE=ASG
	Hostilidad-ANG	C<Ps<ASE=ASG
	Cinismo-CYN	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas de conducta-CON	C<Ps<ASE=ASG
	Baja autoestima-LSE	C<Ps<ASE=ASG
	Bajas aspiraciones-LAS	C<Ps=ASE=ASG
	Malestar social-SOD	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas familiares-FAM	C<Ps<ASE=ASG
	Problemas escolares-SCH	C<Ps=ASE=ASG
	Indicadores negativos de tratamiento-TRT	C<Ps=ASE=ASG

Tal como se aprecia, el grupo de jóvenes con otras psicopatologías superó al grupo control sin patologías en la mayoría de los índices clínicos evaluados en el estudio. Por su parte, el grupo con ansiedad social específica mostraba niveles superiores al grupo con otras psicopatologías en una gran variedad de índices clínicos. Por último, el grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada era igual al grupo con ansiedad social específica en la mayor parte de los índices clínicos del estudio, salvo en un número reducido de los mismos, donde el primer grupo mostraba niveles superiores al segundo.

Concretamente, hubo dos patrones dominantes de relación entre los cuatro grupos del estudio. El primer patrón reflejó que el grupo de jóvenes con otras psicopatologías superó al grupo control, aunque fue inferior a los grupos con ansiedad social específica y generalizada en los índices Problemas afectivos, Problemas somáticos, Problemas de atención/hiperactividad, Problemas opositoristas/desfiantes, Problemas de conducta, Síntomas somáticos, Problemas de pensamiento, Problemas de atención, Conducta delincuente o de ruptura de normas, Comportamiento agresivo, Otros problemas, Síndromes externalizantes, Total YSR, Evitación de situaciones de interacción social, Introversión social-Si, Pensamiento extravagante-BIZ, Hostilidad-ANG, Cinismo-CYN, Problemas de conducta-CON, Baja autoestima-LSE, Malestar social-SOD y Problemas familiares-FAM; además, los dos grupos de jóvenes con ansiedad social se igualaron en estos índices. Por su parte, el

segundo patrón señaló que el grupo de jóvenes con otras psicopatologías superó al grupo control, aunque igualó a los dos grupos con ansiedad social en los índices Problemas de ansiedad, Ansiedad/depresión, Retramiento, Problemas sociales, Síndromes internalizantes, MentiraL, Incoherencia-F, Corrección-K, Hipocondría-Hs, Depresión-D, Desviación psicopática-Pd, Masculinidad-Feminidad-Mf, Paranoia-Pa, Psicastenia-Pt, Esquizofrenia-Sc, Hipomanía-Ma, Ansiedad-ANX, Obsesividad-OBS, Depresión-DEP, Preocupaciones por la salud-HEA, Alienación-ALN, Bajas aspiraciones-LAS, Problemas escolares-SCH e Indicadores negativos de tratamiento-TRT.

Por otro lado, hubo un tercer patrón de relación en el que el grupo con otras psicopatologías fue superior al control, aunque inferior al grupo con ansiedad social específica que, a su vez fue inferior al grupo con ansiedad social generalizada en tan solo cinco índices referentes a la ansiedad y evitación (Ansiedad en actuaciones en público, Ansiedad en situaciones de interacción social, Total de ansiedad social, Total de ansiedad y evitación social y Evitación y malestar social). Por otra parte, el grupo control fue inferior al grupo con otras psicopatologías en los dos índices Evitación de situaciones en público y Total de evitación social, aunque este grupo con patologías igualó al grupo con ansiedad social específica, el cual resultó inferior al grupo con ansiedad social generalizada. Por último, los cuatro grupos del estudio resultaron ser iguales en el índice Histeria-Hy.

## **2.5. Prevalencia en la muestra y *odds ratios* de los grupos respecto al control en la ansiedad social específica y generalizada**

La Tabla 27 muestra el número y porcentaje de sujetos respecto a las variables demográficas y de competencia estudiadas, en los cuatro grupos en los que fueron divididos los adolescentes. Además se ofrecen las *odds ratios* de cada una de esas variables, es decir, la probabilidad de que los casos incluidos en cada grupo estén expuestos a las variables demográficas y de competencia comparada con la probabilidad de que lo estén los controles. La única variable demográfica que ejerce un efecto significativo en la probabilidad de sufrir algún problema psicopatológico (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías) es la variable Pareja en el grupo de jóvenes con otras psicopatologías; los jóvenes con pareja obtuvieron un valor *odds ratio* (OR=1,66) significativamente mayor al encontrado entre los jóvenes sin pareja (OR=0,66) en el grupo de otras psicopatologías.

**Tabla 27.** Número, porcentaje y *odds ratios* de distintas variables demográficas y competencias con los grupos de ansiedad social específica y generalizada y de otras patologías respecto al control.

Variables/ Competencias	Grupos						
	Control		Ps	ASE		ASG	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	<i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	<i>n</i> (%)	OR (IC 95%)
<b>Sexo</b>							
Hombre	368 (44,44)	35 (36,45)	0,72 (0,45-1,13)	15 (30,00)	0,54 (0,27-1,03)	11 (28,94)	0,51 (0,23-1,09)
Mujer	460 (55,55)	61 (63,54)	1,39 (0,88-2,21)	35 (70,00)	1,87 (0,97-3,64)	27 (71,05)	1,96 (0,92-4,27)
<b>Pareja</b>							
Sin pareja	594 (71,73)	58 (60,41)	0,60* (0,38-0,95)	34 (68,00)	0,84 (0,44-1,62)	30 (78,94)	1,48 (0,64-3,55)
Con pareja	234 (28,26)	38 (39,58)	1,66* (1,05-2,63)	16 (32,00)	1,19 (0,62-2,29)	8 (21,05)	0,68 (0,28-1,57)
<b>Trabajo</b>							
Sin trabajo	64 (7,72)	13 (13,54)	1,87 (0,94-3,67)	6 (12,00)	1,63 (0,60-4,18)	3 (7,89)	1,02 (0,24-3,60)
Con trabajo	764 (92,27)	83 (86,45)	0,53 (0,27-1,07)	44 (88,00)	0,61 (0,24-1,67)	35 (92,10)	0,98 (0,28-4,10)
<b>Curso escolar</b>							
Bachillerato	156 (18,84)	14 (14,58)	0,74 (0,39-1,37)	8 (6,00)	0,82 (0,35-1,86)	9 (23,68)	1,34 (0,58-3,02)
Ciclos Formativos	126 (15,21)	25 (26,04)	1,96 (1,16-3,30)	11 (22,00)	1,57 (0,74-3,28)	9 (23,68)	1,73 (0,74-3,93)
ESO	546 (68,11)	57 (59,37)	0,75 (0,48-1,19)	31 (62,00)	0,84 (0,45-1,58)	20 (52,63)	0,57 (0,29-1,16)
<b>Actividades deportivas</b>							
Ninguna	58 (7,00)	11 (13,28)	1,72 (0,82-3,53)	6 (12,00)	1,81 (0,66-4,66)	9 (18,00)	4,11 (1,72-9,62)
Una	107 (12,92)	15 (18,11)	1,25 (0,66-2,31)	4 (8,00)	0,59 (0,18-1,74)	4 (10,52)	0,79 (0,23-2,40)
Dos	143 (17,27)	16 (16,66)	0,96 (0,52-1,74)	8 (16,00)	0,91 (0,39-2,07)	7 (3,33)	1,08 (0,42-2,63)
Tres	519 (62,68)	54 (56,25)	0,76 (0,49-1,20)	32 (64,00)	1,06 (0,56-1,99)	18 (60,00)	0,53 (0,27-1,07)
<b>Juegos/ pasatiempos</b>							
Ninguno	76 (9,71)	2 (2,08)	0,21* (0,04-0,90)	4 (8,00)	0,86 (0,25-2,57)	3 (7,89)	0,87 (0,21-3,04)
Uno	174 (21,01)	20 (20,83)	1,25 (0,66-1,99)	8 (16,00)	0,82 (0,35-1,86)	9 (23,68)	1,39 (0,60-3,14)
Dos	169 (20,41)	21 (21,87)	1,10 (0,64-1,89)	15 (30,00)	1,66 (0,84-3,23)	10 (26,31)	1,65 (0,73-3,65)
Tres	405 (48,91)	52 (54,16)	1,25 (0,80-1,96)	23 (46,00)	0,88 (0,48-1,62)	15 (39,47)	0,71 (0,34-1,44)

OR=*odds ratio*; \*=significación

(Continuación)

Tabla 27. (Continuación)

Variables/ Competencias	Grupos						
	Control		Ps	ASE		ASG	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	<i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	<i>n</i> (%)	OR (IC 95%)
Equipos/ clubes							
Ninguno	538 (64,97)	52 (54,16)	0,65 (0,41-1,02)	35 (70,00)	1,19 (0,62-2,33)	26 (68,42)	1,11 (0,53-2,36)
Uno	202 (24,39)	27 (28,12)	1,24 (0,75-2,04)	10 (20,00)	0,76 (0,35-1,60)	8 (21,05)	0,81 (0,34-1,88)
Dos	50 (6,03)	8 (8,33)	1,44 (0,61-3,27)	4 (8,00)	1,33 (0,39-4,05)	3 (7,89)	1,31 (0,31-4,65)
Tres	23 (2,77)	6 (6,25)	2,37 (0,84-6,34)	1 (2,00)	0,70 (-)	1 (2,63)	0,93 (-)
Tareas en el hogar							
Ninguna	58 (7,00)	9 (9,37)	1,39 (0,62-3,02)	6 (12,00)	1,81 (0,66-4,65)	5 (13,15)	2,01 (0,66-5,65)
Una	155 (18,71)	21 (21,87)	1,23 (0,71-2,11)	13 (26,00)	1,97 (0,97-3,95)	6 (15,78)	0,81 (0,30-2,08)
Dos	240 (8,98)	19 (19,79)	0,61 (0,35-1,06)	15 (30,00)	1,05 (0,53-2,02)	13 (34,21)	1,27 (0,60-2,64)
Tres	373 (45,04)	46 (47,91)	1,56 (0,99-2,45)	16 (32,00)	0,57 (0,30-1,09)	14 (36,84)	0,71 (0,34-1,45)
Amigos íntimos							
Ninguno	17 (2,05)	6 (6,25)	3,16* (1,08-8,79)	2 (4,00)	1,98 (0,00-9,29)	5 (13,15)	7,18* (2,17-22,40)
Uno	97 (11,71)	11 (11,45)	0,97 (0,47-1,95)	6 (12,00)	1,02 (0,38-2,58)	6 (15,78)	1,40 (0,51-3,63)
Dos	378 (45,65)	46 (47,91)	1,08 (0,69-1,65)	26 (52,00)	1,28 (0,69-2,34)	18 (47,36)	1,06 (0,53-2,13)
Tres	331 (39,97)	33 (34,37)	0,78 (0,49-1,24)	16 (32,00)	0,70 (0,36-1,33)	9 (23,68)	0,46 (0,20-1,03)
Participación con amigos							
Ninguna	52 (6,28)	9 (9,18)	1,53 (0,68-3,35)	4 (8,00)	1,29 (0,38-3,92)	8 (21,05)	3,94* (1,58-9,56)
Una	254 (30,67)	58 (59,18)	3,41* (2,16-5,39)	27 (54,00)	2,62* (1,42-4,84)	12 (31,57)	1,03 (0,48-2,17)
Dos	514 (62,07)	29 (29,59)	0,26 (0,16-0,42)	19 (38,00)	0,37 (0,20-0,68)	18 (47,36)	0,54 (0,27-1,08)
Tres	1 (0,12)	0 (0,00)	0,00 (0,00-149,3)	0 (0,00)	0,00 (0,00-289,3)	0 (0,00)	0,00 (0,00-382,8)
Hacer cosas por uno mismo							
Ninguno	44 (5,31)	11 (11,45)	2,34* (1,09-4,90)	6 (12,00)	2,40 (0,87-6,29)	9 (23,68)	5,47* (2,25-13,00)
Uno	573 (69,20)	56 (58,33)	0,64 (0,40-1,01)	33 (66,00)	0,84 (0,44-1,60)	26 (68,42)	0,93 (0,44-2,00)
Dos	202 (24,39)	27 (28,12)	1,23 (0,75-2,03)	11 (22,00)	0,86 (0,41-1,79)	3 (7,89)	0,26* (0,06-0,90)
Tres	1 (0,12)	0 (0,00)	0,00 (0,00-152,4)	0 (0,00)	0,00 (0,00-288,9)	0 (0,00)	0,00 (0,00-282,8)

OR=odds ratio; \*=significación

En cuanto a la variable Sexo, las mujeres obtuvieron valores *odds ratios* (OR=1,39, 1,87 y 1,96) superiores a los hallados para los hombres (OR=0,72, 0,54 y 0,51) en los grupos de otras psicopatologías, ansiedad social específica y ansiedad social generalizada, respectivamente, sin llegar a ser significativas estas diferencias en los valores. Del mismo modo, en relación a la variable Trabajo los jóvenes sin trabajo mostraron valores *odds ratios* (OR=1,87, 1,63 y 1,02) mayores que los obtenidos por los adolescentes con trabajo (0,53, 0,61 y 0,98) en los grupos de otras psicopatologías, ansiedad social específica y ansiedad social generalizada, respectivamente, aunque estas diferencias en los valores no resultaron significativas. Por último, los resultados relativos a la variable Curso escolar señalan que el grupo de jóvenes procedente de Ciclos Formativos mostró valores *odds ratios* (OR=1,96, 1,57 y 1,73 para los grupos otras psicopatologías, ansiedad social específica y ansiedad social generalizada, respectivamente) superiores a los encontrados dentro de los dos grupos de Bachillerato y Educación Secundaria Obligatoria; no obstante, estas diferencias en los valores no han sido significativas.

Entre las competencias, valoradas cualitativamente, tiene efecto significativo en la probabilidad de manifestar algún trastorno psicopatológico la competencia Juegos/pasatiempos en relación con el grupo de jóvenes con otras psicopatologías, donde los adolescentes que informan de ningún juego o pasatiempo han mantenido una diferencia significativa (OR=0,21) respecto a los que mantienen uno, dos o tres juegos. Los que informan de un solo juego o pasatiempo dentro del grupo con otras psicopatologías muestran un valor *odds ratio* (OR=1,25) mayor al mostrado en los grupos con ansiedad social específica (OR=0,82) y generalizada (OR=1,39) sin llegar a ser significativa esta diferencia en los valores. Los adolescentes que disfrutaban de dos juegos o pasatiempos tuvieron valores *odds ratios* en los grupos con ansiedad social específica y generalizada superiores (OR=1,66 y 1,65 respectivamente) al presentado por el grupo con otras psicopatologías (OR=1,10), aunque estas diferencias no fueron significativas. Por otra parte, las variables Amigos íntimos y Hacer cosas por uno mismo tienen un efecto significativo en la probabilidad de padecer algún problema psicopatológico con respecto a los grupos de jóvenes con otras psicopatologías y el de adolescentes con ansiedad social generalizada. Los jóvenes que informan de ningún amigo íntimo obtienen valores *odds ratios* en el grupo con otras psicopatologías (OR=3,16) y con ansiedad social generalizada (OR=7,18) significativamente mayores al mostrado por el grupo con ansiedad social específica (OR=1,98). Del mismo modo, los adolescentes que no hacen

cosas por sí mismos en el grupo con otras psicopatologías y con ansiedad social generalizada mantienen diferencias significativas (OR=2,34 y 5,47 respectivamente) respecto al grupo con ansiedad social específica (OR=2,40). Respecto a la competencia Participación con amigos destaca el valor *odds ratio* (OR=3,94) presentado por los jóvenes con ansiedad social generalizada que informan de ninguna participación con los amigos; este valor fue significativamente mayor a los encontrados en el grupo con otras psicopatologías (OR=1,53) y con ansiedad social específica (OR=1,29). Los adolescentes que muestran una participación con sus amigos han mostrado valores *odds ratios* significativamente mayores en los grupos con otras psicopatologías y con ansiedad social específica (OR=3,41 y 2,62 respectivamente) al hallado en el grupo con ansiedad social generalizada (OR=1,03).

Por último, las competencias Actividades deportivas, Equipos/clubes y Tareas en el hogar no han ejercido efectos significativos en la probabilidad de presentar algún trastorno psicopatológico entre los tres grupos de jóvenes (con otras psicopatologías, ansiedad social específica y ansiedad social generalizada) en todos sus niveles; no obstante, los adolescentes que informan de ninguna actividad deportiva han obtenido valores *odds ratios* superiores (OR=1,72, 1,81 y 4,11 para los grupos con otras psicopatologías, ansiedad social específica y ansiedad social generalizada, respectivamente) a los encontrados en los que realizan una, dos o tres actividades, aunque estas diferencias no han sido significativas. Por su parte, los jóvenes que no pertenecen a equipos/clubes y los que sí pertenecen a dos de ellos presentan valores *odds ratios* superiores que el resto (los que informan de uno o tres equipos/clubes) en los grupos con ansiedad social específica (OR=1,19 y 1,33 respectivamente) y generalizada (OR=1,11 y 1,31 respectivamente), aunque estas diferencias no han sido significativas. Los jóvenes que pertenecen a tres equipos/clubes dentro del grupo con otras psicopatologías obtienen un valor *odds ratio* (OR=2,37) superior (sin ser significativo) al encontrado en los que informan de ninguno, uno o dos equipos/clubes. Los adolescentes del grupo con ansiedad social generalizada que no realizan tareas en el hogar muestran un valor *odds ratio* (OR=2,01) superior a los hallados en los sujetos que mantienen una, dos o tres tareas, aunque este valor no fue significativo; los del grupo de ansiedad social específica que ejercen una tarea en el hogar muestran un valor *odds ratio* (OR=1,97) mayor a los mostrados por los que informan de ninguna, dos o tres tareas, careciendo este valor de significación. Los jóvenes del grupo con otras psicopatologías que presentan tres tareas en el hogar obtienen un valor *odds ratio* (OR=1,56) superior a los presentados por los que informan de ninguna, una o dos tareas.

La Tabla 28 muestra el número y prevalencia de los diferentes índices clínicos en los cuatro grupos en los que fueron divididos los adolescentes. Además se ofrecen las *odds ratios* de cada uno de esos índices. Las *odds ratios* en esta tabla indican la probabilidad de que los casos incluidos en cada grupo presenten niveles clínicos en los índices estudiados, comparada con la probabilidad de que los presenten los controles.

**Tabla 28.** Prevalencia y *odds ratios* de distintos índices clínicos con los grupos de ansiedad social específica y generalizada y otras patologías respecto al control.

Instrumento Índices clínicos	Grupo						
	Control		Ps	ASE		ASG	
	n (%)	n (%)	OR (IC 95%)	n (%)	OR (IC 95%)	n (%)	OR (IC 95%)
YSR/11-18	17 (2,05)	33 (34,37)	24,98* (13,19-47,33)	11 (22,00)	13,45* (5,90-30,66)	10 (26,31)	17,03* (7,15-40,55)
Problemas afectivos	30 (3,62)	27 (28,12)	10,40* (5,85-18,50)	13 (26,00)	9,34* (4,50-19,38)	10 (26,31)	9,50* (4,23-21,33)
Problemas somáticos	33 (3,98)	28 (29,16)	9,92* (5,66-17,38)	8 (16,00)	4,58* (1,99-10,54)	4 (10,52)	2,83 (0,95-8,45)
Problemas de atención/ hiperactividad	31 (3,74)	19 (19,79)	6,34* (3,42-11,75)	6 (12,00)	3,50* (1,39-8,84)	2 (5,26)	1,42 (0,32-6,20)
Problemas de conducta	26 (3,14)	52 (54,16)	36,45* (20,82-63,82)	3 (6,00)	1,96 (0,57-6,74)	1 (2,63)	0,83 (0,11-6,31)
Ansiedad/depresión	16 (1,93)	29 (30,20)	21,96* (11,36-42,46)	13 (26,00)	17,83* (7,99-39,78)	11 (28,94)	20,67* (8,76-48,76)
Retraimiento	36 (4,34)	36 (37,50)	13,20* (7,75-22,45)	13 (26,00)	7,73* (3,78-15,79)	16 (42,10)	16,00* (7,74-33,05)
Síntomas somáticos	52 (6,28)	38 (39,58)	9,77* (5,95-16,05)	11 (22,00)	4,20* (2,03-8,69)	7 (18,42)	3,37* (1,41-8,01)
Problemas sociales	36 (4,34)	32 (33,33)	11,00* (6,41-18,87)	15 (30,00)	9,42* (4,72-18,81)	10 (26,31)	7,85* (3,54-17,40)
Problemas de pensamiento	42 (5,07)	39 (40,65)	12,80* (7,67-21,36)	12 (24,00)	5,91* (2,87-12,13)	7 (18,42)	4,22* (1,75-10,15)
Problemas de atención	25 (3,01)	17 (17,70)	6,91* (3,57-13,34)	7 (14,00)	5,22* (2,14-12,76)	5 (13,15)	4,86* (1,75-13,51)
Conducta delincente o de ruptura de normas	19 (2,29)	49 (51,04)	44,39* (24,22-81,36)	2 (4,00)	1,77 (0,40-7,83)	0 (0,00)	-
Comportamiento agresivo	70 (8,45)	75 (78,12)	38,67* (22,48-66,51)	8 (16,00)	2,06 (0,93-4,56)	6 (15,78)	2,03 (0,82-5,02)
Otros problemas	17 (2,05)	19 (19,79)	11,77* (5,87-23,58)	4 (8,00)	4,14* (1,34-12,82)	3 (7,89)	4,08* (1,14-14,60)
Síndromes internalizantes	5 (0,60)	44 (45,83)	139,27* (53,0-366,1)	12 (24,00)	51,97* (17,4-155,0)	13 (34,21)	85,59* (28,3-258,5)
Síndromes externalizantes	0 (0,00)	66 (68,75)	-	4 (8,00)	-	2 (5,26)	-
Total YSR	0 (0,00)	58 (60,41)	-	13 (26,00)	-	6 (15,78)	-

OR=*odds ratio*; \*=significación

(Continuación)

**Tabla 28.** (Continuación)

Instrumento	Grupo						
	Control		Ps	ASE		ASG	
	n	n	OR	n	OR	n	OR
Índices clínicos	(%)	(%)	(IC 95%)	(%)	(IC 95%)	(%)	(IC 95%)
LSAS	41	12	2,74*	13	6,74*	21	23,71*
Ansiedad en actuaciones públicas	(4,95)	(12,50)	(1,38-5,42)	(26,00)	(3,33-13,65)	(55,26)	(11,6-48,34)
Evitación de situaciones públicas	44	10	2,07	10	4,45*	18	16,03*
	(5,31)	(10,41)	(1,00-4,26)	(20,00)	(2,09-9,49)	(47,36)	(7,92-32,47)
Ansiedad de situaciones de interacción social	44	10	2,07	16	8,38*	22	24,50*
	(8,56)	(11,22)	(1,00-4,26)	(32,00)	(4,30-16,34)	(57,89)	(12,0-49,93)
Evitación de situaciones de interacción social	41	13	3,00*	10	4,79*	19	19,19*
	(4,95)	(13,54)	(1,54-5,83)	(20,00)	(2,24-10,26)	(50,00)	(9,44-39,01)
Total de ansiedad social	36	9	2,27*	13	7,73*	23	33,73*
	(4,34)	(9,37)	(1,06-4,88)	(26,00)	(3,78-15,79)	(60,52)	(16,23-70,0)
Total de evitación social	40	9	2,03	8	3,75*	17	15,94*
	(4,83)	(9,37)	(0,95-4,34)	(16,00)	(1,65-8,52)	(44,73)	(7,80-32,56)
Total de ansiedad y evitación social	35	10	2,63*	10	5,66*	21	27,98*
	(4,22)	(10,41)	(1,26-5,50)	(20,00)	(2,61-12,24)	(55,26)	(13,57-57,7)
SAD	35	9	2,34*	15	9,71*	22	31,15*
Evitación y malestar social	(4,22)	(9,37)	(1,09-5,03)	(30,00)	(4,85-19,42)	(57,89)	(15,0-64,48)
FNE	33	8	2,19	10	6,02*	14	14,05*
Miedo a la evaluación negativa	(3,98)	(8,33)	(0,98-4,89)	(20,00)	(2,77-13,08)	(36,84)	(6,66-29,61)
MMPI-A	140	6	0,34*	5	0,52	7	1,07
Mentira-L	(16,90)	(6,25)	(0,14-0,79)	(10,00)	(0,20-1,35)	(18,42)	(0,46-2,48)
Incoherencia-F	181	42	3,61*	24	3,40*	12	1,62
	(21,85)	(43,75)	(2,22-5,87)	(48,00)	(1,83-6,31)	(31,57)	(0,78-3,36)
Corrección-K	136	3	0,16	1	0,09	3	0,41
	(16,42)	(3,12)	(0,05-0,54)	(2,00)	(0,01-0,69)	(7,89)	(0,12-1,35)
Hipocondría-Hs	74	30	4,87*	11	2,77*	6	1,79
	(8,93)	(3,12)	(2,95-8,04)	(22,00)	(1,36-5,66)	(15,78)	(0,72-4,44)
Depresión-D	118	22	1,74*	15	2,53*	16	4,19*
	(14,25)	(22,91)	(1,03-2,94)	(30,00)	(1,32-4,84)	(42,10)	(2,10-8,32)
Histeria-Hy	109	22	2,00*	5	0,70	8	1,63
	(13,16)	(22,91)	(1,18-3,38)	(10,00)	(0,27-1,82)	(21,05)	(0,72-3,67)
Desviación psicopática-Pd	42	27	7,99*	7	2,86*	3	1,51
	(5,07)	(28,12)	(4,59-13,88)	(14,00)	(1,21-6,75)	(7,89)	(0,44-5,13)
Masculinidad-Feminidad-Mf	34	7	1,90	6	3,18*	5	3,42*
	(4,50)	(8,24)	(0,74-4,67)	(13,04)	(1,13-8,52)	(13,89)	(1,09-9,99)
Paranoia-Pa	116	36	4,02*	9	1,35	13	3,08*
	(14,00)	(37,50)	(2,51-6,43)	(18,00)	(0,63-2,86)	(34,21)	(1,52-6,23)
Psicastenia-Pt	29	23	9,27*	13	8,87*	9	7,90*
	(3,50)	(23,95)	(5,05-17,00)	(26,00)	(4,25-18,51)	(23,68)	(3,41-18,26)
Esquizofrenia-Sc	80	34	5,55*	14	3,57*	8	2,33*
	(9,66)	(35,41)	(3,39-9,10)	(28,00)	(1,83-6,98)	(21,05)	(1,02-5,30)

OR=odds ratio; \*=significación

(Continuación)

**Tabla 28.** (Continuación)

Instrumento	Grupo						
	Control		Ps	ASE		ASG	
	n	n	OR	n	OR	n	OR
Índices clínicos	(%)	(%)	(IC 95%)	(%)	(IC 95%)	(%)	(IC 95%)
Hipomanía-Ma	30 (3,62)	19 (19,79)	6,91* (3,69-12,93)	4 (8,00)	2,16 (0,73-6,41)	3 (7,89)	2,15 (0,62-7,39)
Introversión social-Si	23 (2,77)	11 (11,45)	4,71* (2,20-10,06)	8 (16,00)	6,02* (2,53-14,29)	17 (44,73)	24,99* (11,65-53,5)
Ansiedad-ANX	35 (4,22)	21 (21,87)	6,53* (3,60-11,85)	8 (16,00)	4,09* (1,78-9,37)	5 (13,15)	3,25* (1,19-8,84)
Obsesividad-OBS	30 (3,62)	20 (20,83)	7,38* (3,97-13,71)	9 (18,00)	5,62* (2,49-12,66)	8 (21,05)	6,72* (2,83-15,94)
Depresión-DEP	58 (7,00)	34 (35,41)	7,28* (4,41-12,02)	11 (22,00)	3,79* (1,83-7,85)	14 (36,84)	7,56* (3,69-15,48)
Preocupaciones por la salud-HEA	150 (18,11)	37 (38,54)	3,45* (2,13-5,57)	12 (24,00)	1,39 (0,70-2,76)	6 (15,78)	0,79 (0,32-1,94)
Alienación-ALN	80 (9,66)	32 (33,33)	5,12* (3,12-8,40)	13 (26,00)	3,03* (1,55-5,95)	12 (31,57)	4,15* (2,00-8,58)
Pensamiento extravagante-BIZ	84 (10,14)	38 (39,58)	6,07* (3,78-9,76)	10 (20,00)	2,23* (1,07-4,64)	5 (13,15)	1,32 (0,50-3,49)
Hostilidad-ANG	41 (4,95)	25 (26,04)	6,74* (3,86-11,75)	6 (12,00)	2,55* (1,03-6,35)	4 (10,52)	2,15 (0,73-6,37)
Cinismo-CYN	34 (4,10)	22 (22,91)	6,94* (3,86-12,48)	4 (8,00)	2,03 (0,69-5,96)	3 (7,89)	2,00 (0,58-6,83)
Problemas de conducta-CON	46 (5,55)	19 (19,79)	4,32* (2,39-7,78)	4 (8,00)	1,42 (0,49-4,14)	4 (10,52)	1,84 (0,62-5,42)
Baja autoestima-LSE	26 (3,14)	19 (19,79)	7,62* (4,02-14,44)	5 (10,00)	3,20* (1,17-8,75)	12 (31,57)	13,86* (6,28-30,59)
Bajas aspiraciones-LAS	57 (6,88)	13 (13,54)	2,18* (1,14-4,17)	7 (14,00)	2,05 (0,88-4,76)	8 (21,05)	3,35* (1,47-7,66)
Malestar social-SOD	67 (8,09)	14 (14,58)	1,95* (1,05-3,64)	16 (32,00)	5,06* (2,65-9,65)	18 (47,36)	10,19* (5,10-20,35)
Problemas familiares-FAM	102 (12,31)	37 (38,54)	4,73* (2,95-7,60)	8 (16,00)	1,31 (0,59-2,89)	9 (23,68)	2,21* (1,01-4,86)
Problemas escolares-SCH	24 (2,89)	17 (17,70)	7,30* (3,61-14,74)	2 (4,00)	1,05 (0,23-4,48)	4 (10,52)	3,04 (0,97-9,54)
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	49 (5,91)	19 (19,79)	4,14* (2,29-7,46)	10 (20,00)	3,81* (1,78-8,14)	14 (36,84)	8,01* (3,89-16,46)

OR=odds ratio; \*=significación

En este caso, la mayoría de los índices clínicos ejerce un efecto significativo en la probabilidad de sufrir algún problema psicopatológico (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías). Este hecho ha sido acentuado en mayor medida en el grupo de jóvenes con otras psicopatologías (todos los índices excepto 8) y en menor grado en los grupos de adolescentes con ansiedad social específica (todos los índices salvo 16) y con ansiedad social generalizada (todos los índices salvo 20), en comparación con el grupo

control. Concretamente, todos los índices clínicos han tenido un efecto significativo en la probabilidad de padecer algún problema psicopatológico dentro del grupo de adolescentes con otras psicopatologías, salvo los índices Síndromes externalizantes, Total YSR, Evitación de situaciones en público, Ansiedad en situaciones de interacción social, Total de evitación social, Miedo a la evaluación negativa, Corrección-K y Masculinidad-Feminidad-Mf. En segundo lugar, la mayoría de los índices ha ejercido un efecto significativo en la probabilidad de sufrir algún trastorno psicopatológico dentro del grupo de jóvenes con ansiedad social específica, excepto Problemas de conducta, Conducta delincuente o de ruptura de normas, Comportamiento agresivo, Síndromes externalizantes, Total YSR, Mentira-L, Corrección-K, Histeria-Hy, Paranoia-Pa, Hipomanía-Ma, Preocupaciones por la salud-HEA, Cinismo-CYN, Problemas de conducta-CON, Bajas aspiraciones-LAS, Problemas familiares-FAM y Problemas escolares-SCH. Del mismo modo, una mayor parte de los índices clínicos ha mostrado un efecto significativo en la probabilidad de sufrir algún problema psicopatológico dentro del grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada, salvo Problemas somáticos, Problemas de atención/hiperactividad, Problemas de conducta, Conducta delincuente o de ruptura de normas, Comportamiento agresivo, Síndromes externalizantes, Total YSR, MentiraL, Incoherencia-K, Corrección-K, HipocondríaHs, Histeria-Hy, Desviación psicopática-Pd, Hipomanía-Ma, Preocupaciones por la salud-HEA, Pensamiento extravagante-BIZ, Hostilidad-ANG, Cinismo-CYN, Problemas de conducta-CON y Problemas escolares-SCH.

## ***CAPÍTULO VII***

### ***DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES***

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se ha visto en el capítulo anterior, los resultados obtenidos fueron analizados a diferentes niveles de acuerdo con los objetivos pretendidos y las hipótesis planteadas en esta investigación. A continuación se procederá a la discusión y al análisis de estos resultados, comparándolos con los obtenidos en estudios anteriores realizados con adultos y adolescentes, procedentes tanto de países anglosajones como de lengua española. Primero, se efectuará una justificación de la realización de este tipo de estudio. Segundo, se analizarán y se discutirán las características descriptivas de las distintas variables (demográficas, competencias, categorías y escalas DSM del YSR/11-18, escalas de validez, básicas y de contenido del MMPI-A y variables de ansiedad social) empleadas en la presente investigación. Tercero, se analizarán las diferencias y similitudes encontradas entre los dos grupos de ansiedad social (ansiedad social específica y ansiedad social generalizada) respecto a dichas variables evaluadas, y se discutirán las implicaciones de estos hallazgos. Cuarto, se analizará, por una parte, la comorbilidad encontrada entre el grupo de ansiedad social frente al resto de los jóvenes con determinados índices clínicos y, por otra, la encontrada entre el grupo de ansiedad social específica frente al grupo de ansiedad social generalizada con dichos índices clínicos. Quinto, se discutirán las diferencias y semejanzas, obtenidas por el análisis comparativo, entre el grupo de ansiedad social (específica o generalizada) y otros grupos sin ansiedad social (grupo con otras psicopatologías y control). Por último, se hará un análisis de la prevalencia y de las *odds ratios* encontradas en las distintas variables evaluadas para los tres grupos: ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías respecto al grupo control. A continuación se ofrecen los principales motivos para efectuar este tipo de investigación.

## 1. Justificación de la realización del estudio

Dentro de los trastornos de ansiedad, la ansiedad o fobia social ha cobrado importancia en los últimos años, especialmente en lo que se refiere a la especificación exacta del nombre de este problema (fobia social o trastorno de ansiedad social) y al estudio de las características de sus dos formas, específica y generalizada, para una mejor diferenciación de las mismas. El alcance de este último objetivo está justificado por el hecho de que distintos manuales de clasificación de los trastornos psicopatológicos, especialmente el DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR no han dado cabida a la distinción entre estas formas. Así, esta distinción se ha basado en un criterio estrictamente cuantitativo pero poco claro, por la falta de operacionalización de la expresión “miedo a la mayoría de las situaciones sociales” que define a la forma generalizada de este trastorno. Esta limitación dificulta la distinción entre los dos subtipos (específico y generalizado), llevando a la confusión a la hora de determinar una categoría u otra. Por consiguiente, cada investigador o grupo de investigación, propondrá un criterio de separación que responda a sus objetivos e intereses, tal como hemos visto en la revisión realizada en el primer capítulo. Este hecho lleva a la acumulación de una amplia gama de resultados, muchas veces contradictorios, careciendo de un criterio aceptado universalmente que sirva para integrarlos. Con respecto a la denominación exacta de este problema, casi siempre se trató al mismo como una fobia, aunque en la actualidad la mayoría de los estudios lo denomina como un complejo trastorno de ansiedad social, tal como se ha expuesto en el primer capítulo, coincidiendo con el DSM-IV y DSM-IV-TR. Quizás futuros esfuerzos deberían preocuparse en profundizar en esta problemática con el objetivo de especificar una nomenclatura adecuada y precisa a este problema frecuente, tanto en población adulta como juvenil.

En la última década, una variedad de estudios epidemiológicos realizados en su mayoría con muestras clínicas de población adulta, se han preocupado de abordar la problemática de la distinción entre los dos subtipos de la fobia y ansiedad social (específica y generalizada). Se han estudiado aspectos tales como las tasas de prevalencia, factores sociodemográficos o de comorbilidad, asociados a la ansiedad social específica y generalizada de los adultos, con el objetivo de profundizar en la diferenciación de dichos subtipos. Las tasas de prevalencia han sido distintas de unos trabajos a otros, dependiendo del tipo de muestra utilizada (comunitaria o clínica) y de su procedencia (norteamericana, española u occidental frente a oriental). Por su parte, la prevalencia relativa a los dos subtipos, específico y generalizado, de la ansiedad social también ha mostrado grandes oscilaciones de unos

estudios a otros, tal como se ha expuesto en el primer capítulo. Parece ser que existe una cierta coincidencia en la mayoría de los trabajos relativos al perfil sociodemográfico de las personas aquejadas del problema de ansiedad social, especialmente en lo que se refiere al sexo, edad de inicio, nivel socioeducativo y de ingresos, estado civil, trabajo, etc. No obstante, la mayoría de los resultados se han obtenido en muestras de población adulta. Por esa razón, el estudio de estas variables sociodemográficas en muestras de jóvenes con ansiedad social resulta de interés para la comunidad científica. Además, sería de utilidad detectar si existen características demográficas diferenciales entre las formas específica y generalizada de la ansiedad social. A modo de conclusión, dichos estudios ponen de manifiesto que el trastorno de ansiedad social se asocia con frecuencia a otros trastornos psicopatológicos como los relacionados con el estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y los relativos al abuso y consumo de sustancias, tal como se reflejó en el segundo capítulo. No obstante, la distinción entre las dos formas, específica y generalizada, en cuanto a la asociación con otras psicopatologías ha sido un tema poco analizado. La mayoría de los trabajos referentes a los aspectos anteriores se han realizado desde una perspectiva cuantitativa, donde la diferenciación entre las dos formas de ansiedad social variaba de un estudio a otro. En general, existen pocos datos al respecto en población adulta y, además, muchas veces estos no son congruentes. Por su parte, los estudios realizados al respecto en población adolescente son muy escasos y los datos existentes no sólo carecen de claridad, sino que muchas veces son contradictorios. En esta línea, la mayor parte de los escasos estudios de comorbilidad entre la ansiedad social, específica y generalizada, y otros trastornos ha tenido lugar en muestras de sujetos adultos anglosajones, y muy pocos en muestras de niños o jóvenes españoles. De aquí surge la necesidad de replicar los trabajos realizados con muestras adultas en población juvenil.

Los sujetos elegidos en la presente investigación formaron parte de una muestra comunitaria extraída mediante un muestreo incidental de la población general adolescente de la provincia de Granada. En esta muestra había estudiantes de enseñanza obligatoria y jóvenes de edades más avanzadas. La ventaja de optar por una muestra comunitaria reside en contar con una población normal donde las conclusiones que se consigan se podrían generalizarse al resto de la población de los jóvenes. Como inconveniente, no contamos con una muestra de pacientes de una población clínica que permitiría estudiar las características de la fobia social grave; es decir, las conclusiones que se puedan obtener con la población adolescente

comunitaria no son válidas para la población clínica de los jóvenes en evaluación o tratamiento por sus problemas de ansiedad social.

En cuanto a la metodología utilizada, se optó por una muestra amplia de sujetos jóvenes evaluados en diversos centros de enseñanza. Para la recogida de datos se usó la técnica del autoinforme que indaga sobre los aspectos internalizados de los adolescentes y que posibilita el reconocimiento del problema por parte de ellos. Esta técnica fue la única que se practicó para recabar datos a cerca de determinadas áreas de los jóvenes. Todos los instrumentos utilizados son pruebas estandarizadas y se disponen de estudios sobre su adecuada fiabilidad y validez, tal como se expuso en el sexto capítulo. La recogida de los datos fue amplia y se realizó en función de los distintos objetivos que se han establecido, lo que permitió realizar varios análisis estadísticos, dependiendo de cada uno de los cuatro objetivos detallados en el quinto capítulo. Los instrumentos utilizados permitieron la determinación de los casos mediante los puntos de corte, considerando su estructura y haciendo uso de distintos criterios. Como resultado, se formaron los cuatro grupos de jóvenes: ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y control. Los dos primeros grupos nos sirvieron para estudiar las diferencias y similitudes en variables sociodemográficas, competencias e índices clínicos, y la comorbilidad con otros trastornos e índices. Por su parte, la formación del grupo de otras psicopatologías y el grupo control posibilitó el análisis de las diferencias y similitudes entre los cuatro grupos comentados. Asimismo, permitió ofrecer la prevalencia en la muestra y las *odds ratios* de cada una de las variables demográficas, de competencias e índices clínicos de los tres grupos psicopatológicos (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías) respecto al grupo control.

## **2. Características de las distintas variables del estudio**

Se seleccionó incidentalmente una muestra amplia de estudiantes jóvenes desde 13 centros de enseñanza de la provincia de Granada y, de acuerdo con los objetivos de este estudio y del diseño cuasi experimental elegido para alcanzarlos, descartaron como participantes en el estudio los jóvenes que negaron a contestar a las pruebas y los que dejaron de contestar pasado un tiempo. Como consecuencia del procedimiento de selección de los jóvenes escolarizados, se contó finalmente con una muestra total de 1012 sujetos, constituida por 430 hombres y 582 mujeres. En comparación con los estudios realizados sobre la ansiedad social en jóvenes, nuestra muestra fue amplia, incluyendo a un número suficiente para ambos sexos. En la muestra estaban representados los jóvenes españoles pertenecientes

a dos franjas de edad: desde los 13 hasta los 16 años y desde los 17 hasta los 19 años, es decir, el espectro de edades posibles de los adolescentes y jóvenes menores de edad. Esto nos debería ayudar a obtener conclusiones generales para la totalidad de la población de adolescentes de la Provincia de Granada. Los estudios de Bregado *et al.* (1996) y Olivares (2004b) constituyen un ejemplo de trabajos que emplearon una muestra de adolescentes españoles con edades parecidas a las elegidas por nosotros, ya que escogieron jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años. En otros trabajos no españoles, como el de Albano *et al.* (1995), también se seleccionaron adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 17 años de edad. Los jóvenes procedían en su totalidad del medio escolar, constituyendo tres grupos en función del tipo de escolarización: Ciclo Formativo Bachillerato y Educación Secundaria Obligatoria. En esta línea, los estudios de Magee *et al.* (1996) y Weiller *et al.* (1996) hacen uso de muestras procedentes del medio escolar. Asimismo, en el trabajo de Bregado *et al.* (1996), los participantes fueron jóvenes españoles evaluados en su medio escolar. Por otra parte, se encontró un porcentaje escaso de jóvenes (8,50%) que desempeñaban algún tipo de trabajo, lo que no debe extrañar por la condición de estudiantes de los sujetos participantes en el estudio; de hecho, la mayoría de ellos solo se dedicaban a la actividad académica. Por último, algo menos que un tercio de la muestra (29,25%) mantenían una relación de pareja. En cualquier caso, el hecho de que la mayoría de los jóvenes no tuviesen pareja se consideró un dato característico de su población de referencia.

Las competencias psicosociales de los jóvenes evalúan la participación y el éxito obtenido en una variedad de actividades y contextos sociales (habilidades deportivas, sociales y académicas). Estas competencias incluyen dos tipos de valoraciones: cuantitativas y cualitativas. En general, las medias de las distintas competencias, valoradas cuantitativamente, presentaron un nivel máximo casi en todas ellas menos en las competencias: Participación en grupos y Tiempo/manera de actividades deportivas, donde se obtuvo una media baja (por debajo de 1). Parece ser que los jóvenes granadinos manifiestan baja actividad relacionada con la participación en distintos grupos y dedican poco tiempo a la participación en actividades deportivas, realizándolos peor que el grupo de iguales. Así, la distribución de los jóvenes en las competencias, valoradas cualitativamente, señaló que un porcentaje alto de los adolescentes se distribuyen en los niveles uno, dos y tres de las mismas, excepto en la competencia Equipos/clubes, donde un 64,32% (casi dos tercios) informa el nivel ninguno en esta variable. Parece ser que los adolescentes granadinos manifiestan poco interés por pertenecer a determinadas organizaciones, clubes, equipos u otros grupos. Esto no es

contradictorio, ya que la realización de actividades en grupos no exige que estos estén organizados de forma institucional o formal. En este sentido, los adolescentes granadinos parecen preferir la realización de actividades en compañía de sus iguales, pero lejos de cualquier agrupación o equipo formal. Por su parte, la puntuación media de las categorías DSM fue por encima del valor 2 en todas ellas, salvo en la categoría Problemas somáticos, donde los jóvenes mostraron una puntuación media por debajo de esta cifra, pudiendo informar de una tasa baja de dificultades somáticas manifestada por los adolescentes granadinos. En el caso de las escalas derivadas del YSR/11-18, la puntuación media resultó por encima de 4 puntos en todas ellas, excepto en las escalas Retraimiento y Síntomas somáticos, donde se obtuvo una media más baja que este valor, lo que indicaría pocos problemas de retraimiento y somáticos presentes en los adolescentes granadinos.

En relación a las escalas de validez, básicas y de contenido del MMPI-A, tanto las medias como las desviaciones típicas resultaron más altas para las tres escalas de validez (Mentira, Incoherencia y Corrección) en el presente estudio que las encontrados por Butcher *et al.* (1992) y descritas en la adaptación española del MMPI-A a la población de los adolescentes, realizada por Jiménez-Gómez y Ávila-Espada (2003). Por su parte, las medias de la mayoría de las escalas básicas o clínicas de nuestro estudio fueron ligeramente superiores a las del estudio de Butcher *et al.* (1992). Las medias obtenidas en las escalas de contenido de nuestro estudio y del estudio de Butcher *et al.* (1992) no se distanciaron tanto, resultando superiores en algunas escalas del presente estudio e inferiores en otras. De todas maneras, las diferencias encontradas, tanto en las escalas básicas como de contenido, fueron leves. La falta de coincidencia en una parte de los resultados y la ligera oscilación en las medias y desviaciones típicas (por encima o por debajo) mostrada entre nuestro trabajo y el de Butcher *et al.* (1992) puede ser debida a las diferencias en cuanto al tamaño y a las características de edad y socioculturales de cada una de las muestras seleccionadas en los dos estudios. En nuestro estudio se eligió una muestra en la que la mayoría de los jóvenes eran del mismo origen étnico (nacionales de la provincia de Granada) y de edad comprendida entre los 13 y 19 años. Por su parte, la muestra de jóvenes seleccionados, de edad comprendida entre 14 y 18 años, en el estudio de Butcher *et al.* (1992) reunía a adolescentes de diversos orígenes étnicos (blancos, negros, asiáticos, indios americanos, hispanos y otros) de la población norteamericana, procedentes de distintos estados o ciudades (Filadelfia, Virginia, San Diego, Auburn y Washington).

Dentro de las variables de ansiedad social, la media encontrada para la variable Ansiedad ante la interacción social (SIAS) en la muestra de jóvenes del presente estudio es bastante menor que en otros estudios (Brown *et al.*, 1997; Heimberg *et al.*, 1992). Las diferencias en los resultados podrían ser debidas al tipo de muestra seleccionada. En nuestro estudio participaron estudiantes escolarizados de la población normal, mientras que en los trabajos anteriores se emplearon muestras de pacientes con ansiedad o fobia social. A pesar de eso, la SIAS fue capaz en discriminar las personas con ansiedad social de tipo generalizado (con mayores puntuaciones) de las del tipo específico, tanto en nuestro estudio como en el de Heimberg *et al.* (1992). Señalamos que existen pocos estudios que aportan datos sobre las medias de la variable Total de ansiedad social (LSAS), tanto en población adulta como adolescente, salvo el trabajo de Bobes *et al.* (1999), quienes informan de medias distintas a las encontradas por nosotros en el presente estudio. En el estudio de estos autores se seleccionó una muestra de adultos con ansiedad social, mientras que en el nuestro se escogió adolescentes escolarizados de la población normal, como ya se ha indicado. En cuanto a las medias de las variables Evitación y malestar social y Miedo a la evaluación negativa, se ha encontrado que son bastante parecidas a otros estudios como el de Villa *et al.* (1998), donde también se hizo uso de una muestra española no clínica. Sin embargo, las medias informadas por Oei *et al.* (1991), donde se empleó una muestra con pacientes de fobia social, fueron mayores a las del presente estudio. De nuevo, el tipo de muestra utilizada constituyó un indicador entre las similitudes y las diferencias presentadas entre las medias de dichas variables.

### **3. Formación de los dos grupos de ansiedad social**

Tal y como hemos señalado reiteradamente, la tarea de determinar subgrupos de ansiedad social es bastante compleja por múltiples razones, pero principalmente por la vaga conceptualización de la ansiedad social específica y de la ansiedad social generalizada, tanto en el DSM-III-R como en el DSM-IV o DSM-IV-TR. Concretamente, estos manuales de clasificación definen la ansiedad social generalizada como el miedo a la mayoría de las situaciones sociales sin especificar el número exacto de las mismas. Por ello, se han ido realizando diversos intentos por determinar un subtipo generalizado de la ansiedad social, distinto al subtipo específico. Como consecuencia, los diferentes estudios realizados difieren en cuanto al criterio utilizado para diferenciar ambas formas de la ansiedad social, dependiendo del juicio de los autores en cuestión (Furmark *et al.*, 2000; Heimberg y Holt,

1989; Kessler *et al.*, 1994; Schlenker y Leary, 1982; Stein, 1997; Stein *et al.*, 1998; Stein *et al.*, 2001; Stein y Chavira, 1998; Stein y Deutsch, 2003). Uno de los pocos trabajos que aplican un criterio que se acerca a la orientación cualitativa es el de Turner *et al.* (1992), quienes clasifican a las formas de ansiedad social en función del contenido de las situaciones de actuación e interacción social. En cualquier caso, sigue sin estar muy claro en los estudios con población adulta cual es el criterio que permite distinguir entre ansiedad social específica y generalizada. Hay tan sólo un trabajo, realizado por Quero *et al.* (2003) en población española, que tiene como objetivo delimitar los subtipos de fobia social, aunque está basado en una muestra clínica de una edad comprendida entre 18 y 63 años, con características distintas a la esta Tesis Doctoral. Estos autores definieron varios subtipos de fobia social: miedo a hablar en público, fobia social circunscrita y fobia social generalizada.

En población adolescente se han llevado a cabo tan sólo dos trabajos que pretendían delimitar subtipos de ansiedad social. El primero de ellos (Hofman *et al.*, 1999) hizo uso de una muestra clínica de 33 adolescentes con fobia social (con una edad media de 14,6), definiendo un primer subtipo como generalizado que recoge a los adolescentes que informan una moderada ansiedad (una puntuación de 4, siendo 8 la máxima) en todas las situaciones sociales más temidas por los mismos; cuando no se cumplía este criterio se consideraba ansiedad social no generalizada. Por su parte, el segundo estudio (Wittchen *et al.*, 1999) utilizó una muestra comunitaria de 3021 adolescentes y jóvenes adultos (de una edad comprendida entre 14 y 24 años), incluyendo a los sujetos en un subtipo generalizado sí cumplían los criterios diagnósticos del DSM-IV, presentaban temor a tres o más de las situaciones medidas por la M-CIDI (*Munich-Composite Internacional Diagnostic Interview*) (Wittchen y Pfister, 1997) e informaban que su miedo y evitación de estas situaciones se presentaban desde su inicio.

La multiplicidad y la poca claridad de los criterios de delimitación de las dos formas de la ansiedad social (específica y generalizada) empleados en muestras de la población adulta, la escasez de estudios realizados al respecto en población adolescente y la falta de coincidencia del tipo de muestra escogida entre los distintos estudios mencionados y el nuestro nos llevó a definir claramente nuestro propio criterio. Es decir, el criterio de formación de los grupos con ansiedad social que se aplicó en esta investigación fue establecido en función de la revisión realizada sobre los distintos criterios empleados en distintos trabajos, tanto en población adulta como adolescente, y en función de la muestra y de los instrumentos de evaluación que se han utilizado en el presente estudio.

Siguiendo un criterio estrictamente cuantitativo, se consideró necesario que los jóvenes, además de puntuar en la SIAS por encima de un punto de corte (la media más una y media desviación típica: 40,61 puntos), deberían manifestar una alta ansiedad ante un número determinado de situaciones sociales para ser categorizados en los dos grupos de ansiedad social. Aquellos que manifestaron una alta ansiedad a más de la mitad de las 20 situaciones de la SIAS, se consideran integrantes del grupo de ansiedad social generalizada. Los que manifestaban alta ansiedad a 10 ó menos situaciones integraron al grupo de ansiedad social específica. Estos criterios coincidieron parcialmente con los estudios de Quero *et al.* (2003) y Stein *et al.* (2001). El primero define a grupos de ansiedad social mediante el análisis de conglomerados de las situaciones de la ADIS-R (DiNardo *et al.*, 1985), mientras que el segundo ofrece un criterio cuantitativo basado en los criterios DSM-IV (especialmente en lo que se refiere a la conceptualización de la ansiedad social generalizada como el “miedo a la mayoría de las situaciones sociales”), incluyendo a las personas bajo la categoría de ansiedad social generalizada cuando manifestaban temor a siete o más situaciones sociales sobre doce (siendo la mitad de actuación y la otra de relación) y en otro no generalizado que recoge al resto de los individuos. Como resultado, se obtuvieron dos grupos; el primero contaba con 50 jóvenes y se denominó “ansiedad social específica” y el segundo recogía a 38 jóvenes y se reconoció por el nombre “ansiedad social generalizada”. La aplicación de este criterio cuantitativo permitió obtener un total de 88 personas con ansiedad social sobre los 1012 jóvenes seleccionados, lo que supone el 8,7%, de los cuales el 4,9% correspondía al grupo de “ansiedad social específica” y el 3,8% pertenecía al grupo de “ansiedad social generalizada”.

El porcentaje total (8,7%) (tasa de prevalencia) encontrado por nosotros es cercano a los porcentajes de otros estudios de muestras de adolescentes españoles, tales como el de Bragado *et al.* (1996), quienes informaron de un 6,3% de jóvenes con ansiedad social, o el reciente estudio de Olivares (2004b), quien encontró una tasa de prevalencia del 8,2%. En otros estudios, la prevalencia de la ansiedad social infanto-juvenil oscilaba entre el 1,6 y el 10% (Beidel y Turner, 1998; Essau *et al.*, 1999; Hayward *et al.*, 1998; Wittchen *et al.*, 1999), situándose el porcentaje que hemos encontrado en este rango. En el ámbito clínico, la tasa de prevalencia de la ansiedad social informada entre los jóvenes también se acerca a la que hemos hallado, siendo del 9% entre los que acuden a consulta (Strauss y Francis, 1989).

Por último, se analizó la distribución de la ansiedad social en la muestra en función de variables demográficas. Así, la diferencia de medias en las puntuaciones de la Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS) ha resultado significativa tan sólo en dos variables

demográficas: sexo y curso escolar. La media de las puntuaciones de las chicas adolescentes superó ligeramente a la de los chicos, siendo esta diferencia significativa estadísticamente, coincidiendo con Myers *et al.* (1984), quienes encuentran un predominio ligero de la ansiedad social en las mujeres frente a los hombres. En población comunitaria infantil y juvenil, distintos estudios indican que las chicas muestran niveles de ansiedad social más elevados que los varones (Anderson *et al.*, 1987; Clark *et al.*, 1994; Essau *et al.*, 1999; Inderbitzen, Walters y Bukowski, 1997; LaGreca y López, 1998; Olivares *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 1999). En esta línea, los trabajos de Crick y Ladd (1993), La Greca y Stone (1993) y Vernberg *et al.* (1992) informan que las chicas presentan niveles más altos de la ansiedad social que los chicos, especialmente en lo referente a su aspecto de evaluación social. La otra diferencia se encuentra respecto al curso académico, resultando también la media de los jóvenes procedentes de los Ciclos Formativos ligeramente superior a la del grupo formado por los adolescentes que provienen de 2º, 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria y de 1º y 2º de Bachillerato. Este resultado puede ser explicado por el hecho de que los alumnos que integran a los Ciclos Formativos requerirían aprender una serie de habilidades prácticas y ponerlas en marcha para desempeñar un funcionamiento social adecuado; las evaluaciones realizadas en muchos de estos Ciclos Formativos (hostelería, peluquería, etc.) suelen ser exposiciones públicas de estas habilidades. Además de los conocimientos es importante hacer gala de ciertas destrezas o habilidades interpersonales, lo que llevaría a estos alumnos a mostrarse sensibles a la evaluación en el momento de responder a los cuestionarios. En esta línea, Magee *et al.* (1996) encuentran diferencias en la ansiedad social relativas al nivel de estudios. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de realizar más estudios en la población juvenil referentes a la influencia de determinadas variables sociodemográficas en la ansiedad social de los adolescentes.

#### **4. Diferencias y similitudes entre la ansiedad social específica y generalizada**

El primer objetivo de la presente investigación fue establecer las diferencias y similitudes entre adolescentes con ansiedad social específica y ansiedad social generalizada en relación a variables demográficas, de competencias e índices clínicos. Para ello, se consideraron cuatro hipótesis derivadas de este primer objetivo y que se relacionan con cada una de las variables dependientes evaluadas por los siguientes instrumentos: YSR/11-18, LSAS, SAD, FNE y MMPI-A.

La primera hipótesis defiende que en el grupo de jóvenes estudiado será mayor la prevalencia de la ansiedad social específica que la de la ansiedad social generalizada. Efectivamente, la tasa de prevalencia encontrada en nuestro estudio ha sido mayor en el caso del grupo de jóvenes con ansiedad social específica (4,9%) que el grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada (3,7%), siendo estos porcentajes parecidos a los encontrados en un estudio reciente realizado por Olivares (2004b), donde se ha detectado un porcentaje de 3% y de 5,4% de adolescentes con ansiedad social generalizada y específica, respectivamente, sobre una tasa total de 8,4% de jóvenes con ansiedad social. No obstante, esta diferencia encontrada en nuestro trabajo no ha sido tan elevada como en distintos estudios realizados en población adulta (Furmark *et al.*, 2000; Stein *et al.*, 2001) y adolescente (García-López, 2000; Hofmann *et al.*, 1999; Rabe-Jablonska *et al.*, 2004; Ramos, 2004; Ruiz, 2003; Wittchen *et al.*, 1999), donde el porcentaje del subtipo específico superó considerablemente al generalizado. Por ejemplo, Rabe-Jablonska *et al.* (2004) encuentran un 7% de los adolescentes con fobia social generalizada y otro de 17% con fobia social específica. De todas maneras, la variabilidad de las tasas de prevalencia dentro de los subtipos de ansiedad social podría deberse a las diferencias culturales (norteamericana o española) de la población, tipo de muestra (clínica o comunitaria), aspectos metodológicos (por ejemplo, número de situaciones evaluadas y su naturaleza, instrumentos usados, etc.), criterios de clasificación utilizados y tipo de evaluación efectuada (mediante entrevista, autoinformes, registros psicofisiológicos, etc.). En esta línea, Rabe-Jablonska *et al.* (2004) informan de un 7% de adolescentes con ansiedad social generalizada frente a un 17% con ansiedad social específica, reflejando la gran variedad de los porcentajes de estos dos subtipos entre las distintas investigaciones.

Por su parte, la segunda hipótesis postula que el grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará diferencias con el grupo de ansiedad social generalizada en determinadas variables sociodemográficas. Nuestros resultados contradicen esta hipótesis, ya que no se han encontrado diferencias significativas respecto a las variables sociodemográficas evaluadas en el estudio. En la literatura científica existen pocos intentos de detectar diferencias entre la ansiedad social específica y la ansiedad social generalizada respecto a variables demográficas. Kessler *et al.* (1994) concluyeron que las dos formas de la ansiedad social (específica y generalizada) no se encuentran bien diferenciadas, mientras que Rapee y Heimberg (1997) defienden en su modelo teórico cognitivo-comportamental que la naturaleza básica de la ansiedad social específica y generalizada es similar, valorando que las semejanzas son mayores que las diferencias. No obstante, estos hallazgos son generales, señalando la necesidad de

concretar las diferencias y similitudes entre los dos subtipos de la ansiedad social en próximos estudios. Uno de los escasos resultados al respecto es el de Caballo y Turner (1994), quienes informaron que las personas con la forma específica de la ansiedad social disfrutaban de más relaciones de pareja que los pertenecientes a la forma generalizada; este resultado no ha sido encontrado por nosotros, pudiendo deberse al hecho de que trabajamos con una muestra de la población adolescente, donde los jóvenes no suelen formar parejas estables legalmente. A día de hoy, los resultados existentes no nos permiten predecir sobre si las diferencias sociodemográficas van a incidir más o menos en alguno de los grupos de ansiedad social considerados en esta Tesis Doctoral.

La tercera hipótesis propone que el grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará diferencias respecto al grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada en algunas competencias psicosociales. Esta hipótesis tampoco se ha visto confirmada en el presente estudio, ya que las distintas competencias psicosociales, valoradas cuantitativa (por ejemplo, Participación en grupos o Manera de tareas en el hogar) o cualitativamente (como, Participación con amigos o Juegos/pasatiempos) no resultaron significativamente diferentes en los dos grupos de jóvenes con ansiedad social (específica y generalizada). Es decir, estos dos grupos mantuvieron más similitudes que diferencias entre ellos relativas a dichas competencias psicosociales. En este caso, también faltan trabajos cuyo objetivo sea encontrar diferencias significativas entre las dos formas de la ansiedad social, respecto a determinadas competencias de los jóvenes. Además, los escasos esfuerzos realizados al respecto (por ejemplo, Rapee y Heimberg 1997) no hablan de diferencias concretas relativas a estas competencias, sino que presentan suposiciones de tipo general relacionadas con la naturaleza de los dos subtipos de ansiedad social. Resultados tan concretos como el de Caballo y Turner (1994), quienes observaron que los individuos con ansiedad social específica informaron de haber mantenido más relaciones de amistad que los de la ansiedad social generalizada, no han sido confirmados por nosotros. Esta falta de resultados diferenciales puede estar relacionada con lo mantenido por Kessler *et al.* (1994), quienes aprecian poca claridad en la distinción entre los dos subtipos de ansiedad social. De nuevo, estos resultados no nos permiten concluir sobre si las diferencias en las competencias psicosociales van más o menos a favor de alguno de los dos grupos de ansiedad social de nuestra investigación. Luego, señalamos la necesidad de realizar trabajos para detectar diferencias significativas entre las dos formas de ansiedad social en la población infanto-juvenil, respecto a competencias psicosociales. Hay que señalar que el uso del instrumento YSR/11-18 para evaluar competencias psicosociales

puede ser no adecuado. Por eso, sería recomendable replicar este estudio, usando otros instrumentos de evaluación específicos para medir de un modo más concreto las competencias psicosociales de los adolescentes. Además, sería interesante evaluar, en el caso que nos ocupa, competencias más estrechamente relacionadas con las habilidades de actuación e interacción social.

Por último, la cuarta hipótesis postula que el grupo de jóvenes con ansiedad social específica mostrará diferencias con respecto al grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada en los índices clínicos analizados, donde el primero presentará niveles más bajos que el segundo. A su vez, esta hipótesis ha sido segmentada en tres subhipótesis que hacen referencia a las diferencias entre los grupos de jóvenes con respecto a la presencia de otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y con algunos problemas de interacción social. Concretamente, la primera subhipótesis señala que el grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará puntuaciones más bajas de ansiedad en los índices Problemas de ansiedad, Ansiedad/depresión, Síndromes internalizantes, Psicastenia-Pt y Ansiedad-ANX. Esta hipótesis no ha sido confirmada en el presente estudio, ya que en ninguno de los índices mencionados hay diferencias significativas entre los dos grupos de jóvenes con ansiedad social (específica y generalizada). Es decir, los dos grupos de jóvenes guardan más similitudes que diferencias en estos índices referentes a problemas de ansiedad, los cuales han sido evaluados por el YSR/11-18 y el MMPI-A. La falta de diferencias podría deberse al hecho de que los citados índices de ansiedad no van ligados a situaciones de actuación e interacción social, los cuales caracterizan a las personas con ansiedad social.

Por su parte, la subhipótesis 2. plantea que el grupo de jóvenes con ansiedad social específica presentará puntuaciones más bajas que los adolescentes del grupo con ansiedad social generalizada en rasgos relacionados con el estado de ánimo, como Problemas afectivos, Ansiedad/depresión, Retraimiento, Síndromes internalizantes, Depresión-D, Hipomanía-Pa, Depresión-DEP, Alienación-ALN, Baja autoestima-LSE y Bajas Aspiraciones-LAS (evaluadas por YSR/11-18 y MMPI-A). Esta hipótesis ha sido rechazada en relación a todas las variables examinadas salvo, Indicadores negativos de tratamiento-TRT en la que los dos grupos de jóvenes con ansiedad social presentan diferencias significativas. Concretamente, el grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada obtuvo puntuaciones más elevadas que el de ansiedad social específica en la variable Indicadores negativos de tratamiento-TRT. Parece ser que los adolescentes del grupo de ansiedad social generalizada tienden a mantener más

actitudes negativas hacia médicos y profesionales de la salud mental que el grupo de jóvenes con ansiedad social específica.

Finalmente, la subhipótesis 3. defiende que los jóvenes con ansiedad social específica presentarán puntuaciones más bajas que los que tienen ansiedad social generalizada en problemas de interacción social, tales como Ansiedad en actuaciones en público, Evitación de situaciones en público, Ansiedad en situaciones de interacción social, Evitación de situaciones de interacción social, Total de ansiedad social, Total de evitación social, Total de ansiedad y evitación social, Evitación y malestar social, Miedo a la evaluación negativa, Introversión social-Si y Malestar social-SOD. Estas variables han sido evaluadas por instrumentos específicos que miden la fobia y ansiedad social, tales como LSAS, SAD y FNE, salvo las dos variables Introversión social-Si y Malestar social-SOD que han sido medidas por el MMPI-A. En todas estas variables se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos de jóvenes con ansiedad social específica y generalizada, salvo en Miedo a la evaluación negativa; así, el grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada ha obtenido puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo con ansiedad social específica. Tal como se esperaba, estas variables que hacen referencia a la ansiedad frente a la actuación y a la interacción de los jóvenes en situaciones sociales son las que distinguen a adolescentes con ansiedad social generalizada y de adolescentes con ansiedad social específica. Estos resultados encontrados por nosotros coinciden con los hallados por distintos autores como Gelernter *et al.* (1992), Heimberg *et al.* (1990), Holt *et al.* (1992), Schneier *et al.* (1991) y Turner *et al.* (1992), quienes informan que, aunque no hubo ninguna diferencia entre la ansiedad social específica y la ansiedad social generalizada en relación a la ansiedad subjetiva, si la hubo respecto a la ansiedad en situaciones de interacción social, donde la ansiedad social generalizada suele estar asociada a mayores niveles de ansiedad y evitación que la ansiedad social específica. En esta línea, Manuzza *et al.* (1995) informan que las personas con ansiedad social generalizada experimentan temores más frecuentes a situaciones sociales que los sujetos con ansiedad social específica. Así, mientras que la variable miedo a la evaluación negativa es una medida de ansiedad social subjetiva (en la que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos), otras variables (ansiedad en actuaciones en público, evitación de situaciones en público, ansiedad en situaciones de interacción social, evitación de situaciones de interacción social, total de ansiedad social, total de evitación social, total de ansiedad y evitación social, evitación y malestar social, introversión social y malestar social) constituyen medidas de ansiedad que aluden a las situaciones de interacción social. Además, los individuos con ansiedad social

generalizada refieren más ansiedad social total que los de la ansiedad social específica (Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1994), concordando con el resultado encontrado por nosotros. Del mismo modo, Alden y Mellings (2004) demuestran que los pacientes con ansiedad social generalizada informan de un nivel elevado de ansiedad relacionado con la autoinformación proporcionada. En población infanto-juvenil, Beidel (1991) observa que los adolescentes con ansiedad social generalizada experimentan niveles elevados de malestar y ansiedad ligados a una multitud de situaciones sociales, caracterizándose por mantener diversas conductas de evitación. Los resultados de este autor concuerdan con los nuestros, ya que los jóvenes con ansiedad social generalizada puntuaron más en los citados índices relacionados con el malestar, la ansiedad y la evitación manifestados en situaciones sociales. Asimismo, Ballesteros y Conde (1999) informan que la ansiedad social generalizada se caracteriza por mayores niveles de ansiedad asociada a múltiples situaciones sociales, coincidiendo estos hallazgos con los nuestros, ya que tanto en las variables evitación y malestar social, introversión social y malestar social como en otras referentes a la ansiedad, y que hemos mencionado anteriormente, se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos de jóvenes con ansiedad social.

En definitiva, en relación a las hipótesis relacionadas con el primer objetivo, la primera de ellas ha sido confirmada al encontrar una mayor prevalencia de la ansiedad social específica respecto a la ansiedad social generalizada. Por su parte, las hipótesis segunda y tercera han sido rechazadas, ya que no se han apreciado diferencias significativas entre los dos grupos de jóvenes con ansiedad social respecto a las variables demográficas y competencias psicosociales. Por último, la cuarta hipótesis ha sido confirmada parcialmente; así, dos subhipótesis, derivadas de la misma, no han sido corroboradas, de manera que no se han presentado diferencias significativas entre los grupos de jóvenes con ansiedad social específica y generalizada en las variables relacionadas con la ansiedad y la depresión; por el contrario, la tercera subhipótesis ha sido confirmada al demostrarse que el grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada presentaba puntuaciones significativamente más altas que el grupo de adolescentes con ansiedad social específica respecto a las variables que aluden a la actuación e interacción social. Parece ser que el patrón de las diferencias en los estados de ansiedad y depresión, entre los jóvenes pertinentes a los dos subtipos de ansiedad social, va asociado a las propias situaciones de actuación e interacción social medidas por instrumentos específicos que pretenden evaluar el comportamiento de fobia y ansiedad social. Todos estos hallazgos encontrados por nosotros están relacionadas con la opinión mantenida por Kessler *et al.*

(1994), quienes consideran que la distinción entre la ansiedad social específica y la ansiedad social generalizada no está clara, pese a que se hay una mayor prevalencia de la primera frente a la segunda. De todas maneras, faltan estudios que tengan como objetivo conseguir mayor conocimiento sobre la ansiedad social generalizada, especialmente en la etapa infanto-juvenil. Esto podría deberse al hecho de que se han empleado definiciones inconsistentes de los subtipos de la ansiedad social a causa de la falta de acuerdo sobre la característica esencial de la ansiedad social generalizada (Ballesteros y Conde, 1999). Recordamos que el subtipo generalizado de la ansiedad social no ha sido bien definido en el DSM-IV y DSM-IV-TR al referirse a él como el “miedo a la mayoría de las situaciones sociales”, constituyendo una definición de difícil operacionalización. Todo ello, recuerda la problemática de la distinción entre los dos subtipos de ansiedad social que hemos expuesto en el primer capítulo.

## **5. Comorbilidad de los dos grupos de ansiedad social con determinados índices clínicos**

El segundo objetivo de esta investigación fue establecer la comorbilidad entre la ansiedad social específica y generalizada de los jóvenes con determinados índices clínicos. Para ello, se pretendía poner a prueba dos hipótesis (quinta y sexta) para examinar, por un lado, la comorbilidad existente entre el grupo total de jóvenes con ansiedad social con ciertos índices clínicos frente a la del “resto” de los jóvenes de la muestra con estos mismos índices; y, por otro, la comorbilidad mostrada entre cada uno de los dos grupos de jóvenes con ansiedad social (específica y generalizada) por separado con dichos índices.

En esta línea, la quinta hipótesis mantiene que los jóvenes con ansiedad social mostrarán más comorbilidad con los diferentes índices clínicos que los jóvenes sin la misma. Esta hipótesis ha sido confirmada en la presente investigación, ya que, además de la ansiedad social, los jóvenes de este grupo (n=88) presentaron diversos problemas clínicos en porcentajes que fueron notablemente superiores a los encontrados en el grupo sin ansiedad social; es decir, se dio un porcentaje de comorbilidad significativamente mayor en el primer grupo (con ansiedad social) que en el segundo (sin ansiedad social). Los índices Problemas afectivos, Ansiedad/depresión, Retraimiento, Síndromes internalizantes, Depresión-D, Obsesividad-OBS, Depresión-DEP, Alienación-ALN, Baja autoestima-LSE, Bajas aspiraciones-LAS e Indicadores negativos de tratamiento-TRT que han resultado comórbidos con la ansiedad social de los jóvenes en el presente trabajo están relacionadas con problemas o trastornos depresivos. Así, también el trastorno depresivo mayor se asociaba con la

ansiedad social en los estudios de Bisserbé *et al.* (1996), Degonda y Angst (1993), Faravelli *et al.* (2000), Pini *et al.* (1997), Schneier *et al.* (1992) y Wittchen y Beloch (1996). Por otro lado, los índices Problemas de ansiedad, Problemas somáticos, Ansiedad/depresión, Síntomas somáticos, Ansiedad en actuaciones en público, Evitación de situaciones en público, Ansiedad en situaciones de interacción social, Evitación de situaciones de interacción social, Total de ansiedad social, Total de evitación social, Total de ansiedad y evitación social, Evitación y malestar social, Miedo a la evaluación negativa, Psicastenia-Pt y Ansiedad-ANX están relacionados con la ansiedad social en este trabajo. Como en otros estudios los trastornos de ansiedad resultaron comórbidos con la ansiedad social en los trabajos de Angst (1993), Faravelli *et al.* (2000) y Magee *et al.* (1996). Por su parte, los índices Problemas sociales, Miedo a la evaluación negativa, Introversión social-Si, Baja autoestima-LSE, Bajas aspiraciones-LAS y Malestar social-SOD que en este estudio resultaron comórbidos en la muestra de adolescentes con ansiedad social, coincidirían con los déficit en habilidades sociales, la falta de asertividad, la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad que se asociaron a la ansiedad social, según afirman Baños *et al.* (2003) o otros autores como Arkowitz *et al.* (1975), Bellack y Hersen (1979), Curran (1977), Echeburúa (1993), Twentyman y McFall (1975), quienes observan que los individuos con ansiedad social se mostraron como menos hábiles socialmente.

Asimismo, los índices Problemas de pensamiento y Problemas de atención han mostrado una comorbilidad significativa con el grupo de adolescentes con ansiedad social frente al resto de los jóvenes sin ansiedad social. En relación al índice “Problemas de pensamiento” se ha comprobado que los sesgos de juicio entre los individuos con ansiedad social se relacionan con la presencia de sucesos negativos asociados a sus miedos específicos, apareciendo estos sesgos con alta probabilidad (Foa *et al.*, 1996; Lucock y Salkovskis, 1988). Así, se ha revelado que los sesgos de interpretación entre las personas con ansiedad social les lleva a percibir su propia conducta como inadecuada, mostrándose muy precisas en la evaluación de la conducta de los demás, así como muy negativos durante la evaluación de su propia conducta (Alden y Wallace, 1995; Clark y Arkowitz, 1975; Mellings y Alden, 2000; Rapee y Lim, 1992; Stopa y Clark, 1993). Además, la interpretación de los eventos o estímulos sociales ambiguos por parte de los sujetos con ansiedad social es negativa (Amin *et al.*, 1998; Constans *et al.*, 1999; Stopa y Clark, 2000). Con respecto al índice Problemas de atención, existen trabajos que detectan la presencia de un sesgo atencional entre los sujetos con ansiedad social cuando se les presenta palabras amenazantes socialmente (Amir *et al.*, 1996;

Baños *et al.*, 2003; Hope *et al.*, 1990; Quero, 1999), caras negativas (Chen *et al.*, 2002; Mansell *et al.*, 1999; Mogg y Bradley, 1999) o un formato de tarjetas frente al computerizado en la tarea de *Stroop* emocional (Baños *et al.*, 2005). También, el resultado relativo al índice Esquizofrenia-Sc que se mostró comórbido con la ansiedad social de los jóvenes de nuestro estudio se parece al encontrado por Davidson *et al.* (1993), quienes refieren un mayor riesgo de padecer esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme entre las personas con ansiedad social, concordando con Roth (1991). No obstante, estos estudios relativos a los sesgos de pensamiento y de atención fueron realizados en muestras de adultos, lo que señala la necesidad de utilizar muestras de jóvenes con y sin ansiedad social en los próximos estudios con el objetivo de obtener más evidencias sobre la posible comorbilidad entre dichos sesgos y el trastorno de ansiedad social. Por último, los índices Incoherencia-F y Corrección-K que presentaron una comorbilidad significativa con el grupo de jóvenes con ansiedad social hacen referencia a la simulación y a la discapacidad social que podrían manifestar los adolescentes cuando están siendo evaluados.

En general, algunos de nuestros resultados coinciden con los hallados en otros estudios, donde los trastornos más comórbidos con la ansiedad social fueron la depresión mayor (Bisserbé *et al.*, 1996; Degonda y Angst, 1993; Faravelli *et al.*, 2000; Pini *et al.*, 1997; Schneier *et al.*, 1992; Wittchen y Beloch, 1996) y otros trastornos de ansiedad (Angst, 1993; Faravelli *et al.*, 2000; Magee *et al.*, 1996). Olivares *et al.* (2003) informan que tanto en población infantil juvenil como adulta, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo constituyen los problemas clínicos más comórbidos con la ansiedad social, entre otros. Estos resultados concuerdan con el hallado por Lecrubier (1998), quien informó de la existencia de un porcentaje de 70-80% de individuos con ansiedad social que presentan al menos otro problema clínico. Recordamos que el índice Total YSR que resultó comórbido con la ansiedad social de los adolescentes de este estudio responde al conjunto de problemas de comportamiento autoinformados por los jóvenes en este instrumento. En definitiva, los resultados indicaron que la comorbilidad del grupo de jóvenes con ansiedad social con otros problemas clínicos era notablemente superior a la del grupo sin la misma. Además, se dio una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad social y un gran número de índices clínicos.

Por su parte, la sexta hipótesis plantea que los jóvenes con ansiedad social específica mostrarán menor comorbilidad con los diferentes índices clínicos que los jóvenes con ansiedad social generalizada. Para ello, se calculó el porcentaje de comorbilidad encontrado

entre el grupo de jóvenes con ansiedad social específica frente al grupo con ansiedad social generalizada con los mismos índices clínicos. Esta hipótesis ha sido parcialmente confirmada, de tal manera que los resultados señalaron pocas diferencias significativas entre ambos grupos de jóvenes con ansiedad social, en cuanto al porcentaje de comorbilidad con otros problemas clínicos. De hecho, dichas diferencias se presentaron, concretamente, en tan sólo diez índices clínicos, en los que el porcentaje de comorbilidad del grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada fue superior al presentado por el grupo con ansiedad social específica. La mayoría de estos índices (Ansiedad en actuaciones en público, Evitación de situaciones en público, Ansiedad en situaciones de interacción social, Evitación de situaciones de interacción social, Total de ansiedad social, Total de evitación social, Total de ansiedad y evitación social y Evitación y malestar social) hace referencia a la ansiedad asociada a situaciones de actuación e interacción social respecto a los cuales ya se encontraron diferencias significativas entre los grupos de jóvenes con ansiedad social específica y generalizada en el objetivo anterior. De nuevo, hemos obtenido evidencias del hecho de que las diferencias (en este caso debidas a la comorbilidad) en el patrón de ansiedad de los grupos de jóvenes con ansiedad social (específica y generalizada) van ligadas a las propias situaciones de actuación e interacción social medidas por instrumentos específicos, los cuales pretenden evaluar el comportamiento de fobia y ansiedad social. Los otros dos índices clínicos que presentaron diferencias significativas a favor del grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada frente al grupo de adolescentes con ansiedad social específica fueron Introversión social y Baja autoestima; la primera de ellas, también resultó significativa en distinguir entre los dos grupos de jóvenes con ansiedad social en el objetivo anterior.

Estos resultados coinciden parcialmente con los encontrados por Pine *et al.* (1998), quienes afirmaron que la ansiedad social generalizada se asocia con más frecuencia que la específica con otros problemas clínicos, siendo éstos más graves y crónicos en el caso de la primera que la segunda. Otros resultados que concuerdan parcialmente con los nuestros, pero en muestras de adultos, son los de Heimberg *et al.* (1990), Herbert *et al.* (1992), Holt *et al.* (1992) y Kessler *et al.* (1998), Mannuzza *et al.* (1995) y Turner *et al.* (1992), quienes encontraron que las personas con ansiedad social generalizada, a diferencia de la específica, presentan una alta comorbilidad con otros problemas de ansiedad y del estado de ánimo. En esta línea, los primeros ocho índices descritos anteriormente y que se refieren a la ansiedad ante la actuación y la interacción social podrían corresponder a los problemas de ansiedad, mientras que la Introversión social-Si y la Baja autoestima-LSE pertenecerían a los problemas

del estado de ánimo. Luego, los individuos con ansiedad social generalizada presentaron un porcentaje más alto que el grupo de ansiedad social específica en la variable Baja autoestima-LSE en los trabajos de Herbert *et al.* (1992), Hofmann y Roth (1996), Holt *et al.* (1992) y Turner *et al.* (1992), un hallazgo que quedó verificado por nosotros. Una gran parte de los resultados de nuestro estudio concordaron con los hallados por Mennin *et al.* (2000), donde se observó que las personas con ansiedad social generalizada, en comparación con los de la específica, obtuvieron un porcentaje elevado de ansiedad social, evitación, ansiedad general y estado de ánimo depresivo. No obstante, los datos aportados en población adolescente son escasos y muchas veces contradictorios, dependiendo de la procedencia (española o anglosajona) y del tipo de la muestra de estudio (comunitaria o clínica). Por ejemplo, mientras que en el trabajo de Wittchen *et al.* (1999) se presentó una alta comorbilidad con la ansiedad social generalizada en los adolescentes, en población norteamericana no se notaron diferencias de comorbilidad entre las dos formas de la ansiedad social (específica y generalizada) también en adolescentes (Hofmann *et al.*, 1999). Además, los pocos datos que se han conseguido en varios estudios en población infanto-juvenil, tanto anglosajona (Beidel *et al.*, 2000; Essau *et al.*, 1999; Francis *et al.*, 1992; Magee *et al.*, 1990; Strass y Last, 1993) como española (García-López, 2000; Ramos, 2004; Ruiz, 2003) en relación a la comorbilidad de las dos formas de ansiedad social (específica y generalizada), no han diferenciado claramente entre ellas, ya que se limitaron a estudiar su ansiedad social general con determinados trastornos de ansiedad, estado de ánimo y abuso y dependencia de sustancias. En definitiva, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de jóvenes con ansiedad social (específica y generalizada) respecto a su comorbilidad con los distintos índices clínicos evaluados. Concretamente, estas diferencias significativas se encontraron en tan sólo diez índices clínicos referentes a las situaciones de realización social, donde el porcentaje de comorbilidad del grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada fue superior al del grupo con ansiedad social específica.

En resumen, la hipótesis referentes a la mayor comorbilidad del grupo jóvenes con ansiedad social frente al resto de los participantes ha sido confirmada. Por su parte, la hipótesis que hace alude a la mayor comorbilidad del grupo con ansiedad social generalizada frente al grupo con ansiedad social específica ha sido corroborada parcialmente.

## 6. Diferencias y similitudes entre los cuatro grupos del estudio

Nuestro criterio para formar el grupo de otras psicopatologías distintas a la ansiedad social (específica y generalizada) se ha basado en las escalas internalizante y externalizante y en la puntuación total del YSR/11-18. Los jóvenes del presente estudio que han puntuado por encima de los puntos de corte en una, dos o tres de esas escalas se consideraron sujetos con alguna patología, incluyéndose dentro del grupo de “otras psicopatologías”. Por el contrario, cuando los adolescentes puntuaron por debajo de dichas escalas y no pertenecían a los grupos de ansiedad social específica y generalizada existentes se incluyeron dentro del grupo “control sin ninguna patología”. Sin duda, se trata de un criterio que se ha adaptado a la población de jóvenes, donde los síndromes de la banda ancha (escalas internalizante y externalizante) y la escala total del YSR/11-18 se evalúan por el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18. Lógicamente, este criterio defirió de otros que se han aplicado, tanto en población adulta como adolescente, para la determinación de grupos psicopatológicos y control, dependiendo muchas veces de los instrumentos de evaluación que se han utilizado en cada caso. Los resultados de la aplicación de este criterio indicaron la existencia de un 9,50% de sujetos con otras psicopatologías y de un 81,80% de jóvenes sin ninguna patología (grupo control). Según esto, los jóvenes que tuvieron algún problema clínico constituyeron los grupos de ansiedad social (específica y generalizada) y el grupo de otras psicopatologías con un porcentaje de 18,20 frente a 81,80% que se asignaron al grupo control sin ninguna patología.

Hay que señalar que la mayoría de los estudios, tanto en población adulta (Furmark *et al.*, 2000; Heimberg *et al.*, 1993; Kessler *et al.*, 1994; Manuzza *et al.*, 1995; Stein *et al.*, 2000) como adolescente (Beidel *et al.*, 2000; Essau *et al.*, 1999; Francis *et al.*, 1992; Magee *et al.*, 1990; Strass y Last, 1993), ha usado distintos criterios de selección de las personas con ansiedad social general, ansiedad social específica y ansiedad social generalizada, dependiendo de los instrumentos de evaluación aplicados y del tipo de muestra utilizada (adulta o adolescente) en cada estudio. La mayoría de los estudios citados no se ha preocupado por explicar los criterios empleados para formar otros grupos (con otras psicopatologías y control) distintos a los de la ansiedad social, bien porque no formaba parte de los objetivos de sus trabajos o bien porque los sujetos de sus investigaciones estaban diagnosticados de ansiedad social con anterioridad. Del mismo modo, los estudios recientes realizados con población adolescente española no han abordado este asunto (García-López, 2000; Ramos, 2004; Ruiz, 2003), limitándose a informar de porcentajes concretos de jóvenes con ansiedad social (específica y generalizada) o

de otros trastornos psicopatológicos, sin ofrecer los porcentaje totales de los grupos de distintas psicopatologías y control frente al de ansiedad social.

El tercer objetivo de la presente investigación fue establecer las diferencias y semejanzas respecto a variables demográficas, competencias (valoradas cuantitativamente y cualitativamente) e índices clínicos (tanto los de carácter general como los relacionados con la ansiedad asociada a actividades de realización social) entre jóvenes con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y sin problemas/patologías; es decir, se pretenden detectar diferencias de carácter específico entre dichos grupos de adolescentes en los aspectos mencionados. Para ello, se consideraron tres hipótesis (séptima, octava y novena) que se relacionan con cada una de las variables dependientes evaluadas por los siguientes instrumentos: YSR/11-18, LSAS, SAD, FNE y MMPI-A.

La séptima hipótesis mantiene que los jóvenes con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y sin problemas/patologías diferirán entre sí respecto a algunas variables demográficas y competencias, especialmente las que aluden a la ejecución de actividades y tareas o de participar en organizaciones, o de formar parte de grupo de amigos. En estas competencias los grupos de ansiedad social presentarán niveles inferiores que los demás grupos. Esta hipótesis ha sido corroborada parcialmente, ya que en algunas variables demográficas (concretamente, sexo y curso escolar), determinadas competencias valoradas cualitativamente (Amigos íntimos, Participación con amigos y Hacer cosas por uno mismo) y otras valoradas cuantitativamente (Tiempo/manera de actividades deportivas, Relación con hermanos, otros jóvenes y padres y Rendimiento escolar), se obtuvieron diferencias significativas entre los cuatro grupos del estudio; sin embargo, en otras variables demográficas (Edad, Pareja y Trabajo), competencias, valoradas cualitativamente (Actividades deportivas, Juegos/pasatiempos, Equipos/clubes y Tareas en el hogar) y cuantitativamente (Tiempo/manera de juegos/pasatiempos, Participación en grupos y Manera de tareas en el hogar) no se encontraron diferencias significativas entre los cuatro grupos del estudio.

Las variables sexo y curso escolar y las competencias Amigos íntimos y Hacer cosas por uno mismo se diferenciaron significativamente entre los tres grupos con problemas clínicos (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías) frente al control; es decir, no hubo diferencias entre los tres grupos con psicopatologías del estudio en estas variables demográficas y de competencias, pero sí las hubo respecto al control. Por una parte, los grupos de adolescentes con distintas psicopatologías (entre ellas, la ansiedad

social específica y generalizada) difieren de los controles respecto al sexo (donde en los dos grupos con ansiedad social el porcentaje de mujeres casi duplica al de hombres) y respecto al curso académico (donde el porcentaje de los alumnos de los ciclos formativos supera en los tres grupos con psicopatologías al de los estudiantes de ESO y Bachillerato), apreciándose una mayor diferencia con el grupo de jóvenes con otras psicopatologías. Por otra parte, se han presentado diferencias significativas respecto a la calidad del círculo de amistades y de las cosas realizadas por uno mismo, donde el grupo control supera a los tres grupos psicopatológicos. Por su parte, la competencia Participación con amigos mantuvo una diferencia significativa cuando se compararon los tres grupos psicopatológicos del estudio entre sí, desapareciendo esta diferencia cuando se comparan éstos con el control. Esto quiere decir, que los tres grupos psicopatológicos de adolescentes se parecen más entre sí en cuanto a la calidad de la participación con los iguales, pero difieren respecto al grupo sin patologías. Las comparaciones realizadas *a posteriori* en el caso de las competencias, valoradas cuantitativamente, para determinar las causas en las diferencias significativas señalan que únicamente se presenta una diferencia significativa entre el grupo control y el de otras psicopatologías en la competencia Rendimiento escolar, ausentando esta diferencia al comparar entre pares de grupos en las competencias: Tiempo/manera de actividades deportivas y Relación con hermanos, otros jóvenes y padres. En otras palabras, sólo se encuentran diferencias significativas entre el grupo control y el de otras psicopatologías en estas tres competencias, difiriendo estos dos grupos en su rendimiento académico, siendo éste mayor en el primero que en el segundo.

Parece ser que, en general, las variables demográficas y competencias de los jóvenes diferencian más entre el grupo control y el resto de los grupos que entre esos mismos grupos entre sí; es decir, los distintos grupos psicopatológicos guardan más similitudes entre ellos que diferencias, mientras que el grupo control presenta diferencias respecto a ellos. Hay que señalar que, hoy por hoy, la literatura científica carece de estudios que pretendan detectar diferencias y similitudes concretas en población infanto-juvenil entre distintos grupos con y sin problemas psicopatológicos respecto a variables demográficas y competencias psicosociales, valoradas cuantitativa y cualitativamente. Además, los escasos resultados existentes revelan diferencias generales de género ligadas al ámbito de las relaciones de interacción social con los iguales. Por ejemplo, La Greca y López (1998) observan que los varones con un nivel elevado de ansiedad social informan de un funcionamiento social pobre, recibiendo escaso apoyo por parte de los compañeros y poca aceptación social, mientras que

las chicas puntúan bajo en variables como tasa de amistades, intimidad, compañerismo y apoyo resultante por la interacción con los amigos. Otros, ponen de manifiesto la relación entre la ansiedad social de los niños y la aceptación por el grupo de iguales, recibiendo los niños ansiosos poco afecto y cariño por parte de los compañeros (Strauss *et al.*, 1987), o que el rechazo y el abandono por parte de los iguales provoca niveles altos de ansiedad social en estos niños (La Greca *et al.*, 1988; La Greca y Stone, 1993). Otro resultado de carácter general es el referente a que, dentro de la población infanto-juvenil, el trastorno de ansiedad social va asociado con baja tasa de amistades, soledad (Beidel *et al.*, 1999), rechazo o evitación escolar (Last *et al.*, 1991) y rendimiento escolar deficitario (Beidel, 1991). Está claro que estos datos aluden al comportamiento de los jóvenes con ansiedad social respecto a determinadas competencias psicosociales, aunque no se hace referencia a la comparación de éstos con otros grupos de adolescentes con y sin patologías.

Por su parte, la octava hipótesis defiende que los grupos de jóvenes con psicopatologías (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías) obtendrán puntuaciones más altas en los índices clínicos evaluados que el grupo control de jóvenes sin problemas/patologías. Los resultados indican que, efectivamente, el grupo control sin patologías obtuvo puntuaciones más bajas en todos los índices clínicos, salvo en la variable Histeria-Hy, quedando confirmando esta premisa. De nuevo, faltan otros estudios en los que se haya comparado entre jóvenes con distintas psicopatologías (entre ellas, la ansiedad social específica y generalizada) y otros sin patologías. Algunos resultados generales, en muestras clínicas de niños y adolescentes con ansiedad social, ponen de manifiesto la pérdida en estos menores de importantes oportunidades normativas y evolutivas durante su desarrollo académico y socioemocional (Francis *et al.*, 1987), asociándose su trastorno de ansiedad social con menor número de amistades, aislamiento social, estado depresivo (Beidel *et al.*, 1999), problemas escolares (Last *et al.*, 1991) y consumo de alcohol (DeWitt *et al.*, 1999). Habría que ver el comportamiento de estas variables en otros grupos de niños y adolescentes con otras psicopatologías con el fin de poder hacer comparaciones con el grupo control sin patologías. En el presente estudio, los grupos de ansiedad social junto al de otras psicopatologías presentaron puntuaciones más altas que el control en Introversión social-Si, Problemas escolares-SCH, Depresión-DEP, Depresión-D, Ansiedad/depresión y "Retraimiento, entre otros. Se debería llevar a cabo más trabajos que preocupasen por examinar las diferencias entre grupos de jóvenes con distintas psicopatologías respecto a un grupo control sin patologías, en distintos problemas clínicos.

Por último, la novena hipótesis propone que los tres grupos de jóvenes con psicopatologías mostrarán niveles semejantes respecto a la mayoría de los índices clínicos estudiados, salvo los relacionados con ansiedad asociada a actividades de realización social, donde los grupos de ansiedad social presentarán peores puntuaciones. Los resultados encontrados dieron apoyo empírico a esta hipótesis, ya que los grupos de jóvenes con ansiedad social obtuvieron puntuaciones más elevadas que el resto de los grupos en todas las variables (Ansiedad en actuaciones en público, Evitación de situaciones en público, Ansiedad en situaciones de interacción social, Evitación de situaciones de interacción social, Total de ansiedad social, Total de evitación social, Total de ansiedad y evitación social, Evitación y malestar social y Miedo a la evaluación negativa) referentes a la actuación en situaciones de interacción social que se han evaluado. En esta línea, se ha visto que la extensión del deterioro, en población infanto-juvenil aquejada de ansiedad social, es muy amplia. Los niños y adolescentes con ansiedad social específica muestran un sufrimiento limitado a las situaciones de actuación social, mientras que los del subtipo generalizado evitan una multitud de situaciones sociales, dañando su funcionamiento diario (Ballesteros y Conde, 1999). Está claro que tanto un grupo como otro tienen problemas en las situaciones de realización social, aunque estas dificultades suelen ser más intensas en el caso de los individuos con ansiedad social generalizada. De hecho, los niños y adolescentes con ansiedad social generalizada limitan estrictamente la interacción en una amplia gama de situaciones sociales, tales como ir a comprar, a fiestas o al colegio (Francis, 1990).

Por otra parte, distintos resultados en el ámbito de las relaciones interpersonales de los jóvenes con el grupo de iguales señalaron que los niños y adolescentes que perciben rechazo y exclusión social por sus compañeros manifiestan grados altos de ansiedad, disminuyendo su frecuencia de interacción social con ellos y repercutiendo negativamente en una amplia gama de variables asociadas a su funcionamiento social (Leary, 1990). En nuestro caso, hemos encontrado que tanto el grupo de jóvenes con ansiedad social específica como el grupo con ansiedad social generalizada han manifestado puntuaciones altas en los problemas relacionados con la actuación y la interacción en distintas actividades sociales; además, estas puntuaciones han sido mayores que las obtenidas en el grupo con otras psicopatologías y en el grupo control. De todas maneras, existen más revisiones de tipo cualitativo que cuantitativo, en población infanto-juvenil, relacionadas con los problemas de actuación e interacción social (Greco y Morris, 2001).

En definitiva, nuestros resultados indican que el grupo de jóvenes con otras psicopatologías mantiene diferencias significativas con los grupos de ansiedad social (específica y generalizada) en casi la mitad de los 55 índices clínicos evaluados, aunque se parece a ellos en un número considerable (también en casi la mitad) de otros problemas clínicos. Por su parte, los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada) resultaron diferentes significativamente en muy pocos índices clínicos, puntuando más alto que el resto de los grupos (otras psicopatologías y control) en todos los problemas referentes a la ansiedad asociada a situaciones de actuación e interacción social. En general, como ya se vió en el análisis de objetivos anteriores los dos grupos de jóvenes con ansiedad social (específica y generalizada) mantienen más similitudes que diferencias entre ellos en los índices clínicos evaluados y, a su vez, difieren del grupo control en la mayoría de los índices y, en menor medida, del grupo con otras psicopatologías, pero también se parecen a este último en un número considerable de índices.

### **7. Prevalencia y *odds ratios* de las distintas variables con la ansiedad social específica y generalizada**

En el cuarto objetivo de esta Tesis Doctoral se pretendió determinar la prevalencia en la muestra y las *odds ratios* de los grupos de jóvenes con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías respecto al control. Para ello, se establecieron dos hipótesis (décima y undécima); la décima hipótesis defiende que se encontrarán diferencias entre los grupos con psicopatologías en las *odds ratios* asociadas a las distintas variables demográficas y competencias sociales estudiadas, en comparación con el control. Para poner esta hipótesis a prueba se calculó el número y porcentaje de sujetos respecto a las variables demográficas y de algunas competencias estudiadas en los cuatro grupos (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y sin patologías), mostrando los valores *odds ratios* de cada una de estas variables, los cuales hacen referencia a la probabilidad de que los casos incluidos en cada grupo psicopatológico estén expuestos a las variables demográficas y de competencias, comparada con la probabilidad de que lo estén los controles. Esta hipótesis ha sido comprobada parcialmente, ya que la única variable demográfica que ejerce un efecto significativo en la probabilidad de sufrir algún problema psicopatológico (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías) fue la variable Pareja en el grupo de jóvenes con otras psicopatologías. Los jóvenes con pareja tenían más

riesgo de manifestar un trastorno psicopatológico que los que no tienen pareja, constituyendo un resultado inesperado.

Entre las competencias, valoradas cualitativamente, ha tenido un efecto significativo la competencia Juegos/pasatiempos en relación con el grupo de jóvenes con otras psicopatologías, donde los jóvenes que no mantienen ningún juego o pasatiempo tienen más riesgo de experimentar otras psicopatologías que los que desempeñan uno, dos o tres juegos. Asimismo, las variables Amigos íntimos, Participación con amigos y Hacer cosas por uno mismo han tenido un efecto significativo con respecto a los grupos de jóvenes con otras psicopatologías y el de adolescentes con ansiedad social generalizada. Parece ser que los adolescentes que no tienen ningún amigo íntimo tienen más probabilidad de presentar otra psicopatología o ansiedad social generalizada que los que cuentan con uno, dos o tres amigos íntimos. Por su parte, los que no muestran alguna relación con los amigos disponen de un mayor riesgo de tener ansiedad social generalizada que los que participan una, dos o tres veces a la semana en actividades con los iguales. También los que presentan una sola participación experimentan una mayor probabilidad de manifestar otra psicopatología o ansiedad social específica que los que informan de ninguna, dos o tres participaciones. Por último, el hecho de hacer las cosas por uno mismo peor que los demás ha constituido un indicador significativo para aquejarse de otra psicopatología o ansiedad social generalizada, comparándose con los jóvenes que hacen las cosas por sí mismos igual o mejor que los demás. Sorprendentemente los adolescentes que hacen las cosas por sí mismos igual que los demás han mostrado mayor riesgo de padecer ansiedad social generalizada que los restantes. En general, algunos de estos resultados son coherentes y explicables, pero otros resultaron contradictorios y de difícil análisis y explicación, lo que señala la complejidad del concepto de competencias psicosociales y la dificultad de medirlo. Nuevamente cabe señalar la necesidad de seleccionar algún instrumento más específico para evaluar distintas competencias psicosociales y que esté adaptado a la población infanto-juvenil.

Finalmente, la undécima hipótesis mantiene que se encontrarán diferencias entre los grupos con psicopatologías en las *odds ratios* de los índices clínicos estudiados, en comparación con el control. Se mostró el número y prevalencia de los distintos índices clínicos en los cuatro grupos de adolescentes de la investigación, ofreciendo las *odds ratios* de cada uno de esos problemas clínicos, es decir, la probabilidad de que los que pertenecen a cada uno de los grupos estén expuestos a los índices clínicos, comparada con la probabilidad de que lo estén los controles. Esta hipótesis ha sido confirmada, ya que la mayoría de los índices evaluados

ejercen un efecto significativo en la probabilidad de sufrir algún problema psicopatológico (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías) en los jóvenes, siendo estos resultados coherentes y de fácil análisis y explicación. Además, este efecto se ha notado en mayor medida en el grupo de jóvenes con otras psicopatologías y en menor grado en los grupos de adolescentes con ansiedad social específica y generalizada, en comparación con el grupo control sin patologías. Esto quiere decir que el grupo de jóvenes que más riesgo tiene de estar expuesto a otros problemas clínicos es el de otras psicopatologías, seguido por los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada), en comparación con el grupo control. De nuevo, tenemos más evidencias de las similitudes que mantienen los dos grupos de ansiedad social entre sí y de las diferencias que presentan respecto a otros grupos, tales como el control, en mayor grado, y el de otras psicopatologías, en menor grado.

## **8. Limitaciones y aportaciones**

Investigar en el ámbito de la ansiedad y fobia social es complicado, ya que la ansiedad social constituye un trastorno complejo y multifacético, siendo la definición del mismo y la de sus dos formas específica y generalizada, y la determinación de sus características una tarea difícil. Esta problemática ha sido reflejada en los distintos Manuales de Clasificación de los Trastornos Mentales (CIE-10, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR). Concretamente, la realización de estudios como el nuestro, relacionados con la ansiedad social y sus subtipos específico y generalizado, implica varios riesgos asociados al tipo de muestra escogida, a los instrumentos de evaluación empleados y a la metodología desarrollada, que aumentan las probabilidades de obtener resultados contradictorios.

En cuanto a las limitaciones relacionadas con el tipo de muestra seleccionada subrayamos la falta de una muestra clínica, ya que los componentes de la muestra utilizada representan al grupo de jóvenes escolarizados de la población comunitaria de edades comprendidas entre los 13 y los 19 años de la provincia de Granada. Carecer de una muestra clínica constituye una limitación a la hora de generalizar los resultados más allá de la población general y al intentar aplicarlos a sujetos con ansiedad social grave en tratamiento. Además, hemos trabajado con estudiantes adolescentes pero no sabemos si los resultados serán extensibles a jóvenes no escolarizados. Por otra parte, la muestra no fue seleccionada aleatoriamente, ya que se obtuvo a través de centros educativos que aceptaron participar en el

estudio. Este tipo de muestreo incidental impide asegurar la representatividad de los resultados.

Respecto a los instrumentos de evaluación debemos señalar que éstos deberían medir el constructo que se pretende evaluar. En la presente investigación hemos tenido dificultades en encontrar un instrumento que evalúe por separado cada una de las dos formas de ansiedad social (específica y generalizada) en la población infanto-juvenil. Para ello, hemos tenido que optar por la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS) por estar considerada en la literatura científica como el instrumento de elección para distinguir entre los dos subtipos específico y generalizado de ansiedad social, tal como hemos reflejado anteriormente. No obstante, este hecho supone un riesgo, ya que todos los estudios que se han realizado con esta escala se han efectuado en población adulta, donde cada grupo de investigación aplicó su criterio de separación entre los dos grupos de ansiedad, dependiendo de su juicio y de sus intereses. Por nuestra parte, hemos aplicado un criterio de separación cuantitativo entre dichos grupos, siguiendo la literatura encontrada. Todo ello, indica la falta de un instrumento especializado en discriminar formas de ansiedad social (específica y generalizada) en población juvenil. Un reto para próximos estudios sería crear una prueba que cumpla con dicha labor o corroborar el empleo de la SIAS para poblaciones juveniles. Del mismo modo, la evaluación de las distintas competencias psicosociales de los jóvenes constituye una tarea compleja por la dificultad de medir este concepto polifacético, pudiendo verse afectado por una pluralidad de actitudes, normas, creencias y actividades. En este trabajo hemos evaluado las distintas competencias psicosociales de los jóvenes mediante el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18, donde en su parte introductoria se dedica una sección que pretende medir las mismas. De nuevo, sería aconsejable analizar si la evaluación de dichas competencias en población infanto-juvenil requiere de un instrumento más específico para esta tarea.

Por último, la limitación más significativa relacionada con la metodología utilizada es el hecho de que es imposible llevar a cabo una investigación experimental en el terreno de la ansiedad social por razones éticas, ya que no podemos asignar aleatoriamente a los componentes de una muestra a distintos grupos para someterlos a manipulaciones experimentales que nos permitan obtener varias patologías psicológicas, posibilitando el estudio de sus características. Por esto, el estudio de las características de la ansiedad social específica y generalizada en población infanto-juvenil se realiza mediante estudios correlacionales, haciendo uso de diseños donde el fenómeno se produce de forma natural.

Concretamente, nuestro estudio se ha categorizado como cuasi-experimental de tipo descriptivo transversal, donde la naturaleza del mismo carece de garantías suficientes como para establecer relaciones causales inequívocas que permitan relacionar las variables consideradas, pudiendo atribuirse los resultados obtenidos a varias causas.

Por otro lado, en relación a las implicaciones y a las consideraciones generales señalamos que el estudio de las características de la ansiedad social específica y generalizada todavía se encuentra en sus primeras fases, donde la distinción más común entre ambas es de tipo cuantitativo, disponiendo de pocos datos empíricos desde una perspectiva cualitativa. Parece ser que los estudios que han pretendido distinguir entre el subtipo específico de la ansiedad social y el generalizado respecto a la prevalencia, variables sociodemográficas y comorbilidad han sido pocos. La mayoría de los escasos estudios realizados al respecto ha utilizado muestras de adultos y muy pocos se han basado en muestras de niños y adolescentes. Además, las distintas revisiones efectuadas concluyen que la distinción entre dichos subtipos carece de claridad en población infanto-juvenil, ya que los pocos estudios realizados son contradictorios, estimando que el abordaje de las cuestiones anteriores en esta población constituye una tarea compleja por tener que considerar cuestiones diagnósticas, evolutivas, etiopatogénicas y terapéuticas. En cuanto a los distintos factores asociados a la ansiedad social señalamos que en la actualidad disponemos de muchos datos de múltiples investigaciones relacionados con el surgimiento, ocurrencia y mantenimiento de la misma, aunque parece ser que todavía se carece de un modelo teórico integrador capaz de explicar todos estos resultados con el objetivo de comprender los fenómenos de fobia y ansiedad y social. A pesar de la complejidad de estos fenómenos, la evaluación del comportamiento de ansiedad y fobia social ha experimentado un avance metodológico considerable, disponiendo en la actualidad de una multitud de instrumentos específicos de evaluación del mismo, tanto en población adulta como infanto-juvenil.

No obstante, las aportaciones de esta Tesis Doctoral han sido múltiples. Afirmamos que nuestro estudio de las características de la ansiedad social específica y generalizada en población adolescentes ha sido posible mediante un estudio correlacional, tal como hemos comentado anteriormente, permitiéndonos realizar varios estudios dentro de la misma investigación, donde hemos podido estudiar las semejanzas y diferencias entre la ansiedad social específica y generalizada de los jóvenes, su comorbilidad con otros índices clínicos, sus diferencias y similitudes respecto a otros jóvenes con y sin patologías, así como la evaluación de los distintos factores de riesgo asociados tanto a los adolescentes con ansiedad social,

específica y generalizada, como a los otros con otras psicopatologías respecto al control. Parece ser que la ansiedad social específica es más prevalente que la ansiedad social generalizada, careciendo de diferencias significativas entre ambas respecto a distintas variables sociodemográficas y competencias psicosociales, aunque las pocas diferencias significativas existentes entre ambas formas están relacionadas con la ansiedad y evitación de situaciones de actuación e interacción social, donde los jóvenes con ansiedad social generalizada superan a los de la forma específica. Esto nos llevaría a pensar que la naturaleza de estas dos formas es bastante parecida, diferenciándose en función del grado de temor experimentado y del nivel de evitación presentado por los adolescentes en estas situaciones de actuación e interacción social. Del mismo modo, nuestro estudio muestra evidencias relativas a la superioridad del porcentaje de comorbilidad de los jóvenes con ansiedad social generalizada respecto a los que presentan ansiedad social específica en los índices clínicos referentes a la ansiedad y evitación experimentadas por los adolescentes en las situaciones de actuación e interacción social. También parece ser que los jóvenes con ansiedad social específica y generalizada difieren significativamente de otros jóvenes con otras psicopatologías respecto a determinadas variables demográficas (tales como el sexo y el curso escolar), competencias psicosociales (especialmente las que tienen que ver con la realización de determinadas actividades con los iguales) y algunos índices clínicos, aunque estos tres grupos con psicopatologías se parecen entre ellos en un número elevado de problemas clínicos, mostrando los jóvenes de estos grupos con psicopatologías diferencias significativas en una cantidad elevada de índices clínicos respecto a los jóvenes sin patologías.

## 9. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos y de la discusión realizada en esta investigación se pueden extraer las siguientes conclusiones generales:

1. La ansiedad social específica es ligeramente más prevalente que la ansiedad social generalizada en la población adolescente.
2. La naturaleza de la ansiedad social específica y generalizada es similar respecto a determinadas variables sociodemográficas y competencias psicosociales en los jóvenes.
3. Las pocas diferencias significativas presentadas entre las dos formas de ansiedad social (específica y generalizada) de los jóvenes respecto a determinados índices clínicos

- hacen referencia a la ansiedad y evitación experimentadas en situaciones de actuación e interacción social.
4. Los adolescentes con ansiedad social presentan mayor porcentaje de comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos que los jóvenes sin la misma.
  5. Los jóvenes con ansiedad social generalizada muestran mayor porcentaje de comorbilidad que los jóvenes con ansiedad social específica en los índices clínicos referentes a las situaciones de actuación e interacción social.
  6. Los jóvenes con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y sin patologías difieren entre sí en algunas variables demográficas, aunque se parecen en otras.
  7. Los jóvenes con ansiedad social específica, ansiedad social generalizada, otras psicopatologías y sin patologías mantienen más similitudes que diferencias entre sí respecto a determinadas competencias psicosociales..
  8. Los jóvenes con psicopatologías (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías) puntúan más alto que los adolescentes sin patologías en una variedad de índices clínicos.
  9. Los adolescentes con psicopatologías (ansiedad social específica, ansiedad social generalizada y otras psicopatologías) puntúan de una forma similar en una variedad de índices clínicos, salvo en los relacionados con la actuación e interacción social, donde los grupos de ansiedad social manifiestan peores puntuaciones.
  10. Los grupos de adolescentes con psicopatologías guardan más semejanzas que diferencias entre ellos, en comparación con los jóvenes sin patologías, respecto a las *odds ratios* de las diferentes variables demográficas y competencias psicosociales.
  11. Los grupos de jóvenes con psicopatologías mantienen más diferencias que similitudes entre ellos, en comparación con los adolescentes sin patologías, respecto a las *odds ratios* de distintos índices clínicos.

## ***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

## REFERENCIAS

- Abad, J., Forns, M., Amador, J. A. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12, 49-54.
- Abbott, M. J. y Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 136-144.
- Achenbach, T. M. (1981). *Investigación de psicología del desarrollo. Concepto, estrategias y métodos*. México: El Manual Moderno.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Self-Report and 1991 YSR profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 TRF profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 199 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L. y Rescorla, L. A. (2001). *Ratings of Relations between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. Recuperada fecha de 22 de Abril de 2001 en [www.ASEBA.org](http://www.ASEBA.org).
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1987). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Adams, G. R., Abraham, K. G. y Markstrom, C. A. (1987). The relations among identity development, self-consciousness, and self-focusing during middle and late adolescence. *Developmental Psychology*, 23, 292-297.
- Albano, A. M., Chorpita, B. y Barlow, D. (1996). Childhood anxiety disorders. En J. M. March y R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp.196-241). Nueva York: Guilford Press.
- Albano, A. M., Detweiler, M. F. y Logsdon-Conradsen, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions with socially phobic children. En S. W. Ross y T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of Psychotherapies with children and Families* (pp. 255-280). Nueva York: Plenum.
- Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1995). Niños y adolescentes: evaluación y tratamiento. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier, *Fobia Social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 367-402). Barcelona: Martínez Roca.
- Albano, A. M. y Hayward, C. (2004). Social Anxiety Disorder. En A. M. Albano y C. Hayward (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 198-235). Oxford University Press, Londres.
- Albano, A. M. y Silverman, W. K. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Children version*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Alden, L. E. y Mellings, T. M. B. (2004). Generalized Social Phobia and social judgments: The salience of self and partner information. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 143-157.
- Alden, L. E. y Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 297-316.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1ª ed.). Washington, DC: Autor.

- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed., rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (cuarta edición-texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- Amies, P. L., Gelder, M. G. y Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, *142*, 174-179.
- Amin, N., Foa, E. B. y Coles, M. E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 945-957.
- Amir, N., McNally, R. J. y Wiegartz, P. S. (1996). Implicit memory bias for treta in post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *20*, 625-635.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 69-76.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than than the differences. En R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 3-20). Nueva York: Guildford Press.
- Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsions and depression. *International Clinical Psychopharmacology*, *8*, 21-25.
- Anthony, M. M., Roth, D., Swinson, R. P., Huta, V. y Devins, G. M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *186*, 311-315.
- Anxiety Disorders Association of America (2002). *About ADA: Goals and objectives*. Online at <http://www.wadaa.org/aboutadaa/goalsobjectives>.
- Arbelle, S., Benjamin, J., Golin, M., Kremer, I., Belmaker, R. H. y Ebstein, R. B. (2003) Relation of shyness in grade school children to the genotype for the long form of the serotonin transporter promoter region polymorphism. *The American Journal of Psychiatry Washington*, *160*, 671-676.
- Archer, R. P. (1984). Use of the MMPI with adolescents: A review of salient sigues. *Clinical Psychology Review*, *4*, 241-251.
- Archer, R. P., Ball, J. D. y Hunter, J. A. (1985). MMPI characteristics of borderline psychopathology in adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 47-55.
- Archer, R. P. y Gordon, R. A. (1988). MMPI and Rorschach indices of schizophrenic and depressive diagnoses among adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 276-287.
- Archer, R. P., Gordon, R. A., Anderson, G. L. y Giannetti, R. (1989). MMPI special scale clinical correlates for adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, *53*, 654-664.
- Archer, R. P. y Klinefelter, D. (1991). MMPI factor analytic findings for adolescents: Item-and sacale-level factor structures. *Journal of Personality Assessment*, *57*, 356-367.
- Argas, S. (1985). *Panic. Facing fears, phobias, and anxiety*. Nueva York: Freeman and Company.
- Arkowitz, H., Liechtenstein, E., McGovern, K. y Hines, P. (1975). The behavioral assessment of social competence in males. *Behavior Therapy*, *6*, 3-13.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G., Monsma, A. y Brilman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, *143*, 183-187.

- Arrindell, W. A., Kweem, M. G. T., Methorst, G. J., Nam der Ende, J., Pol, E. y Moritz, B. J. M. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *British Journal of Psychiatry*, *155*, 526-535.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bacon, M. K. y Ashmore, R. D. (1985). How mothers and fathers categorize descriptions of social behavior attributed to daughters and sons. *Social Cognition*, *3*, 193-217.
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral: Universidad de Barcelona.
- Bados, A. y Saldaña, C. (1987). Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, *16*, 441-464.
- Baldwin, J. M. (1894). Bashfulness in children. *Educational Review*, *8*, 434-441.
- Ball, J. D., Archer, R. P., Struve, F. A., Hunter, J. A. y Gordon, R. A. (1987). MMPI correlates of a controversial EEG pattern among adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, *43*, 708-714.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Bobes, J., Beidel, D. C., Ono, Y. y Westenberg, H. G. (1998). Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 54-60.
- Ballesteros, M. C. y Conde, V. J. M. (1999). Trastorno por ansiedad social de inicio en la infancia y la adolescencia. En J. G. Bobes, M. P., González, P. A., Sáiz y G. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 35-62). Barcelona: Masson.
- Ballesteros, M. C., Conde, V. J. M. y Geijo, M. S. (1996). Consideraciones clínicas sobre la comorbilidad de los trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, *24*, 339-352.
- Bandura, A. (1976). Self reinforcement: Theoretical and methodological considerations. *Behaviorism*, *4*, 135-155.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V. y Bedito, M. (2003). Fobia social: comorbilidad y diagnóstico diferencial. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiñá (Eds.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 37-64). Barcelona: Paidós.
- Baños, R. M. y Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish versión of the Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, *87*, 269-274.
- Baños, R. M. y Perpiñá, C. (2002). *Exploración psicopatológica*. Madrid, Síntesis.
- Baños, R. M., Quero, S. y Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea de *Stroop* emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*, 23-42.
- Baños, R. M., Quero, S., Botella, C. y Perpiñá, C. (2003). ¿Qué es la fobia social? En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiñá (Eds.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 15-35). Barcelona: Paidós.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its Disorders*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Esler, J. L. y Vitali, A. E. (1998). Psychological treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (pp. 288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E. B., Vermilyea, B. B., DiNardo, P. A. y Cerny, J. A. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 320-329.
- Baumeister, R. F. (1991). *Escaping the self: Alcoholism, spiritualism, masochism, and other flights from the burden of selfhood*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, J. G., Andrasik, F. y Arena, J. G. (1989). Diseños de comparación de grupos. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Métodos de investigación en psicología clínica* (pp. 115-155). Bilbao: DDB.

- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Nueva York: Basic Books.
- Becker, R. E. y Heimberg, R. G. (1988). Assessment of social skills. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (3ª ed.) (pp. 365-395). Nueva York: Pergamon Press.
- Becker, E. S., Roth, W. T., Andrich, M. y Margraf, J. (1999). Explicit memory in anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 153-163.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 4*, 545-552.
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C. A. y Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety. *The Psychiatric Clinics of North America, 24*, 831-846.
- Beidel, D. C. y Morris, T. L. (1995). Social phobia. En J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 181-211). Nueva York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., Neal, A. M. y Lederer, A. S. (1991). The feasibility and validity of a daily diary for the assessment of anxiety in children. *Behavior Therapy, 22*, 505-517.
- Beidel, D. C. y Randall, J. (1994). Social phobia. En T. H. Ollendick, N. J. King y W. Yule, (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 111-130). Nueva York: Plenum Press.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 275-287.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Cooley, M. R. (1993). Assessing reliability and clinically significant change in social phobia: Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 331-337.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 109-117.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Fink, C. M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment, 8*, 235-240.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Jacob, R. G. y Cooley, M. R. (1989). Assessment of social phobia: Reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorders, 3*, 149-158.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment, 7*, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 643-650.
- 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.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1979). *Research and practice in social skills training*. Nueva York: Plenum Press.
- Benca, R., Matuzas, W. y Al-Sadir, F. (1986). Social phobia, MVP, and response to imipramine. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 6*, 50-51.
- Benjamín, R. S., Costello, E. J. y Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 293-316.
- Berg, I., Butler, A. y Hall, J. (1976). The outcome of adolescent school phobia. *British Journal of Psychiatry, 128*, 80-85.
- Berg, I. y Jackson, A. (1985). Teenage school refusers grow up: A follow-up study of 168 subjects, ten years on average after inpatient treatment. *British Journal of Psychiatry, 147*, 366-370.

- Berko, E. H. (1993). *Gender rol conflict as a mediator of the impact of shyness, physical self-esteem, and sex-role attitudes on men's intimate self-disclosure*. Disertación doctoral no publicada. Nueva York: Albany.
- Bernstein, G. A., Garfinkel, B. D. y Hoberman, H. M. (1989). Self-reported anxiety in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 384-386.
- Bird, H. R., Gould, M. S. y Staghezza, B. M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, *32*, 361-368.
- Bisserbé, J. C., Weiller, E., Boyer, P., Lépine, J. P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 169-174.
- Black, B. y Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 847-856.
- Black, B., Uhde, T. W. y Tancer, M. E. (1992). Fluoxetine for the treatment of social phobia. *Journal of clinical psychopharmacology*, *12*, 293-29.
- Blanco, C., Schneier, F., R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C., R., Marshall, R., Sánchez-Lacay, A. y Liebowitz, M. R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, *18*, 29-40.
- Bland, R. C., Orn, H. y Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *77*, 24-32.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., de la Torre, J., Doménech, R., González-Quirós, M., Buscarán, M. T., González, J. L., Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheenan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, *112*, 530-538.
- Bobes, J. G. González, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. G. (1999). *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Barcelona: Masson.
- Bögels, S. M. y Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and gneralized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 205-211.
- Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia-Warner, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J. y Lewin, M. R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*, 271-292.
- Borkovec, T. D., Stone, N., O'Brien, G. y Kaloupek, D. (1974). Identification and measurement of a clinically relevant target behavior for analogue outcome research. *Behavior Therapy*, *5*, 503-513.
- Bornas, X. y Tortilla, M. (1998). Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo-conductual. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia Social* (pp. 245-307). Barcelona: Masson.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (2003a). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (2003b). Una propuesta para comprender la fobia social. En C. Botella, R. M., Baños y C. Perpiñá (Eds.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 87-118). Barcelona: Paidós.
- Bousoño, M., Sáiz, P. A., Jiménez, L. y Fernández, J. M. (1999). Bases biológicas del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, M. P. González, P. A. Sáiz y M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 15-26). Barcelona: Masson.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, *36*, 129-148.
- Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behavior Research and Therapy*, *25*, 443-455.

- Boyd, J. H., Burke, J. D., Gruenberg, E., Holzer, C. E., Rae, D. S., Geore, L. K., Karno, M., Stolzman, R., McEvoy, L. y Nestodt, G. (1984). Exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 41, 983-989.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Millar, N., Bonham-Carter, C., Fergunson, E. Jenkins, J. y Part, M. (1997). Attentional biases for emotional faces. *Cognition and Emotion*, 11, 25-42.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabé, R. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6-17 años. *Ansiedad y estrés*, 2, 97-112.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B., Phillips, K. A., Morton, A., Szepowicz, V., Emmanuel, N., Villareal, G., Johnson, M. y Ballenger, J. C. (1995). Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: A comorbidity study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1665-1667.
- Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavioral Genetics*, 25, 95-101.
- Bronson, W. C. (1966). Control orientations: A study of behavior organization from childhood to adolescence. *Child development*, 37, 125-155.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and The Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9, 21-27.
- Bruch, M. A. (1989). Assessing familial and developmental antecedents of social phobia: Issues and findings. *Clinical Psychology Review*, 9, 37-47.
- Bruch, M. A. (1993). *Facets of self-esteem that mediate the relation of public self-consciousness and shyness*. Unpublished data. Nueva York: Albany.
- Bruch, M. A. y Cheek, J. M. (2000). Factores de desarrollo de la timidez en la infancia y la adolescencia. En Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. (Eds.), *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 163-180). Barcelona: Martínez Roca.
- Bruch, M. A., Giordano, S. y Pearl, L. (1986). Differences between fearful and self-conscious shy subtypes in background and adjustment. *Journal of Research in Personality*, 20, 172-186.
- Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M. y Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 904-915.
- Bruch, M. A. y Heimberg, R. G. (1994). Differences in perception of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 155-168.
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., Berger, P. y Collins, T. M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Journal of Anxiety Research*, 2, 57-65.
- Buck, R. W., Parke, R. D. y Buck, M. (1970). Skin conductance, heart rate, and attention to the environment in two types of stressful situations. *Psychonomic Science*, 18, 95-96.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. y Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101-107.
- Burisch, M. (1984). Approaches of personality inventory construction. *American Psychologist*, 39, 214-227.
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Buss, A. H. (1986). A theory of shyness. En W. H. Jones, J. M. Cheek y S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 39-46). Nueva York: Plenum Press.
- Buss, A. H. y Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. y Pancheri, P. (1976). *A handbook of cross-national MMPI research*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S. y Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651-657.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. L. y Gelder, M. G. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.
- Caballo, V. E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. E. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99.
- Caballo, V. y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8, 173-215.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruña, M. J. y Rosa, A. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11, 539-562.
- Caballo, V. E. y Turner, R. M. (1994). *Behavioral, cognitive and emotional differences between social phobic and non-phobic people*. Comunicación presentada en la 28<sup>th</sup> Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. San Diego: California.
- Caldirola, D., Perna, G., Arancio, C., Bertani, A. y Bellodi, L. (1997). The 35% CO<sub>2</sub> challenge test in patients with social phobia. *Psychiatry Research*, 71, 41-48.
- Campbell, H. (1896). Morbid shyness. *British Journal Medical*, 2, 805-807.
- Canino, G. J., Bird, H. R., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martínez, R., Sesman, M. y Guevara, L. M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Canute, L. M., Samms-Vaughan, E. M., Fairclough, M., Schmitt, N., Shin, A. J. y Nutter, A. C. (2003). Is It Prudent to Administer All Items for Each Child Behavior Checklist Cross-Informant Syndrome? Evaluating the Psychometric Properties of the Youth Self-Report Dimensions With Confirmatory Factor Analysis and Item Response Theory. *Psychological Assessment*, 15, 550-568.
- Carducci, B. J. (1999). *Shyness: A bold new approach*. Nueva York. HarperCollins Publisher: Inc.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1988). A control-process perspective on anxiety. *Anxiety Research*, 1, 17-22.
- Caster, J. B., Inderbitzan, H. M. y Hope, D. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 237-251.
- Cervera, S. y Ortuño, F. (1998). Límites y bases del concepto de fobia social. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia Social* (pp. 1-25). Barcelona: Masson.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Hope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. L. (1998). Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.

- Chapman, T. F., Mannuzza, S. y Fyer, A. J. (1995). Epidemiology and family studies of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 32-49). Nueva York: Guilford Press.
- Chavira, D. A. y Stein, M. B. (2002). Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescence Psychopharmacology*, 12, 47-54.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. y Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163-171.
- Chavira, D. A., Stein, M. B. y Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 585-589.
- Cheek, J. M. y Buss, A. H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 330-339.
- Cheek, J. M., Carpentieri, A. M., Smith, T. G., Rierdan, J. y Koff, E. (1986). Adolescent shyness. En W. H. Jones, J. M. Cheek y S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 105-115). Nueva York: Plenum Press.
- Cheek, J. M. y Melchior, L. A. (1990). Shyness, self-esteem, and self-consciousness. En H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluative anxiety* (pp. 47-82). Nueva York: Plenum Press.
- Cheek, J. M. y Zonderman, A. B. (1983). Shyness as a personality temperament. *Poster presentado en el 90<sup>a</sup> annual meeting of the American Psychological Association, August 30, 1983, Anaheim: C.A.*
- Chen, Y. B., Ehlers, A., Clark, D. M. y Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687.
- Clark, D. B. (1993). *Assessment of social anxiety in adolescent alcohol abusers*. Comunicación presentada en la Anxiety Disorders Association of America Annual Convention. Charleston: Estados Unidos.
- Clark, D. B., Bukstein, O. G., Smith, M. G., Kaczynski, N. A., Mezzich, A. C. y Donovan, J. E. (1995). Identifying anxiety disorders in adolescent's hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatric Services*, 46, 618-620.
- Clark, D. B., Feske, U., Masia-Warner, C. L., Spaulding, S. A., Brown, C., Mammen, O. y Shear, M. K. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and Anxiety*, 6, 47-61.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T. y Davelley, L. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- Clark, D. M. y Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233.
- Clark, D. M. y McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 92-100.
- 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.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneider (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford Press.
- Clark, J. V. y Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, 36, 211-221.
- Cloitre, M., Cancienne, J., Heimberg, R. G., Holt, C. S. y Liebowitz, M. (1995). Memory bias does not generalize across anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 33, 305-307.

- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. y Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 851–866.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A. y Stewart, S. H. (2005). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 345–359.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Compton, S. N., Nelson, A. H. y March, J. S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
- Conde, V. J. M. y Ballesteros, M. C. (1995). La psicopatología y la psiquiatría infanto-juveniles desde la perspectiva del adulto. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 1017-1068). Tomo II. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de la Universidad de Sevilla.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. y Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Sutherland, S. y Weisler, R. (1999). Social Phobia: Issues in Assessment and Management. *Epilepsia*, 40, S60-S65.
- Constans, J. I., Penn, D. L., Ihen, G. H. y Hope, D. A. (1999). Interpretative biases for ambiguous stimuli in social anxiety. *Psychophysiology*, 20, 160-167.
- Cook, E. W., Melamed, B. G., Cuthbert, B. N., McNeil, D. W. y Lang, P. J. (1988). Emotional imagery and the differential diagnosis of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 734-740.
- Coolidge, J., Brodie, R. y Feeney, B. (1964). A ten-year follow-up study of sixty-six school-phobic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, 675-684.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P. y Dorenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285-297.
- Cox, B. J. y Swinson, R. P. (1995). Assessment and measurement. En M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 261-291). Nueva York: Guilford Press.
- Crick, N. R. y Ladd, G. W. (1993). Children's perceptions of their peer experiences: Attributions, loneliness, social anxiety, and social avoidance. *Developmental Psychology*, 29, 244-254.
- Crozier, R. (1979). Shyness as anxious self-preoccupation. *Psychological Reports*, 44, 959-962.
- Curran, J. B. (1977). Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety: A review. *Psychological Bulletin*, 84, 140-157.
- Dadds, M. R., Rapee, R. M., y Barret, P. M. (1994). Behavioral observation. En T. Ollendick, N. J. King y W. Yule (Eds.), *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 349-364). Nueva York: Plenum Press.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S. y Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook: Volume II. Research applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Davidson, J. R. T. (2000). Social anxiety disorder under scrutiny. *Depression and Anxiety*, 11, 93-98.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. C., George, L. K. y Blazer, D. G. (1993). The boundary of social phobia: exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 51, 975-983.
- Davidson, J. R. t., Miner, C. M., de Veugh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colket, J. T. y Potts, N. L. S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A Psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 27, 161-166.

- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Krishnan, R., Ford, S. M., Smith, R. D. y Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48-51.
- Davidson, J. R. T., Tupler, L. A. y Potts, N. L. S. (1994). Treatment of social phobia with benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 28-32.
- Degonda, M. y Angst, J. (1993). The Zurich Study XX. Social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 95-102.
- DeWitt, D. J., Chandler-Couts, M., Offord, D. R., King, G., MacDougall, J., Specht, J., Stewart, S. (2005). Gender differences in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 479-502.
- DeWitt, D. J., MacDonald, K. y Offord, D. R. (1999). Childhood stresses and symptoms on drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Dimberg, U. (1997). Social fear and expressive reactions to social stimuli. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 171-174.
- Dimberg, U., Fredrikson, M. y Lundquist, O. (1986). Autonomic reactions to social and neutral stimuli in subjects high and low in public speaking fear. *Biological Psychology*, 23, 223-233.
- Di Nardo, P. A. y Barlow, D. H. (1988). *The Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime Version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., Lawton, J. K. y Barlow, D. H. (1995). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Lifetime Version: Description and initial evidence for diagnostic reliability*. Comunicación presentada en The Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington: DC.
- Di Nardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M. y Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Di Nardo, P. A., O'Brien, G., Barlow, D. H., Waddell, M. T. y Blanchard, E. B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorders categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074.
- Dineen, K. A. y Hadwin, J. A. (2004). Anxious and depressive symptoms and children's judgements of their own and others' interpretation of ambiguous social scenarios. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 499-513.
- Dinnel, D. L., Kleinknecht, R. A. y Tanaka-Matsumi, J. (2002). A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 75-84.
- Dodge, C. S., Heimberg, R. G., Nyman, D. y O'Brien, G. T. (1987). Daily heterosocial interactions of high and low socially anxious college students: A diary study. *Behavior Therapy*, 18, 90-96.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211-222.
- Donohue, B. C., Van Hasselt, V. B. y Hersen, M. (1994). Behavioral assessment and treatment of social phobia: An evaluative review. *Behavior Modification*, 18, 262-288.
- Drake, L. E. (1946). A social IE scale for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 30, 51-54.
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J. y Fairbanks, J. A. (1997). A systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 653-660.
- Dyck, I. R., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., Dolan, R. T., Shea, M. T., Stout, R. L., Massion, A. O., Zlotnick, C. y Keller, M. B. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 15, 60-71.

- Eaton, W. W., Dryman, A. y Weissman, M. M. (1991). Panic and phobias. En Robins, L. N. y Regier, D. A. (Eds.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study* (pp. 155-179). Nueva York: Free Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1991). Tratamiento psicológico de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 7, 23.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1999). Tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social. En J. Bobes, M. P. González, P. A. Sáiz y M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 97-112). Barcelona: Masson.
- Eckman, P. S. y Shean, G. D. (1997). Habituation of cognitive and physiological arousal and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1113-1121.
- Eggleston, A. M., Woolaway-Bickel, K. y Schmidt, N. B. (2004). Social anxiety and alcohol use: Evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 33-49.
- Eifert, G. H. y Wilson, P. H. (1991). The triple response approach to assessment: A conceptual and methodological reappraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 283-292.
- Ekselius, L., Lindstrom, E., Von Knorring, L., Bodlund, O. y Kullgren, G. (1994). SCID-II interviews and the SCID Screen Questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 120-123.
- Emmanuel, N. P., Lydiard, R. B. y Ballenger, J. C. (1991). Treatment of social phobia with bupropion. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11, 276-277.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G. y Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143-156.
- Engfer, A. (1993). Antecedents and consequences of shyness in boys and girls: A 6-year longitudinal study. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 49-79). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. y Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 19-35.
- Erwin, B. A., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Fresco, D. M. y Hantula, D. A. (2004). The Internet: Home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 629-646.
- Essau, C. A. (2003). Epidemiology and comorbidity. En C. A. Essau (Ed.), *Conduct and oppositional defiant: Epidemiological, risk factors, and treatment*. Nueva Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, R. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Essau, C. A., Conradt, J., Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1978). *Cuestionario de Personalidad*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1986). *EPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños (EPQ-J) y Adultos (EPQ-A)*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Eysenck, M. W. (1979). Anxiety, learning, and memory: A reconceptualization. *Journal of Research in Personality*, 13, 363-385.
- Faravelli, C., Webb, T., Ambonetti, A., Forneau, F. y Sessarego, A. (1985). Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1493-1494.

- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Scarpato, A, Vigliaturo, D., Rosi, S., D'Adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Fehm, L. y Margraf, J. (2002). Thought suppression: Specificity in agoraphobia versus broad impairment in social phobia? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 57-66.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F. y Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Ferdinand, R. F., Ven der Ende, J. y Verhulst, F. C. (2004). Parent-Adolescent Disagreement Regarding Psychopathology in Adolescents from the General Population as a Risk Factor for Adverse Outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 198-206.
- Ferrando, L., Bobes, J., Soto, M., Gubert, J. y Lecrubier, Y. (1997). La M.I.N.I. PLUS: Actas de la 1<sup>st</sup> Conference on the International Standardization of a Psychiatric Diagnostic Interview: The M.I.N.I. Praga.
- Field, A. P., Psychol, C. y Morgan, J. (2004). Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 647-663.
- First, M. B., Spitzer, R. L. y Gibbon, M. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II), II: Multi-site test retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9, 92-104.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structural Clinical Diagnostic Interview for DSM-Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fishman, S. M., Sheehan, S. W. y Carr, D. B. (1985). Thyroid indices in panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 432-433.
- Foa, E. B., Franklin, M. E. y Kozak, M. J. (2001). Social phobia: An information-processing perspective. En E. B. Foa, M. E. Franklin y M. J. Kozak (Eds.), *from social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 268-280). Allyn & Bacon, Needham Heights, MA, US.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J. y Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 433-439.
- Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., Amir, N. y Freshman, M. (2000). Memory bias in generalizad social phobia: Remembering negative emocional expressions. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 501-519.
- Fones, C. S. L., Manfo, G. G. y Pollack, M. H. (1998). Social phobia: an update. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 247-259.
- Francis, G. (1990). Social phobia in childhood. En M. Hersen y C. G. Last, *Handbook of child and adult psychopathology* (pp. 163-168). Nueva York: Pergamon Press, Inc.
- Francis, G., Last, C. G. y Strauss, C. (1992). Avoidant personality disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 1086-1089.
- Francis, G., Strauss, C. C. y Last, C. G. (1987). *Social anxiety in school phobic adolescents*. Documento presentado en el Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy: Boston.
- French, D. C. (1990). Heterogeneity of peer rejected girls. *Child Development*, 61, 2028-2031.
- Freud, S. (1961). Inhibitions, symptoms and anxiety. En J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol. 20)* (pp. 87-157). Londres: Hogarth Press.
- Furmark, T. (2004). Anxiety Disorder; Serotonin transporter gene variation correlates with social phobia severity. *Genomics and Genetics Weekly Atlanta*, 6, 12.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1335-1344.
- Fyer, A., Mannuzza, S., Champan, T. F., Liebowitz, M. R. y Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General psychiatry*, 50, 286-293.

- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y. y Klein, D. F. (1995). Specificity in familiar aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 564-573.
- García-López, L. J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-López, L. J., Olivares, J. y Vera-Villaruel, P. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151-160.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. (1989). *Psiquiatría*. México, D. F.: Interamericana-MaGraw-Hill.
- Gelernter, J., Page, G. P., Stein, M. B. y Woods, S. W. (2004). Genome-Wide Linkage Scan for Loci Predisposing to Social Phobia: Evidence for a Chromosome 16 Risk Locus. *American Journal of Psychiatry*, 161, 59-66.
- Gelernter, C. S., Stein, M. B., Tancer, M. E. y Uhde, T. W. (1992). An examination of syndromal validity and diagnostic subtypes in social phobia and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 23-27.
- Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. y Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 706-717.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Sepech Monographs*, 9, 141-160.
- Gilmartin, B. G. (1987b). *Shyness and love: Causes, consequences, and treatment*. Lanham, MD: University Press of America.
- Ginsburg, G., La Greca, A. M. y Silverman, W. S. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Linkages with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 189-199.
- Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. Barcelona, Grijalbo.
- Glass, C. R. y Arnkoff, D. B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 75-90.
- Glass, C. R. y Arnkoff, D. B. (1997). Questionnaire methods of cognitive self-statement assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 911-927.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L. y Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Godart, N., Flamment, M., Lecrubier, Y. y Jeammet, P. (2001). Anxiety disorders in anorexia nervosa: Comorbilidad and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden city, NY: Doubleday/Anchor.
- Gokalp, P. G., Tukul, R., Solmaz, D., Demir, T. y Kiziltan, E. (2001). Clinical features and comorbidity of social phobics in Turkey. *European Psychiatry*, 16, 115-121.
- Gold, P. W., Goodwin, F. K. y Chrousos, G. P. (1988). Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress. *New England Journal of Medicine*, 319, 348-353.
- Goldstein, S. (1987). Treatment of social phobia with clonidine. *Biological Psychiatry*, 22, 369-372.
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Graziano, A., DeGiovanni, I. S. y Garcia, K. (1979). Behavioral treatment of children's fears: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 804-830.

- Greco, L. A. y Morris, T. L. (2001). Treating childhood shyness and related behavior. Empirically Evaluated approaches to promote positive social interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 299-318.
- Greist, J. H., Klein, M. H. y Erdman, H. P. (1985). *Psychiatric Diagnosis by direct patient-computer Interview*. Madison: University of Wisconsin.
- Greist, J. H., Kobak, K. A., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J. y Chene, R. L. (1995). The clinical interview. En Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R. (Eds.), *Social Phobia. Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 185-201). Nueva York: The Guilford Press.
- Habke, A. M., Hewitt, P. L., Norton, G. R. y Asmundson, G. (1997). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: An exploration of the dimensions of social anxiety and sex differences in structure and relations with pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19, 21-39.
- Ham, L. S. y Hope, D. A. (2003). Alcohol and anxiety subtle and obvious attributes of abuse in adults with social anxiety disorder and panic disorder. *Depression and Anxiety*, 18, 128-139.
- Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 18, 46-50.
- Harris, R., Noyes, R., Crowe, R. R. y Chaudry, M. D. (1983). Family study of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1061-1064.
- Harro, J., Vasar, E. y Bradwejn, J. (1993). CCK in animal and human research on anxiety. *Trends in Psychopharmacological Sciences*, 14, 244-249.
- Harter, S. (1988). *Manual for self Perception Profile for Adolescents*. Denver: University of Denver.
- Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 435-456.
- Hase, H. D. y Goldberg, L. R. (1967). Comparative validity of different strategies of constructing personality inventory scales. *Psychological Bulletin*, 67, 231-248.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1942). A multiphasic personalit schedule (Minnesota): III. The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology*, 14, 73-84.
- Hathaway, S. R. y Monachesi, E. D. (1953). *Analyzing and predicting juvenile delinquency with the MMPI*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hayward, C., Killen, J., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent phobia. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 37, 1308-1316.
- Hazen, A. L. y Stein, M. B. (1995). Differential diagnosis and comorbidity of social phobia. En M. B. Stein (Ed.), *Social Phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 3-41). Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Heckelman, L. R. y Schneier, F. R. (1995). Diagnostic Issues. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 3-20). Nueva York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G. (1996). Social phobia, avoidant personality disorder and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. En P. M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 43-61). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K. y Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J. y Stein, M. B. (2000). Social Phobia or Social Anxiety Disorder: What's a Name? *Archives of General Psychiatry*, 57, 191-192.

- Heimberg, R. G., Holt, C. S. (1993). *The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia: A report to the social phobia subgroup for DSM-IV*. Unpublished manuscript.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L. y Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. A. y Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. (2000). *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca (Original, 1995).
- Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A. y Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.
- Heiser, N. A., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 209-221.
- Henderson, L. y Zimbrado, P. (1998). Shyness. En *Enciclopedia of Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press.
- 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., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Hetem, L. A. B., de Souza, C. J., Guimareas, F. S., Zuardi, A. W. y Graeff, F. G. (1996). Effect of d-fenfluramine on human experimental anxiety. *Psychopharmacology*, 127, 276-282.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C. y Kendler, K. S. (2005). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Archives of General Psychiatry*, 62, 182-189.
- Hill, G. J. (1989). An unwillingness to act: Behavioral appropriateness, situational constraint, and self-efficacy in shyness. *Journal of Personality*, 57, 871-890.
- Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G. y Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 4, 117-126.
- Hodges, K., Kline, J. y Stern, L. (1982). The development of a child assessment interview for research and clinical use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 173-189.
- Hofmann, S. G. (2000). Treatment of social phobia: Potential mediators and moderators. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 3-16.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation treatment change in social phobia. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 72, 392-399.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.
- Hofmann, S. G. y Barlow, D. H. (2002). Social Phobia (Social Anxiety Disorder). En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic (2ª ed.)* (454-476). Nueva York: The Guilford Press.
- Hofmann, S. G., DiBartolo, P. M., Holaway, R. M. y Heimberg, R. G. (2004). Scoring error of Social Avoidance and Distress Scale and its psychometric implications. *Depression and Anxiety*, 19, 197-198.
- Hofmann, S. G., Gerlach, A. L., Wender, A. y Roth, W. T. (1997). Speech disturbance and gaze behavior during public speaking in subtypes of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 573-585.

- Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A. y Heinrichs, N. (2002). Evolutionary mechanisms of fear and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 317-330.
- Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Kim, H. J. y Tylor, A. N. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 588-596.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A. y Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- Hofmann, S. G. y Roth, W. T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy*, 27, 79-91.
- Hollander, E., Kwon, J., Weiller, F., Cohen, L., Stein, D. J., De Caria, C., Liebowitz, M. y Simeon, D. (1998). Serotonergic dysfunction in social phobia: Comparison to normal control and obsessive-compulsive disorder subjects. *Psychiatry Research*, 70, 213-217.
- Holle, C., Neelly, J. H. y Heimberg, R. G. (1997). The effects of blocked versus random presentation and semantic relatedness or stimulus words on response to a modified Stroop task among social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 681-697.
- Holmes, P. V. y Drugan, R. C. (1993). Amygdaloid central nucleus lesions and cholinergic blockade attenuate the response of the renal peripheral benzodiazepine receptor to stress. *Brain Research*, 621, 1-9.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A. y Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63-77.
- Hood, S. D. y Nutt, D. J. (2001). Psychopharmacological treatments: An overview. En W. R. Crozier y L. E. (Eds.), *International handbook of social anxiety* (pp. 471-504). Chichester, UK: Wiley.
- Hooke, J. N. y Valentiner, D. P. (2002). Are Specific and Generalized Social Phobias Qualitatively Distinct? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 379-395.
- Hooke, J. N., Valentiner, D. P. y Kim, H. (2000). *Distinction of social phobia subtypes*. Poster aceptado en el 34 del Annual Convention of the Association of the Advancement of Behavior Therapy. New Orleans: LA.
- Hope, D. A. y Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders. A step treatment manual (2ª ed.)* (pp. 99-136). Nueva York: Guilford Press.
- Hope, D. A., Herbert, R. G. y White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G. y Dombek, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 681-697.
- Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24, 102-129.
- Hygge, S. y Öhman, A. (1978). Modeling processing in the acquisition of fears: Viacarious electrodermal conditioning to fear/relevant stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 271-279.
- Inderbitzen, H. M., Walters, K. S. y Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 338-348.
- Inderbitzen-Nolan, H., Davies, C. A. y McKeon, N. D. (2004). Investigating the construct validity of the SPAI-C: comparing the sensitivity and specificity of the SPAI-C and the SAS-A. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 547-560.
- Inderbitzen-Pisaruk, H., Clark, M. L. y Solano, C. H. (1992). Correlates of loneliness in midadolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 151-167.

- Inglés, C., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2000). Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia. *Psichema*, 12, 390-398.
- Inglés, C., Méndez, F. X., Hidalgo, M. D., Rosa, A. I. y Orgilés, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1-21.
- Ingram, R. E., Ramel, W., Chavira, y Scher, C. (2001). Social anxiety and depression. En W. R. Crozier y L. E. Alden (Eds.), *International Handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 357-380). Nueva York: John Wiley & Sons Ltd.
- Jackson, D. N. (1971). The dynamics of structured personality tests: 1971. *Psychological Review*, 78, 229-248.
- James, W. (1890). *The principles of psychology (Vol. 2)*. Nueva York: Holt.
- Janet, P. (1903). *Les Obsessions et la psychasthénie*. Paris: Flammarion. Alcan.
- Janet, P. (1909). *Les néuroses*. Paris: Flammarion. Alcan.
- Jansen, M. A., Arntz, A., Merckelbach, H. y Mersch, P. P. A. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 391-395.
- Jiménez-Gómez, F. y Ávila-Espada, A. (2003). *MMPI-A, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes*. Madrid: Ediciones TEA.
- Jiménez, L., Sáiz, P. A., Bascarán, M. T. e Iglesias, C. (1999). Epidemiología del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, M. P. González, P. A. Sáiz y M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 3-26). Barcelona: Masson.
- Johnson, H. S., Inderbitzen-Nolan, H. M. y Schapman, A., M. (2005). A comparison between socially anxious and depressive symptomatology in youth: A focus in perceived family environment. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 423-442.
- Johnson, M. R., Lydiard, R. B., Zealberg, J. J., Fossey, M. D. y Ballenger, J. C. (1994). A plasma and CSF HVA level in panic patient's with comorbid social phobia. *Biological Psychiatry*, 36, 426-427.
- Joiner, T. E. (2000). Depression's vicious scree: Self-propogating and erosive processes in depression chronicity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 203-218.
- Jones, W. H. y Briggs, S. R. (1986). *Manual for the Social Reticence Scale*. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Jones, W. H., Briggs, S. R. y Smith, T. G. (1986). Shyness. Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Judd, L. L. (1994). Social phobia: a clinical overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-9.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G. y Holt, C. S. (1996). Social phobia: Diagnostic issues and review of cognitive behavioral treatment strategies. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification (vol. 30)* (pp. 75-98). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kagan, J. y Reznick, S. J. (1986). Shyness and temperament. En W. H. Jones, J. M. Cheek y S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 81-90). Nueva York: Plenum Press.
- Kagan, J., Reznick, J. S. y Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kagan, J., Snidman, N. y Arcus, D. (1993). On the temperamental categories of inhibited and uninhibited children. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 19-28). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kamphuis, J. y Telch, M. J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on the reduction of claustrophobic fear. *Behaviour Therapy and Research*, 38, 1163-1181.
- Kanfer, F. H. y Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. En L. P. Rehm (Ed.), *Behavior Therapy for Depression: Present status and future directions* (pp. 143-179). Nueva York: Academic Press.
- Kanfer, F. H. y Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 3, 398-416.

- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K. y Reid, J. C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701-706.
- Kashdan, T. B. (2002). Social anxiety dimensions, neuroticism, and the contours of positive psychological functioning. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 789-810.
- Kashdan, T. B. (2004). The neglected relationship between social interaction anxiety and hedonic deficits: Differentiation from depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 719-730.
- Kashdan, T. B. y Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child Family Psychology Review*, 4, 37-62.
- Katerndahl, D. A. y Vande Creek, L. (1983). Hyperthyroidism and panic attacks. *Psychosomatics*, 24, 491-496.
- Katzelnick, D. J., Kenneth, A. K., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Mantle, J. M. y Serlin, R. C. (1995). Sertraline for social phobia: A double-blind, placebo-controlled crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1368-1371.
- Katzman, M. A., Koszycki, D. y Bradwejn, J. (2004). Effects of CCK-tetrapeptide in patients with social phobia and obsessive-compulsive. *Depressive and Anxiety*, 20, 51-58.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Freidman, M., Kim, R., Kortlander, E., Sessa, F. M. y Siqueland, L. (1991). Treating anxiety disorders in children and adolescents. En P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 131-164). Nueva York: Guilford Press.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kennedy, J. L., Neves-Pereira, M., King, N., Lizak, M. V., Basile, V. S., Chartier, M. J., Stein, M. B. (2001). Dopamine system genes not linked to social phobia. *Psychiatric Genetics*, 11, 213-217.
- Kessler, R., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives General of Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Walters, E. E. (1999). Lifetime Comorbidities between Social Phobia and Mood Disorders in the U. S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.
- Kessler, R. C., Stein, M. B. y Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 155, 613-619.
- Kim, E. J. (2005). The effective of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 69-86.
- King, R. J. (1986). Motivational diversity and mesolimbic dopamine: A hypothesis concerning temperament. En R. Plutchik y H. Kellerman (Eds.), *Emotions: Theory, research, and experience: Biological foundations of emotions* (pp. 363-380). Orlando, FL: Academic Press.
- King, R. J., Mefford, I. N., Wang, C., Murchison, A., Caligari, E. J. y Berger, P. A. (1986). CSF dopamine levels correlate with extraversion in depressed patients. *Psychiatry Research*, 19, 305-310.
- Kleinknect, R. A., Dintel, D. L., Kleinknect, E. E., Hiruma, N. y Harada, N. (1997). Cultural factors in social anxiety: A comparison of social phobia symptoms and taijin kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 157-177.
- Klorman, M. L., Weerts, T. C., Hastings, J. E., Melamed, B. G. y Lang, P. J. (1974). Psychometric evaluation of some specific-fear questionnaires. *Behavior Therapy*, 5, 401-409.
- Knight, M. L. y Borden, R. J. (1979). Autonomic and affective reactions of high and low socially-anxious individuals awaiting public performance. *Psychophysiology*, 16, 209-213.

- Koback, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W. y Katzelnick, D. J. (1996). Computer-administered clinical rating scales: A review. *Psychopharmacology*, *127*, 291-301.
- Kobak, K. A., Schaettle, S., Katzelnick, D. J. y Simon, G. (1995). *Guidelines for the Hamilton Depression Rating Scale: Modified for the Depression in Primary Care Study*. Dean Foundation: Madison, Wisconsin.
- Kobak, K. A., Schaettle, S. C., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J., Dotti, S. L. (1998). Computer-administered rating scales for social anxiety in a clinical drug trial. *Depression and Anxiety*, *7*, 97-104.
- Kranzler, H. R., Ronald, M. K., Bureson, J. A., Babor, T. F., Apter, A. y Rounsaville, B. J. (1995). Validity of psychiatric diagnosis in patients with substance use disorders: Is the interview more important than the interviewer? *Comprehensive Psychiatry*, *36*, 278-288.
- Kuhlen, R. G. y Houlihan, N. B. (1965). Adolescent heterosexual interest in 1942 and 1965. *Child Development*, *36*, 1049-1052.
- Kushner, M. G., Sher, K. J. y Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 685-695.
- Lader, M. H. (1967). Palmar skin conductance measures in anxiety and phobic states, *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 271-281.
- Lader, M., Stender, K., Bürger, V. y Nil, R. (2004). Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: Randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depression and Anxiety*, *19*, 241-248.
- La Greca, A. M. (1999). *Manual for the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. Miami: Autor.
- La Greca, A. M., Dandes, S. K., Wick, P., Shaw, K. y Stone, W. L. (1988). Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, *17*, 84-91.
- La Greca, A. M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 83-94.
- La Greca, A. M. y Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, *22*, 17-27.
- Lampe, L. A. (2002). Social phobia: Common, disabling and treatable. *Current Opinion in Psychiatry*, *15*, 169-175.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problemas in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy (Vol. 3)* (pp. 90-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, P. J. (1993). The three-system approach to emotion. En N. Birbaumer y A. Ohman (Eds.), *The structure of emotion* (pp. 18-30). Seattle, WA: Hogrefe y Huber.
- Lapouse, R. y Monk, M. A. (1959). Fears and worries in a representative sample of children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *29*, 803-818.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Ovaschel, H. y Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 928-934.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. y Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 928-934.
- Last, C. G., Strauss, C. C. y Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *175*, 726-730.
- Lauterbach, E. C. y Duvoisin, R. C. (1987). Anxiety disorders in familiar Parkinsonism. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1274.
- Lawson, C., MacLeod, C. y Hammond, G. (2002). Interpretation revealed in the blink of an eye: Depressive bias in the resolution of ambiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 321-328.
- Leary, M. R. (1983a). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, *47*, 66-75.

- Leary, M. R. (1983b). *Understanding social anxiety: Social, personality clinical perspectives*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Leary, M. R. (1990). Responses to social exclusion: Social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*, 221-229.
- Leary, M. R. (1995). *Self-presentation: Impression management and interpersonal behavior*. Milwaukee, WI: Brown and Benchmark.
- Leary, M. R. (2001). Social anxiety as an early warning system: A refinement and extension of the self-presentation theory of social anxiety. In S. G. Hofmann y P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 321-334). Neeham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Leary, M. R. y Kowalski, R. M. (1987). Manual for the Interaction Anxiousness Scale. *Social and Behavioral Sciences Documents, 16*, 2 (Ms. No. 2774).
- Leary, M. R. y Kowalski, R. M. (1990). Impression management: A literature review and two-component model. *Psychological Bulletin, 107*, 34-47.
- Leary, M. R. y Kowalski, R. M. (1993). The interaction Anxiousness Scale: construct and criterion-related validity. *Journal of Personality Assessment, 61*, 136-146.
- Leary, M. R. y Kowalski, R. M. (1995). *Social anxiety*. Nueva York: Guilford Press.
- Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 33-38.
- Lecrubier, W. y Weiller, E. (1997). Comorbidities in social phobia. *Internacional Clinical Psychopharmacology, 12*, 17-21.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H., U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A. y Knapp, M. (2000). A european perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry, 15*, 5-16.
- Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y. S., Han, J. H., Choi, J. O. y Lee, Y. H. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea: I. Gender and age differences in Seoul. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 242-246.
- Lemos, S. G., Fidalgo, A. M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992a). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema, 4*, 21-48.
- Lemos, S. G., Fidalgo, A. M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992b). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta, 18*, 883-905.
- Lemos, S. G., Fidalgo, A. M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992c). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clínica y Salud, 3*, 183-194.
- Lemos, S., G., Vallejo, G. S. y Sandoval, M. M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema, 14*, 816-822.
- Lépine, J. P. y Chignon, J. M. (1994). *Sémiologie des troubles anxieux et phobiques*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Tome I. 37-112-A-10.
- Lépine, J. P. y Lellouch, J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clinical Psychopharmacology, 18*, S15-S26.
- Lépine, J. P., Lellouch, J., Novell, A., Téhérani, M. y Pariente, P. (1993). L'epidemiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. *Confort Psychiatriques, 35*, 139-161.
- Lépine, J. P. y Pelissolo, A. (1996). Comorbidity and social phobia: Clinical and epidemiological issues. *International Clinical Psychopharmacology, 11*, 35-41.
- Lépine, J. P., Wittchen, H. U. y Essau, C. A. (1993). Lifetime and current comorbidity of anxiety and affective disorders. *International Journal of Methodology in Psychiatric Research, 3*, 67-77.
- Levin, J. B., Marom, S., Gur, S., Wechter, D. y Hermesh, H. (2002). Psychometric properties and three proposed subscales of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale translated into Hebrew. *Depression and Anxiety, 16*, 143-151.

- Levin, A. P., Saoud, J. B., Strauman, T., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Crawford, R. y Liebowitz, M. R. (1993). Responses of "generalized" and "discrete" social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 207-222.
- Lewin, M. R., McNeil, D. W. y Lipson, J. M. (1996). Enduring without avoiding: Pauses and verbal disfluencies in public speaking anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 387-402.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M. y Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. y Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Campeas, R. y Hollander, E. (1987). MAOIs: Impact on social behavior. *Psychiatry Research*, 22, 89-90.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J., Fyer, A. J., Campeas, R., Levin, A., Sandberg, D., Hollander, E., Papp, L. y Goetz, D. (1988). Pharmacotherapy of social phobia: An interim report of a placebo-controlled comparison of phenelzine and atenolol. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 252-257.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J., Fyer, A. J. y Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J. y Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name. *Archives of general Psychiatry*, 57, 191-192.
- Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M. y Stewart, J. W. (1984). Phenelzine versus imipramine in atypical depression: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 44, 669-677.
- Lombardo, T. W. (1988). Marks and Mathews Fear Questionnaire. En M. Hersen y A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 293-294). Nueva York: Pergamon.
- Loosen, P. T. y Prange, A. J. J. (1982). Serum thyrotropin response to thyrotropin-releasing hormone in psychiatric patients: A review. *American Journal of Psychiatry*, 139, 405-416.
- Lovibond, P. F. y Rapee, R. M. (1993). The representation of feared outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 595-608.
- Lucas, R. A. y Telch, M. J. (1993). *Group versus individual treatment of social phobia*. Ponencia presentada en el Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA, noviembre.
- Lucock, M. P. y Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Lundh, L. y Öst, L. (1996). Recognition bias for critical faces in social phobics. *Behavior Research and Therapy*, 34, 787-794.
- Lydiard, R. B., Lesser, I. M., Ballenger, J. C., Rubin, R. T., Laraia, M., Dupont, R. (1992). A Fixed-Dose Study of Alprazolam 2 mg, Alprazolam 6 mg, and Placebo in Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 96-103.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Maidenberg, E., Chen, E., Craske, M., Bohn, P. y Bystritsky, A. (1996). Specificity of attentional bias in panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 529-541.
- Malizia, A. L. (1997). PET studies in experimental and pathological anxiety. *Journal of Psychopharmacology*, 11, A88.
- Malow, R. M., West, J. A., Williams, J. L. y Stuker, P. B. (1989). Personality disorders classifications and symptoms in cocaine and opioid addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 765-767.

- Mamries, L. M., O'Connor, C. y Cheek, J. M. (1983). *Vocational certainty as a dimension of self-esteem in college women*. Trabajo presentado en la reunión de la Eastern Psychological Association. Filadelfia.
- Mancini, C. L. y Van Ameringen, M. A. (1996). Paroxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 519-522.
- Mannuzza, S., Fyer, A. J., Liebowitz, M. R. y Klein, D. F. (1990). Delineating the boundary of social phobia: It's relationship to panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 41-59.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Champan, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. y Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Mansell, W., Clark, D. M., Ehlers, A. y Chen, Y. P. (1999). Social Anxiety and Attention away from Emotional Faces. *Cognition and Emotion*, 13, 673-690.
- Marazziti, D., Rotondo, A., Martini, C., Giannaccini, G., Lucacchini, A., Pancioli-Guadagnucci, M. L., Diamond, B. I., Borison, R. y Cassano, G. B. (1994). Changes in peripheral benzodiazepine receptors in patients with panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychobiology*, 29, 8-11.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and Phobias*. Nueva York: Academic Press.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *British journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marks, I. M. y Herst, E. R. (1970). A survey of 1,200 agoraphobics in Britain. *Social Psychiatry*, 5, 16-24.
- Marshall, J. R. y Lipsett, S. (1994). *Social Phobia: From shyness to stage fright*. Nueva York: Basic Books.
- Marteinsdottir, I., Furmark, T., Tillfors, M., Fredrikson, M. y Ekselius, L. (2001). Personality traits in social phobia. *European Psychiatry*, 16, 143-150.
- Masia-Warner, C. L., Klein, R. G. y Liebowitz, M. R. (2002). *The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)*. Available from Carrie L. Masia-Warner, Ph.D., New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13<sup>th</sup> floor, Nueva York, NY 10016.
- Masia-Warner, C. L., Storch, E. A. y Fisher, P. (2003). Avances recientes y nuevas directrices en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social en jóvenes. *Psicología Conductual*, 11, 623-641.
- Masia-Warner, C. L., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G. y Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 9, 1076-1084.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Inédito.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Developmental and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mattick, R. P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L. y Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- McCabe, R. M., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., Liss, A. y Swinson, R. P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 187-193.

- McClintock, J. M. y Evans, I. M. (2001). The underlying psychopathology of eating disorders and social phobia: A structural equation analysis. *Eating Behaviors*, 2, 247-261.
- McCroskey, J. C., Daly, J. A. y Sorenson, G. A. (1976). Personality correlates of communication apprehension. *Human Communication Research*, 2, 376-380.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A. y Kelley, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.
- McGrath, R. E., Pogge, D. L. y Stokes, J. M. (2002). Incremental validity of selected MMPI-A content scales in an inpatient setting. *Psychological Assessment*, 14, 401-409.
- McManus, F., Clark, D. M. y Hackmann, A. (2000). Specificity of cognitive biases in social phobia and their role in recovery. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 201-209.
- McNeil, D. W. (2001). Terminology and evolution of construct in social anxiety and social phobia. En S. G. Hofmann y P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple Perspectives* (pp. 8-19). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- McNeil, D. W., Ries, B. J. y Turk, C. L. (1995). Behavioral assessment: self-report, physiology, and overt behavior. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 202-231). Nueva York: Guilford Press.
- McNeil, D. W., Vrana, S. R., Melamed, B. G., Cuthbert, B. N. y Lang, P. G. (1993). Emotional imagery in simple and social phobia: Fear vs. Anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 212-225.
- McShane, G., Walter, G. y Rey, J. M. (2004). Functional Outcome of Adolescents with 'School Refusal'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 53-60.
- Meehl, P. E. y Hathaway, S. R. (1946). The K factor as a suppressor variable in the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 30, 525-564.
- Meier, V. J. y Hope, D. A. (1998). Assessment of social skills. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Behavioral Assessment: A practical handbook* (pp. 232-255). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Melfsen, S. y Florin, I. (2002). Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? *Journal of Nonverbal Behavior*, 26, 109-126.
- Melfsen, S., Osterlaw, J. y Florin, I. (2000). Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 249-261.
- Mellings, T. M. B. y Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 243-257.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, N. D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, N. D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de Confianza para Hablar en Público" (Personal Report of Confidence as Speaker): fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, 12, 25-42.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G. y Jack, M. S. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: Symptom severity, functional impairment, and treatment response. *Journal of Anxiety disorders*, 14, 325-343.
- Merikangas, M. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H. y Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich Cohort Study of young adults. *Biological Psychiatry*, 51, 81-91.
- Mick, M. A. y Telch, M. J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 1-20.
- Miller, G. A. y Kozak, M. J. (1993). Three-systems assessment and the construct of emotion. En N. Birbaumer y Ohman (Eds.), *The structure of emotion* (pp. 31-47). Seattle, WA: Hogrefe y Huber.

- Mills, R. S. L. y Rubin, K. H. (1993). Socialization factors in the development of social withdrawal. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 117-148). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mineka, S. y Zinbarg, R. (1995). Conditioning and ethological models of social phobia. En R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope y F. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 134-163). Nueva York: Guilford Press.
- Mischel, W. (1971). *Introduction to Personality*. Nueva York: Holt.
- Mogg, K. y Bradley, B. P. (1999). Some methodological issues in assessing attentional biases for threatening faces in anxiety: A application study using a modified versión of the probe detection task. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 595-604.
- Monachesi, E. D. y Hathaway, S. R. (1963). *Analyzing and Predicting Delinquency with the MMPI*. University of Minnesota Press.
- Monjas, I. y Caballo, V. E. (2002). Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia. En V. C., M. A. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 271-297). Madrid: Pirámide.
- Montero, I. y León, G. O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Moro, M., Botella, C. y Ballester, R. (1997). Personalidad y cambio en pacientes con fobia social, *I Congreso de la Asociación Española de la Psicología Clínica y Psicopatología*, 3 a 5 de abril. Madrid.
- Morris, T. L. (2000). Social Phobia. En M. W. Vasey y M. R. Dadds (Eds.), *The development psychopathology of anxiety* (pp. 435-458). Londres: Oxford University Press.
- Morris, L. W., Davis, M. A. y Hutchings, C. H. (1981). Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and a revised worry-emotionality scale. *Journal of Educational Psychology*, 73, 541-555.
- Morris, T. L. y Greco, L. A. (2003). Social phobia in children: Clinical considerations. En T. L. Morris y L. A. Greco (Eds.), *children and parents: Clinical issues for psychologists and psychiatrists* (pp. 33-48). Whurr Publishers, Ltd., Londres, England.
- Moutier, C. Y. y Stein, M. B (1999). Phenomenology and epidemiology of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-8.
- Mullaney, J. A. y Tripett, C. J. (1979). Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevante. *British Journal of Psychiatry*, 135, 565-573.
- Munjack, D. J., Bruns, J., Baltazar, P. L., Brown, R., Leonard, M. y Nagy, M. (1991). A pilot study of buspirone in the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 87-98.
- Muris, P., Luermans, J., Merckelbach, H. y Mayer, B. (2000). "Danger is lurking everywhere". The relation between anxiety and threat perception abnormalities in normal children. *Journal of Behaviour Therapy*, 31, 123-136.
- Myers, J. K., Weissman, M. M. y Tischler, G. L. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Natale, M., Entin, E. y Jaffe, J. (1979). Vocal interruptions in dyadic communication as a function of speech and social anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 865-878.
- Neal, J. A. y Edelman, R. J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761-786.
- Nelson, C. B. y Wittchen, H. U. (1998). Smoking and nicotine dependence. Results from a sample of 14 to 24 years-old in Germany. *European Addiction Research*, 4, 42-49.
- Nickel, P. V. y Uhde, T. W. (1995). Neurobiology of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, Hope, D. A. y Schneier, F. R. (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 113-133). Nueva York: Guilford Press.
- Nolsen-Hoeksema, S. y Larson, J. (1992). *The worries of adolescent males and females*. Manuscrito no publicado. Stanford University: Stanford, CA.

- Norton, G. R., Cox, B. J., Hewitt, P. L. y McLeod, L. (1997). Personality factors associated with generalized and non-generalized social anxiety. *Personality Individual Differences*, 22, 655-660.
- Norton, G. R., McLeod, L., Guertin, J., Hewitt, P. L., Walker, J. R. y Stein, M. B. (1996). Panic disorder or social phobia: Which is worse? *Behaviour Research and Therapy*, 3, 272-276.
- Nunn, J. D., Mathews, A. y Trower, P. (1997). Selective processing of concern-related information in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 489-503.
- Nutt, D. J., Bell, C. J. y Malizia, A. L. (1998). Brain mechanisms of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 4-9.
- O'Boyle, M. y Self, D. (1990). A comparison of two interviews for DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry Research*, 32, 85-92.
- Oei, T. P., Kenna, D. y Evans, L. (1991). The reliability, validity, and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorders patients. *Personality and Individual Differences*, 12, 111-116.
- Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, 23, 123-145.
- Öhman, A. y Dimberg, U. (1984). An evolutionary perspective on human social behavior. En W. M. Waid (Ed.), *Sociophysiology* (pp. 47-86). Nueva York: Springer-Verlag.
- Öhman, A., Dimberg, U. y Öst, L. G. (1985). Animal and social phobias: Biological constraints on the learned fear response. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 123-175). Nueva York: Academic Press.
- Olivares, J. (1999). *El niño con miedo a hablar* (4ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (2004a). Introducción. En J. Olivares (Ed.), *Programa LAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia* (pp. 9-13). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (2004b). Introducción. En J. Olivares, A. I. Rosa y L. J. García-López (Eds.), *La fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás* (pp. 11-16). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-427.
- Olivares, J. y García-López, L. G. (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada (LAFS)*. Diseño inicial. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J. y García-López, L. G. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9, 247-254.
- Olivares, J., García-López, L. G. e Hidalgo, M. D. (2001). The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80.
- Olivares, J., García-López, L. G., Hidalgo, M. D. y Caballo, V. (2004). Relationships among social anxiety measures and their invariance. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 172-179.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., La Greca, A. M., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.
- Olivares, J., García-López, L. G., Hidalgo, M. D., Turner, S. M., y Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and Validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Maciá, D. (1996). Mutismo selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, 4, 169-192.

- Olivares, J., Méndez, F. X. y Maciá, D. (2002). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Sánchez-García, R. (2004). "Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS)": estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual*, 12, 251-268.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Ediciones Pirámide. Madrid.
- 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 la salud en España. *Anuario de Psicología*, 31, 43-61.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D. y García-López, L. J. (1999). *An analyses of the factor structure of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) in Spanish population*. Comunicación presentada en el I Iberoamerican Meeting of Clinical and Health Psychology. Granada, España.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 85-97.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for children (FSSC.R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Ollendick, T. H. y Hersen, M. (1993). Child and adolescent behavioral assessment. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment* (pp. 3-14). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Ollendick, T. H. y Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental Psychopathology of Social Anxiety Disorder. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 44-58.
- Olson, S. L. y Rosenblum, K. (1998). Preschool antecedents of internalizing problems in children beginning school: The role of social maladaptation. *Early Education and Development*, 9, 117-129.
- Olweus, D. (1993). Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 315-341). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- O'Neil, J. M. (1981). Patterns of gender role conflict and strain: Sexism and fear of femininity in men's lives. *Personnel and Guidance Journal*, 59, 203-210.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (CIE-10) (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orsillo, S. M. (2001). Measures of social phobia. En M. M. Antony, S. M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Osman, A., Markway, K. y Osman, J. R. (1992). Psychometric properties of the Social Interaction Self-Statement Test in a college sample. *Psychological Reports*, 71, 1171-1177.
- Öst, L. G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L. G. y Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behavior Research and Therapy*, 16, 439-447.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., O'Neil, C. A. y Rosenbaum, J. F. (1992). Alcohol dependence in panic disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 29-38.
- Owens, R. G., Slade, P. D. y Fielding, D. M. (1996). Patient series and quasi-experimental designs. En G. Parry y F. N. Watts (Eds.), *Behavioral and mental health research. A handbook of skills and methods* (2ª ed.) (pp. 229-251). Hove: Erlbaum Taylor & Francis.

- Page, R. M. (1990). Shyness and sociability: A dangerous combination for illicit substance use in adolescent males? *Adolescence*, 25, 803-806.
- Pande, A. C., Davidson, J. R. T., Jefferson, J. W., Janney, C. A., Katzelnick, D. J., Weisler, R. H., Greist, J. H. y Sutherland, S. M. (1999). Treatment of Social Phobia with Gabapentin: A Placebo-Controlled Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 341-348.
- Papp, L. A., Gorman, J. M., Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Cohen, B. y Klein, D. F. (1988). Epinephrine infusions in patients with social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 145, 733-736.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J. y Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 68, 221-233.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. Desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Pelissolo, A. y Lepine, J. P. (1995). Social phobia: historical and conceptual perspectives. *Encephale*, 21, 15-24.
- Peréz, A. y Valenzuela, V. (1991). Estandarización de la Escalas de Evitación y Ansiedad Social (SAD) y Temor a la Evaluación Negativa (FNE) y relación entre la ansiedad social y los comportamientos asertivo y agresivo. *Tesis doctoral no publicada*. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Perrin, S. y Last, C. G. (1993). Do childhood anxiety measures measure anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 567-578.
- Persson, G. y Nordlund, C. L. (1985). Agoraphobics and social phobics: Differences in background factors, syndrome profiles and therapeutic response. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 71, 148-159.
- Perugi, G., Nassini, S., Succi, C., Lenzi, M. (1999). Avoidant personality in social phobia and panic-agoraphobic disorder: A comparison. *Journal of Affective Disorders*, 54, 277-282.
- Perugi, G. S. y Savino, M. (1990). Primary and secondary social phobia: Psychopathological and familial differentiations. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 245-252.
- Peters, L. (2000). Discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behaviour Research and Therapy*, 38, 943-950.
- Pilkonis, P. A. (1977b). Shyness, public and private, and its relationship to other measures of social behavior. *Journal of Personality*, 45, 585-595.
- Pine, D. S. (1999). Pathophysiology of childhood anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1555-1566.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D. y Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A. y Montgomery, S. A. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 42, 169-80.
- Plomin, R. y Daniels, D. (1986). Genetic and shyness. En W. H. Jones, J. M. Cheek y S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 63-80). Nueva York: Plenum Press.
- Plomin, R. y Rowe, D. C. (1979). Genetic and environmental etiology of social behavior in infancy. *Developmental Psychology*, 15, 62-72.
- Pollard, C. A. y Henderson, J. G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 440-445.
- Potts, N. L. S., Booke, S. y Davidson, J. R. T. (1996). The neurobiology of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 43-48.
- Potts, N. L. S., Davidson, J. R. T., Krishnan, R. R., Doraiswamy, P. M. y Ritchie, J. C. (1991). Levels of urinary free cortisol in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 41-42.

- Poulton, R. G. y Andrews, G. (1996). Change in danger cognitions in agoraphobia and social phobia during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 413-421.
- Prescott, C. A., Neale, M. C., Corey, L. A. y Kendler, K. S. (1997). Predictors of problem drinking and alcohol dependence in a population-based sample of female twins. *Journal of Study of Alcohol*, 58, 167-181.
- Puigcerver, A., Martínez-Selva, J. M., García-Sánchez, F. A. y Gómez-Amor, J. (1989). Individual differences in psychophysiological and subjective correlates of speech anxiety. *Journal of Psychophysiology*, 3, 75-81.
- Quay, H. C. y La Greca, A. M. (1986). Disorders of anxiety, withdrawal, and dysphoria. En H. C. Quay y J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood (3rd ed.)* (pp. 73-110). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Quero, S. (1999). *Sesgos atencionales en la fobia social y su grado de cambio después del tratamiento psicológico*. Tesis Doctoral: Universitat Jaume I.
- Quero, S., Baños, R. M., Botella, C. y Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 429-458.
- Rabe-Jablonska, J., Dietrich-Muszalska, A. y Gmitrowicz, A. (2004). The prevalence of social phobia in a representative group of adolescents from Lodz. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6, 15-22.
- Rachman, S. (1983). The modification of agoraphobic avoidance behavior: Some fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 567-574.
- Rachman, S. (1984). Agoraphobia—a safety signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 59-70.
- Rachman, S., Gruter-Andrew, J. y Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611-617.
- Rachman, S. y Hodgson, R. (1974). I. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 311-318.
- Ramos, V. (2004). *Efecto de la retroalimentación audiovisual en la eficacia del LAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Murcia.
- Ramos, V., Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2002). Comorbilidad entre el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de ansiedad social generalizada en población adolescente. Comunicación presentada en el *I Symposium sobre trastornos de la personalidad: Evaluación y tratamiento*. Granada: España.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia, Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 41-66). Nueva York: Guilford Press.
- Rapee, R. M. (1997). The potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Rapee, R. M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia: A step-by-step guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. A. y Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5,5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 538-552.
- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M. y Hilton, D. E. (1993). *Self-evaluation of performance in social anxiety: The influence of state anxiety*. Inédito.
- Rapee, R. M. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Rapee, R. M., McCallum, S. L., Melville, L. F., Ravenscroft, H. y Rodney, J. M. (1994). Memory bias in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 32, 89-99.

- Rapee, R. M., Sanderson, W. C. y Barlow, D. H. (1988). Social phobia features across the DSM-III anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 287-299.
- Rapee, R. M. y Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Regier, D. A., Boyd, J. H. y Burke, J. D. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 41, 971-978.
- Reich, J. (2001). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder. En S. G. Hofmann y P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 148-161). Needahm Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Reich, J. y Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 72-75.
- Reinherz, H. Z., Giacony, R. M., Lefkowitz, E. S., Pakiz, B. y Frost, A. K. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 369-377.
- Reznick, J. S. (1989). *Perspectives on behavioral inhibition*. Chicago: University of Chicago Press.
- 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.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Cottler, L. y Goldring, E. (1989). *NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-Revised*. St. Louis, MO: Washington University, Department of Psychiatry.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Blazer, D. G. y Bumam, A. (1985). The Diagnostic Interview Schedule. En: Eaton W. W., Kessler LG (Eds.), *Epidemiological field methods in psychiatry: The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program* (pp. 143-170). Academic Press: Nueva York.
- Roca, M. y Baca, E. (1998). Comorbilidad psiquiátrica. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia social* (pp. 63-96). Barcelona: Masson.
- Roca, M., Bernando, M. y Gili, M. (1998). Epidemiología de la fobia social. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia social* (pp. 197-207). Barcelona: Masson.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression. II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Rosen, B. C. y Aneshensel, C. S. (1976). The chameleon syndrome: A social psychological dimension of the female sex role. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 605-617.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A. y Chaloff, J. (1991). Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 5-9.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Kagan, J., Snidman, N. y Reznick (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatric Research*, 25, 49-65.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Pollock, R. A. y Hirshfeld, D. R. (1994). The etiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 10-16.
- Roth, D. (1991). Clinical and scientific implications of recent progression in treatment of phobic disorders. *Psychiatric Annals*, 21, 329-340.
- Roth, D., Antony, M. M. y Swinson, R. P. (2001). Interpretation for anxiety symptoms in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 39, 129-138.

- Rothbart, M. K. y Mauro, J. A. (1990). Temperament, behavioral inhibition, and shyness in childhood. En H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 139-160). Nueva York: Plenum Press.
- Roy-Byrne, P. P., Bierer, L. y Uhde, T. W. (1985). The dexamethasone suppression test in panic disorder: Comparison with normal controls. *Biological Psychiatry*, 20, 1237-1240.
- Roy-Byrne, P. P., Uhde, T. W. y Post, R. M. (1986a). The corticotropin-releasing hormone stimulation test in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 896-899.
- Rubin, K. H. y Asendorpf, J. B. (1993). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood: Conceptual and definitional issues. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 3-17). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, K. H., LeMare, L. y Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to rejection. En S. R. Asher y J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 217-249). Nueva York: Cambridge University Press.
- Rubin, K. H. y Stewart, S. L. (1996). Social withdrawal in childhood: Conceptual and empirical perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 157-196.
- Ruipérez, M. A., García-Palacios, A. y Botella, C. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: Axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psicothema*, 14, 426-433.
- Ruiz, J. (2003). *Efecto del tamaño del grupo en la eficacia del LAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia: Murcia.
- Ruiz, J., Olivares, J., Hidalgo, M. D. y García-López, L. J. (2000). *Propiedades psicométricas y otras cuestiones relativas al SAS-A*. Comunicación presentada en el XXX Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapies. Granada, España.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J. y Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 253-270.
- Safren, S. A., Turk, C. L. y Heimberg, R. G. (1998). Factor structure of the Social Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 443-453.
- Salaberriá, K. y Echeburúa, E. (1998). Fobia Social. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta (vol. 1)* (pp. 271-305). Madrid: Dykinson-Psicología.
- Salkovskis, P. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1987). The DSM-III-R anxiety disorder categories: Descriptors and patterns of comorbidity. *Artículo presentado en el Annual Meeting of the association for Advancement of Behavior Therapy*. Boston. Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 178-186.
- Sanz, J. (1994). The Spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: Psychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 129-135.
- Sareen, J., Stein, M. B., Cox, B. J. y Hassard, (2004). Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior. Findings from tow large community surveys. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 178-186.
- Schatzberg, A. F., Samson, J. A., Rothschild, A. J., Bond, T. C. y Regier, D. A. (1998). McLean Hospital depression research facility: Early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *British Journal of Psychiatry*, 173, 29-34.
- Schlenker, B. R. (1980). *Impression management: The self-concept, social identity, and interpersonal relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

- Schlenker, B. R. y Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, *92*, 641-669.
- Schneier, F. R., Chin, S. J., Hollander, E. y Liebowitz, M. R. (1992). Flouxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *12*, 62-64.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D. y Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Depression and Anxiety*, *4*, 126-133.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 282-288.
- Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., Beidel, D., Garfinkel, R., Heimberg, R., Horning, C. D., Johnson, J., Juster, H., Law, K., Mannuza, S., Mattia, J. I., Oberlander, Orsillo, S., E., Turner, S. M. y Weissman, M. M. (1998). MacArthur data reanalysis for DSM-IV: Social phobia. En T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis y M. Klaine (Eds.), *DSM-IV source book (Vol. 4)* (pp. 307-328). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schneier, F. R., Martin, L. Y., Liebowitz, R. M., Gorman, J. M. y Fyer, A. J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *3*, 15-23.
- Schneier, F. R., Spitzer, R. L., Gibbon, M. Fyer, A. y Liebowitz, M. R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *32*, 496-502.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social phobia: Nature and treatment. En H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 269-324). Nueva York: Plenum Press.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1993b). Cognitive and behavioural treatments for fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 155-170.
- Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1996). Treatment of fear of blushing, sweating or trembling: Results at long-term follow-up. *Behavior Modification*, *20*, 338-356.
- Schroeder, J. E. (1995). Self-concept, social anxiety, and interpersonal perception skills. *Personality and Individual Differences*, *19*, 955-958.
- Segal, D. L., Hersen, M., Van Hasselt y V. B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R.: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, *35*, 227-356.
- Segal, D. L., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., Kabacoff, R. I. y Roth, L. (1993). Reliability of diagnosis in older psychiatric patients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *15*, 347-356.
- Segal, D. L., Kabacoff, R. I., Hersen, M. y Ryan, C. F. (1995). Update on the reliability of diagnosis in older psychiatric outpatients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology*, *1*, 313-321.
- Shafar, S. (1976). Aspects of phobic illness-A study of 90 personal cases. *British Journal of Medical Psychology*, *49*, 221-236.
- Shearn, D., Bergman, E., Hill, K., Abel, A. y Hinds, L. (1992). Blushing as a function of audience size. *Psychophysiology*, *29*, 431-436.
- Shedlack, S. M. (1987). *The definition and development of shyness*. Tesis de bachiller inédita. Wellesley Collage: Wellesley, MA.
- Sheehan, D. (1983). *The anxiety disease*. Nueva York: Charles Scribner's Sons.
- Silverman, W. K. y Nelles, W. K. (1998). The anxiety disorders interview schedule for children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*, 772-778.
- Silverman, W. K. y Rabian, B. (1995). The test-retest reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorder symptoms using the anxiety disorders interview schedule of children. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*, 139-150.

- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Janavs, J., Knapp, E., Weiller, E., Bonora, L. I., Amorim, P., Lépine, J.P., Sheehan, M. F., Baker, R. R. y Sheehan, K. K. (1994). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. University of South Florida Institute for Research Psychiatry, Manual.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S., y Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, *144*, 53-57.
- Soifer S., Zgourides, G. D., Himle, J. y Pickering, N. L. (2001). *Shy Bladder Syndrome: Your step by step guide to overcoming paruresis*. Oakland, CA: New Harbinger Publication, Inc. p 6–18.
- Solan, T. y Telch, M. J. (2002). The effects of safty-seeking behaviour and guided threat reappraisal of fear reduction during exposure: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 235-251.
- Solyom, L., Ledwidge, B. y Solyom, C. (1986). Delineating social phobia. *British journal of Psychiatry*, *149*, 464-470.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Köfler, M., Kessler, R. C. y Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotina dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatric*, *15*, 67-74.
- Spector, P. E. (1993). Research designs. En M. S. Lewis-Beck (Ed.), *Experimental design & methods* (pp. 1-74). Londres: Sage/Toppan Publishing.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Gibson, M. (1987). *Structural clinical interview for DSM-III-R - Patient version (SCID-P, 4, 1, 87)*. Nueva York. State Psychiatric Institute (Biometrics Research Department).
- Sposari, J. A., Abbott, M. J. y Rapee, R. M. (2003). "Se que los demás piensan mal de mí": sesgos del procesamiento de la información en la fobia social. *Psicología Conductual*, *11*, 459-481.
- Steele, C. M. y Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, *45*, 921-933.
- Stein, M. B. (1995). *Social Phobia. Clinical and research perspectives*. American Psychiatric Press: Inc.
- Stein, M. B. (1996). How shy is too shy? *Lancet*, *347*, 1131-1132.
- Stein, M. B. (1997). Phenomenology and epidemiology of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, *12*, S23-S26.
- Stein, M. B. (1999). Coming face-to-face with social phobia. *American Family Pysician*, *60*, 2244-2247.
- Stein, M. B., Asmundson, G. y Chartier, M. (1994). Autonomic responsivity in generalized social phobia. *Journal of Affective Disorders*, *31*, 211-221.
- Stein, M. B. y Chavira, D. A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, *50*, S11-S16.
- Stein, M. B. y Deutsch, R. (2003). In search of social phobia subtypes: Similarity of feared social situations. *Depression and Anxiety*, *17*, 94–97.
- Stein, M. B., Fuetch, M., Müller, N., Hötler, 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.
- Stein, M. B. y Gelernter, C. S. (1990). Major depression in patients with social phobia. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 637-639.
- Stein, M. B., Heuser, I. J., Juncos, J. L. y Uhde, T. W. (1990). Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 217-220.
- Stein, M. B. y Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1606–1613.
- Stein, M. B., McQuaid, J. R., Laffaye, C. y McCahill, M. E. (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *Journal of Family Practice*, *48*, 514-519.
- Stein, M. B., Tancer, M. E. y Uhde, T. W. (1992). Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 311-317.

- Stein, M. B., Torgrud, L. J. y Walker, J. R. (2000). Social Phobia Symptoms, Subtypes, and Severity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Stein, M. B. y Uhde, T. W. (1988). Cortisol response to clonidine in panic disorder: Comparison with depressed patients and normal controls. *Biological Psychiatry*, 24, 322-330.
- Stein, M. B., Walker, J. R. y Forde, D. R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Stein, M. B., Walker, J. R. y Forde, D. R. (1996). Public-speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53, 169-174.
- Stemberger, R., Turner, S. M., Beidel, D. C. y Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Stevenson-Hinde, J. y Glover, A. (1996). Shy girl's simple phobia in children. *Journal of Psychological Psychiatry*, 37, 181-187.
- Stevenson-Hinde, J. y Hinde, R. A. (1986). Changes in associations between characteristics and interactions. En R. Plomin y J. Dunn (Eds.), *The study of temperament: Changes, continuities, and challenges* (pp. 115-129). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stopa, L. y Calrk, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Stopa, L. y Calrk, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behavior Research and Therapy*, 38, 273-283.
- Storch, E. A., Eisenberg, P. S. y Roberti, J. W. (2003). Reliability and validity of the Social Anxiety Scale for Children-Revised for Hispanic children. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25, 410-422.
- Storch, E., Masia-Warner, C., Dent, H. C., Roberti, J. W. y Fisher, P. H. (2004). Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Construct validity and normative data. *Journal of Anxiety Disorders* 18, 665-679.
- Strauss, C. C., Frame, C. L. y Forehand, R. (1987). Psychological impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 235-239.
- Strauss, C. C. y Francis, G. (1989). Phobic disorders. En Last, C. G. y Hersen, M. (Eds.), *Handbook of child psychiatric diagnosis* (pp. 170-190). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Strauss, C. C. y Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 141-152.
- Stravynski, A., Bond, S. y Amado, D. (2004). Cognitive causes of social phobia: A critical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 24, 421-440.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y. y Lavalle, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 714-719.
- Stukenberg, K. W., Dura, J. R. y Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Depression screening scale validation in an elderly, community-dwelling population. *Psychological Assessment*, 2, 134-138.
- Sutherland, S. M. y Davidson, J. R. T. (1995). Beta-blockers and benzodiazepines in pharmacotherapy. En Stein M. B. (Ed.), *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives* (pp. 323-346). Washington: American Psychiatric Press.
- Suzuki, K., Takei, N., Kawai, M., Minabe y Mori, N. (2003). Is Taijin Kyofusho a Culture-Bound Syndrome? *American Journal of Psychiatry*, 160, 1358.
- Tancer, M. E. (1993). Neurobiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 26-30.
- Tancer, M. E., Stein, M. B., Gelernter, C. S. y Uhde, T. W. (1990). The hypothalamic-pituitary-thyroid axis in social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 147, 929-933.

- Tancer, M. E., Stein, M. B. y Uhde, T. W. (1993). Effects of thyrotropin-releasing hormona on blood pressure and Herat rate in phobic and panic patients: A pilot study. *Biological Psychiatry*, 27, 781-783.
- Tancer, M. E., Stein, M. B. y Uhde, T. W. (1995). Lactic acid response to caffeine in panic disorder: Comparison with social phobics and normal controls. *Anxiety*, 1, 138-140.
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P. D. y Koch, W. J. (1997). Sensivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, 1, 181-191.
- Teasdale, J. D. y Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change*. Hove, UK: Erlbaum.
- Thyer, B., Parrish, R. T., Curtis, G. C., Nesse, R. M. y Cameron, O. G. (1985). Ages of onset of DSM-III anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 113-121.
- Tiihonen, J., Kuikka, J., Bergström, K., Lepola, U., Koponen, H. y Leinonen, E. (1997). Dopamine Reuptake Site Densities in Patients with Social Phobia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 239-242.
- Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 267-276.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental of social anxiety: A general population study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 289-298.
- Torgersen, S. (1979). The nature and origins of common phobic fears. *British Journal of Psychiatry*, 134, 343-351.
- Townsley, R. (1992). *Social phobia: Identification of posible etiologic factors*. Disertación doctoral no publicada, University of Georgia, Athens.
- Tran, G. Q. y Chambless, D. L. (1995). Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 489-501.
- Trianes, M. V., Jiménez, M. y Muñoz, A. (1997). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Trower, P. y Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- Trower, P., Gilbert, P. y Sherling, G. (1990). Social anxiety, Evolution and Self-Presentation. An Interdisciplinary perspective. En H. Leintenberg (Ed.), *Handbook of Social and Evolution Anxiety* (pp. 11-45). Nueva York: Plenum Press.
- Tukel, R., Kiziltan, E., Demir, T. y Demir, D. (2000). A comparison of clinical characteristics in social phobia and panic disorder. *Behavior Therapist*, 23, 55-57.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. L. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1985). Empiracally derived subtypes of social anxiety. *Behavior Therapy*, 16, 384-392.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A. y Jacob, R. G. (1991). Social Phobia: Axis I and II Correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102-106.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R. y Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment of social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D., 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.

- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Jacob, R. G. (1994). Social phobia: comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 350-358.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Psychological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 523-527.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 497-505.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326-331.
- Twentyman, C. T. y McFall, R. M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 384-395.
- Uhde, T. W., Tancer, M. E., Gelernter, C. S. y Vittone, B. J. (1994). Normal urinary free cortisol and post-dexamethasone cortisol in social phobia: Comparison to normal volunteers. *Journal of Affective Disorders, 30*, 155-161.
- Uren, T. H., Szabó, M. y Lovibond, P. F. (2004). Probability and cost estimates for social and physical outcomes in social phobia and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorder, 18*, 481-498.
- Vallejo, J. y Bataller, R. (1998). Curso y pronóstico. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia social* (pp. 27-50). Barcelona: Masson.
- Van Ameringen, M., Mancini, C. y Streiner, D. L. (1993). Fluoxetine efficacy in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 54*, 27-32.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, G. y Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders, 21*, 93-99.
- Van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G. y Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 889-900.
- Van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G. y Scholing, A. (1997). Trastornos y rasgos de personalidad en una muestra de sujetos con fobia social: variables predictoras de la calidad de la relación terapéutica. *Psicología Conductual, 11*, 527-537.
- Vázquez-Barquero, J. L., Herrera-Castanedo, S., Artal, J., Cuesta-Núñez, J., Gaite, L., Goldberg, D. y Sartorius, N. (1993). Factores implicados en las "rutas asistenciales" en salud mental. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica i Ciencias Afines, 5*, 189-203.
- Veale, D., Boocok, A. y Gournay, K. (1996). Body disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry, 169*, 196-201.
- Veljaca, K. A. y Rapee, R. M. (1998). Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 311-321.
- Velting, O. N. y Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*, 127-140.
- Verhulst, F. C. y Van der Ende, J. (1991). Assessment of child psychopathology relationship between different methods, different informants and clinical judgement of severity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 155-159.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J. y Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR) {Manual for the Youth Self-Report}*. Rotterdam, the Netherlands: Erasmus University/Sophia Children's Hospital.
- Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K. y Beery, S. H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology, 33*, 448-457.

- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R. y Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia: A controlled study with moclobemide and phenelzine. *British Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 340-343.
- Villa, H., Botella, C., Quero, S., Rueda, M. A. y Gallardo, M. (1998). *Propiedades psicométricas de dos medidas de autoinforme en fobia social: Miedo a la evaluación negativa (FNE) y Escala de evitación y ansiedad social (SADS)*. Comunicación presentada en el I Symposium Internacional sobre Fobias y otros Trastornos de Ansiedad. Granada: España.
- Vythilingum, B., Stein, D. J. y Soifer, S. (2002). Is "Shy bladder syndrome" a subtype of social anxiety disorders? A survey of people with paruresis. *Depression and Anxiety*, *16*, 84-87.
- Waldron, S. (1976). The significance of childhood neurosis for adult mental health: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *133*, 532-538.
- Waters, W. F., Williamson, D. A., Bernard, B. A., Blouin, D. C. y Faulstich, M. E. (1987). Test-retest reliability of psychophysiological assessment. *Behaviour Research and Therapy*, *25*, 213-221.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 448-457.
- Weiller, E., Bisserré, J. C., Boyer, P., Lepine, J. P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 169-174.
- Weinstein, S. R., Noam, G. G., Grimes, K., Stone, K. y Schwab-Stone, M. (1991). Convergence of DSM-III diagnosis and self-reported symptoms in child and adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 627-634.
- Weissman, M. M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns. En H. Tuma y J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 275-296). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. L., Greenwald, S., Lee, C. K., Newman, S. C., Rubio-Sipe, M. y Wickramatne, P. J. (1996). The cross-national epidemiology of social phobia: A preliminary report. *International Clinical Psychopharmacology*, *11*, 9-14.
- Wells, A. y Clark, D. (1997). Social phobia: A cognitive approach. En G. C. L. Davey (Ed.), *A handbook of theory, research and treatment* (pp. 3-26). Chichester: Wiley.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective talking. *Behaviour Therapy*, *29*, 357-370.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (2001). Social phobic interoception: Effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1-11.
- Wenzel, A., Jackson, L. C. y Holt, C. S. (2002). Social phobia and the recall of autobiographical memories. *Depression and Anxiety*, *15*, 186-189.
- Whaley, S. E., Pinto, A. y Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 826-836.
- Williams, C. L. y Butcher, J. N. (1989a). An MMPI study of adolescents: II. Verification and limitations of codetype classifications. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*, 251-259.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davis, M., Borus, J., Howes, M. H., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B. y Wittchen (1992). Structures Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 630-636.
- Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C. y Matthews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley and Sons.
- Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C. y Matthews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders (2ª ed.)*. Chichester: Wiley and Sons.

- Wilson, J. K. y Rapee, M. R. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 245-274.
- Wittchen, H. U. (1986). Epidemiology of panic attacks and panic disorders. En I. Hand y H. U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments* (pp. 18-28). Nueva York, Ny: Springer-Verlag, Inc.
- Wittchen, H. U. (1998). Prevalence, risk factors and course of SAD. En *Social Phobia: Symposium 9<sup>th</sup> Congress of the AEP*. Copenhagen, 20-24 September.
- Wittchen, H. U. y Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 15-23.
- Wittchen, H. U. y Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18.
- Wittchen, H. U. y Pfister, H. (1997). *DLA-X Interviews: Manual für Screeningverfahren und Interview: PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm*. Swets and Zeitlinger, Frankfurt.
- 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. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Woody, S. R. y Rodríguez, B. F. (2000). Self-focused attention and social anxiety in socially anxious individuals and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 473-488.
- Wyss, A. C., Voelker, L. S., Cornock, L. B. y Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric Properties of a French-Canadian Translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35, 67-71.
- Zhang, W., Ross, J. y Davidson, J. R. T. (2004). Social anxiety disorder in callers to the Anxiety Disorders Association of America. *Depression and Anxiety*, 20, 101-106.
- Zimbardo, P. G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it?* Reading, MA: Addison-Wesley.

## ***ANEXOS***

**ANEXO A:****Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años (*Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR*) (Achenbach, 1991a; Achenbach y Edelbrock, 1987)**

Por favor completa este cuestionario con tu opinión, incluso aunque piensas que otras personas no están de acuerdo.

<p><b>I.</b> ¿Cuales son las actividades deportivas en las que más te gusta participar?</p> <p>Por ejemplo: natación, fútbol, básquet, montar en bicicleta, monopatín, pescar, etc.</p>	<p>En comparación con otros(as) jóvenes de tu edad, ¿cuanto tiempo dedicas a cada uno de estos deportes?</p>	<p>En comparación con otros(as) jóvenes de tu edad, ¿como haces cada uno de estos deportes?</p>
---	--	---

<p>Ninguna</p>	<p>Menos que los demás</p>	<p>Igual que los demás</p>	<p>Más que los demás</p>	<p>Peor que los demás</p>	<p>Igual que los demás</p>	<p>Mejor que los demás</p>
----------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------

- a.
- b.
- c.

**II.** ¿Cuales son tus actividades, juegos o pasatiempos favoritos? (No incluyas deportes) Por ejemplo: coleccionar sellos, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, artesanía, coches, cantar, etc. (No incluyas ver TV u oír la radio).

En comparación con otros(as) jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo dedicas a cada una de estas actividades?

En comparación con otros(as) jóvenes de tu edad, ¿cómo haces estas actividades?

Ninguna	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
---------	---------------------	---------------------	-------------------	--------------------	---------------------	---------------------

- a.
- b.
- c.

**III.** ¿A que organizaciones, clubes, equipos u otros grupos perteneces?

En comparación con otros(as) jóvenes de tu edad, ¿en que grado participas en cada uno de estos grupos?

Ninguna	Menos activo	Promedio	Más activo
---------	--------------	----------	------------

- a.
- b.
- c.

**IV.** ¿Que trabajos o tareas haces? En comparación con otros(as) jóvenes de tu edad, como llevas a cabo estas tareas?  
 Por ejemplo: cuidar niños, hacer la cama, dar clases particulares, tirar la basura, repartir pizzas, etc. (Incluya tanto trabajos o tareas pagados como no pagados)

Ninguna	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.			
b.			
c.			

**V.** 1. Cuantos amigos o amigas íntimos (as) tienes (No incluyas a tus hermanos (as)).

Ninguno	1	2 o 3	4 o mas
---------	---	-------	---------

2. Sin contar las horas que estás en la escuela, cuantas veces a la semana haces cosas con tus amigos (No incluyas a tus hermanos (as)).

Menos de 1	1 o 2	3 o más
------------	-------	---------

**VI.** En comparación con otros jóvenes de tu edad ¿como...

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No tengo hermanos y hermanas
a.				
b.				
c.				
d.				

a. Te llevas con tus hermanos y hermanas?  
 b. Te llevas con otros (as) jóvenes?  
 c. Te comportas con tus padres?  
 d. haces cosas por ti mismo (a)?

**VII. Rendimiento escolar** No voy al colegio porque...

Marca una cruz en cada asignatura indicando tu rendimiento.	Suspenseo del promedio (0-3)	Por debajo del promedio	Promedio del promedio (5-6)	Por encima del promedio (7-10)
---	------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

- a. Lectura, Idiomas  
nacionales, Literatura,  
Gramática
- b. Historia, Ciencias  
Sociales
- c. Matemáticas
- d. Ciencias (física,  
química, biología)
- e.....
- f.....
- g.....

¿Tienes alguna enfermedad, incapacidad o dificultad especial?    No        Si-indica que:

Por favor, indica si tienes alguna preocupación o problema relacionada con el colegio:

Por favor, describe cualquier otra preocupación que tengas:

Por favor, describe tus aspectos mas positivos:

A continuación hay una lista de frases que describen a los (las) jóvenes. Para cada frase que te escribe ahora o durante los últimos seis meses haz un círculo en el número 2 si la frase te describe muy a menudo o bastante a menudo. Haz un círculo en el número 1 si la frase te describe algo o algunas veces. Haz un círculo en el 0 si la descripción no es cierta en tu caso.

Por favor escribe en letra de imprenta. Asegúrate de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto        1 = Algo, algunas veces cierto        2 = Cierto muy a menudo o  
bastante a menudo

0	1	2	1	Me comporto como si fuera mas pequeño
0	1	2	2	Bebo alcohol sin permiso de mis padres
0	1	2	3	Discuto mucho
0	1	2	4	No termino las cosas que empiezo
0	1	2	5	Hay muy pocas cosas que me hacen disfrutar
0	1	2	6	Me gustan los animales
0	1	2	7	Soy presumido(a), engreído(a), fanfarrón(a)
0	1	2	8	No puedo concentrarme o prestar atención durante mucho tiempo
0	1	2	9	No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe):.....
0	1	2	10	Me cuesta estar quieto(a)
0	1	2	11	Dependo demasiado de las personas mayores
0	1	2	12	Me siento solo(a)
0	1	2	13	Estoy distraído o en las nubes
0	1	2	14	Lloro mucho
0	1	2	15	Soy bastante honesto(a)
0	1	2	16	Soy malo(a) con los demás
0	1	2	17	Sueno despierto(a) a menudo
0	1	2	18	He intentado suicidarme o hacerme daño deliberadamente
0	1	2	19	Intento llamar mucho la atención
0	1	2	20	Rompo mis cosas
0	1	2	21	Rompo las cosas de otras personas
0	1	2	22	Desobedezco a mis padres
0	1	2	23	Desobedezco en la escuela
0	1	2	24	No como tan bien como deberías
0	1	2	25	No me llevo bien con otros(as) niños(as)/chicos(as)
0	1	2	26	No me siento culpable después de portarme mal
0	1	2	27	Tengo celos de otras personas
0	1	2	28	Me salto las normas en casa, en la escuela y en otros lugares
0	1	2	29	Tengo miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describe):.....
0	1	2	30	Tengo miedo de ir a la escuela
0	1	2	31	Tengo miedo de pensar o hacer algo malo

0	1	2	32	Creo que tengo que ser perfecto(a)
0	1	2	33	Creo que nadie me quiere
0	1	2	34	Creo que las demás me quieren perjudicar
0	1	2	35	Me siento inferior a los demás o creo que no valgo nada
0	1	2	36	Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia
0	1	2	37	Me meto en muchas pelas
0	1	2	38	Los demás se burlan de mí a menudo
0	1	2	39	Voy con niños(as)/chicos(as) que se meten en problemas
0	1	2	40	Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe):.....
0	1	2	41	Hago las cosas sin pensar
0	1	2	42	Prefiero estar solo(a) que con otras personas
0	1	2	43	Digo mentiras o engaño
0	1	2	44	Me muerdo las uñas
0	1	2	45	Soy nervioso(a), estoy tenso(a)
0	1	2	46	Tengo tics o hago movimientos sin querer (describe):.....
0	1	2	47	Tengo pasadillas
0	1	2	48	No caigo bien a otros niños(as)/chicos(as)
0	1	2	49	Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría de los chicos(as)
0	1	2	50	Soy demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0	1	2	51	Me siento mareado(a)
0	1	2	52	Me siento demasiado culpable
0	1	2	53	Como demasiado
0	1	2	54	Me siento demasiado cansado(a)
0	1	2	55	Peso mas de lo que debería
0	1	2	56	Tengo problemas físicos sin causa medica:
0	1	2	a.	Dolores o molestias (no incluyas dolor de estomago o de cabeza)
0	1	2	b.	Dolores de cabeza
0	1	2	c.	Nauseas, me siento mal
0	1	2	d.	Problemas con los ojos (valóralo como o si llevas gafas) (describe):.....
0	1	2	e.	Erupciones u otros problemas en la piel

0	1	2	f.	Dolores de estomago o retortijones
0	1	2	g.	Vómitos
0	1	2	h.	Otros (describe):.....
0	1	2	57	Pego a los demás
0	1	2	58	Me meto el dedo en la nariz, me arañó la piel u otras partes del cuerpo (describe):.....
0	1	2	59	Puedo ser bastante amble
0	1	2	60	Me gusta probar cosas nuevas
0	1	2	61	Mi rendimiento escolar es bajo
0	1	2	62	Soy torpe; no tengo mucha coordinación
0	1	2	63	Prefiero estar con niños(as)/chicos(as) mayores que yo
0	1	2	64	Prefiero estar con niños(as)/chicos(as) menores que yo
0	1	2	65	Me niego a hablar
0	1	2	66	Repito algunas acciones una y otra vez (describe):.....
0	1	2	67	Me escapo de casa
0	1	2	68	Grito mucho
0	1	2	69	Soy muy reservado(a); me callo todo
0	1	2	70	Veó cosas que otros creen que no existen (describe):.....
0	1	2	71	Me avergüenzo con facilidad; tengo mucho sentido de ridículo
0	1	2	72	Prendo fuegos
0	1	2	73	Soy habilidoso(a)
0	1	2	74	Me gusta llamar la atención o hacerme el/la gracioso(a)
0	1	2	75	Soy tímido(a)
0	1	2	76	Duermo menos que la mayoría de los/las niños(as)/chicos(as)
0	1	2	77	Duermo más que la mayoría de los/las niños(as)/chicos(as) durante el día y/o la noche
0	1	2	78	Soy desatento(a), me distraigo fácilmente
0	1	2	79	Tengo problemas para hablar (describe):.....
0	1	2	80	Defiendo mis derechos
0	1	2	81	Robo en casa
0	1	2	82	Robo fuera de casa
0	1	2	83	Almaceno cosas que no necesito (describe):.....
0	1	2	84	Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describe):.....

0	1	2	85	Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas
0	1	2	86	Soy tozudo(a)
0	1	2	87	Cambio de humor o sentimientos de repente
0	1	2	88	Me gusta estar con otras personas
0	1	2	89	Soy desconfiado(a)
0	1	2	90	Digo groserías o palabras
0	1	2	91	Pienso en matarme
0	1	2	92	Me gusta hacer reír a los demás
0	1	2	93	Hablo demasiado
0	1	2	94	Me burlo mucho de los demás
0	1	2	95	Me enfado con facilidad
0	1	2	96	Pienso demasiado en el sexo
0	1	2	97	Amenazo con hacer daño a otras personas
0	1	2	98	Me gusta ayudar a otras personas
0	1	2	99	Fumo tabaco
0	1	2	100	No duermo bien (describe):.....
0	1	2	101	Hago novillos, faltó a la escuela sin motivo
0	1	2	102	Tengo poca energía
0	1	2	103	Me siento infeliz, triste o deprimido(a)
0	1	2	104	Soy más ruidoso(a) que otros chicos(as)
0	1	2	105	Tomo alcohol o drogas (describe):.....
0	1	2	106	Trato de ser justo con los demás
0	1	2	107	me gusta un buen chiste
0	1	2	108	Me gusta tomarme las cosas con calma
0	1	2	109	Trato de ayudar a los demás cuando puedo
0	1	2	110	Desearía ser del sexo opuesto
0	1	2	111	Evito relacionarme con los demás
0	1	2	112	Me preocupo a menudo

**ANEXO B****Escala de Ansiedad en Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*) (Mattick y Clarke, 1998)**

Código Personal \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Curso Escolar \_\_\_\_\_  
 Sexo: Hombre Mujer Pareja: Si No Trabajo: Si No

Por favor, conteste a las siguientes afirmaciones utilizando el siguiente código:

0 = No se corresponde NADA con mi forma de ser

1 = Se corresponde LIGERAMENTE con mi forma de ser

2 = Se corresponde MODERADAMENTE con mi forma de ser

3 = Se corresponde MUCHO con mi forma de ser

4 = Se corresponde TOTALMENTE con mi forma de ser

1. Me pongo nervioso si tengo que hablar con una figura de autoridad (profesor, jefe, etc.)	0	1	2	3	4
2. Me cuesta trabajo mirar a los ojos a otras persona	0	1	2	3	4
3. Me pongo tenso si tengo que hablar sobre mí o mis sentimientos	0	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo relacionarme cómodamente con la gente que trabajo	0	1	2	3	4
5. Encuentro fácil hacer amigos de mi edad	0	1	2	3	4
6. Me pongo tenso si me encuentro a alguien conocido en la calle	0	1	2	3	4
7. Cuando me relaciono socialmente, me encuentro incómodo	0	1	2	3	4
8. Me siento tenso si estoy con una sola persona	0	1	2	3	4
9. Me encuentro relajado cuando encuentro a gente en las fiestas, etc.	0	1	2	3	4
10. Me cuesta trabajo hablar con otras personas	0	1	2	3	4
11. Me es fácil pensar en cosas de las que hablar	0	1	2	3	4
12. Me preocupa decir lo que pienso por si parezco torpe	0	1	2	3	4
13. Me cuesta trabajo expresar que discrepo del punto de vista de otra persona	0	1	2	3	4
14. Me cuesta trabajo hablar con una persona atractiva del sexo opuesto	0	1	2	3	4
15. Me preocupa no saber qué decir en las situaciones sociales	0	1	2	3	4
16. Me pongo nervioso cuando tengo que relacionarme con personas que no	0	1	2	3	4

conozco bien

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 17. Presiento que voy a meter la pata cuando estoy hablando   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me preocupa que me ignoren cuando estoy en un grupo   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Estoy tenso cuando estoy en grupo   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Cuando me encuentro con alguien que sólo conozco ligeramente no estoy seguro de si debo saludarlo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**ANEXO C****Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*) (Liebowitz, 1987)**

Cada ítem se evalúa desde las dos dimensiones fundamentales del trastorno de fobia social: el grado de temor o ansiedad experimentado ante las situaciones y su nivel de evitación. Puntuar según los siguientes criterios:	Miedo o ansiedad:	Evitación
	0 Nulo	0 Nunca
	1 Leve	1 Ocasionalmente
	2 Moderado	2 Frecuentemente
	3 Severo	3 Usualmente

*Temor o ansiedad**Evitación*

1. Hablar por teléfono en público (P)
2. Participar en pequeños grupos (P)
3. Comer en lugares públicos (P)
4. Beber con otros en lugares públicos (P)
5. Hablar con personas con autoridad (S)
6. Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia (P)
7. Ir a una fiesta (S)
8. Trabajar mientras le están observando (P)
9. Escribir mientras le están observando (P)
10. Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien (S)
11. Hablar con alguien a quien no conoce muy bien
12. Conocer a extraños (S)
13. Orinar en un baño público (P)
14. Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados (P)
15. Ser el centro de atención (S)
16. Hablar en una reunión (P)
17. Hacer un examen (P)

18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien (S)
19. Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien (S)
20. Dar un informe a un grupo (P)
21. Tratar de enamorar a alguien (P)
22. Devolver compras en una tienda (S)
23. Organizar una fiesta (S)
24. Resistir a un vendedor insistente (S)

**ANEXO D****Escala de Estrés y Evitación Social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*) (Watson y Friend, 1969)**

¿Qué piensa usted acerca de las afirmaciones que se encuentran más abajo?

Por favor, conteste utilizando:            V = Verdadero    F = Falso

1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales desconocidas
2. Intento evitar situaciones que me obligan a ser muy sociable
3. Normalmente suelo estar relajado cuando estoy con personas extrañas
4. Generalmente no deseo evitar a las personas
5. A menudo encuentro desagradables las situaciones sociales
6. Generalmente me encuentro tranquilo y cómodo en situaciones sociales
7. Normalmente me encuentro a gusto cuando hablo con alguien del sexo opuesto
8. Procuero evitar hablar con la gente, a no ser que la conozca bien
9. Si tengo oportunidad de conocer a personas nuevas, normalmente suelo hacerlo
10. A menudo me encuentro nervioso o intranquilo cuando por casualidad me encuentro con un grupo de personas de ambos sexos
11. Si no conozco bien a la gente, generalmente suelo sentirme nervioso cuando estoy con ellos
12. Normalmente me siento relajado cuando estoy con un grupo de personas
13. A menudo quiero evadirme de la gente
14. Normalmente me siento cómodo cuando estoy con un grupo de personas que no conozco
15. Normalmente me siento relajado cuando conozco a alguien por primera vez
16. Cuando me presentan a alguien me pongo nervioso y tenso
17. Puedo entrar en una sala aunque esté llena de personas desconocidas
18. Normalmente suelo evitar juntarme con un grupo grande de personas
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago con gusto
20. Cuando estoy con un grupo de gente suelo estar muy nervioso
21. Procuero evitar a las personas
22. No me importa hablar con gente en reuniones sociales
23. Raras veces me encuentro a gusto cuando estoy con un grupo de gente

24. Generalmente suelo inventar excusas para evitar los compromisos sociales
25. Algunas veces acepto de presentar a las personas
26. Procuro evitar situaciones sociales formales
27. Generalmente acudo siempre a cualquier compromiso social que tenga
28. Creo que es fácil estar relajado en presencia de otras personas

**ANEXO E****Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*) (Watson y Friend, 1969)**

Por favor, conteste si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones.

Para ello utilice el siguiente código: Verdadero = V Falso = F

1. Casi nunca me preocupa parecer tonto ante los demás.
2. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no me creará ningún problema.
3. Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está analizando/ evaluando.
4. No me preocupa saber si la gente está formándose una impresión desfavorable de mí.
5. Me siento muy afectado cuando cometo algún error en una situación social.
6. Las opiniones que la gente que considero importante tiene de mi me causan poca ansiedad.
7. Temo a menudo que pueda parecer ridículo o hacer alguna tontería.
8. Apenas sé cómo reaccionar cuando otras personas me censuran.
9. Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos.
10. La desaprobación de los demás podría tener poco efecto sobre mí.
11. Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo peor.
12. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en alguna persona.
13. Tengo miedo de que otros no aprueben mi conducta.
14. Me da miedo que la gente me critique.
15. Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan.
16. No me siento necesariamente afectado si no le caigo bien a alguien.
17. Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que pueda estar pensando acerca de mí.
18. Creo que se pueden cometer errores sociales algunas veces. Entonces, ¿por qué preocuparme?
19. Generalmente me preocupa la impresión que pueda causar.
20. Me preocupa bastante lo que mis jefes piensen de mí.
- 21 Si sé que alguien me está juzgando, esto tiene poco efecto sobre mí.
22. Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena.
23. Me preocupa poco lo que los demás puedan pensar de mí.

24. A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensen de mí.
25. A menudo me preocupa que pueda decir o cometer equivocaciones.
26. A menudo soy indiferente acerca de las opiniones que los demás tienen de mí.
27. Generalmente confío en que los demás tendrán una impresión favorable de mí.
28. A menudo me preocupa que la gente que me es importante no piense muy favorablemente de mí.
29. Me obsesiono por las opiniones que mis amigos tienen de mí.
30. Me pongo tenso y nervioso si sé que estoy siendo juzgado por mis jefes.

**ANEXO F****Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes  
(MMPI-A) (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent)  
(Butcher *et al.*, 1992)**

## INSTRUCCIONES

Este Cuestionario contiene una serie de frases. Lee cada una de ellas y decide si, aplicada a ti mismo, es verdadera o falsa. Anota tus contestaciones en la Hoja de respuestas que se te ha proporcionado.

Si una frase aplicada a ti mismo, es verdadera o casi siempre verdadera, debes rellenar con lápiz el espacio comprendido bajo la letra V. Del mismo modo, si la frase, aplicada a ti mismo es falsa o casi siempre falsa, debes rellenar el espacio situado debajo de la letra F. Mira cómo se ha hecho en el siguiente ejemplo:

FRASES	En Hoja de respuestas	
1 Me gusta la música	V	F
2 Me levanto muy temprano	V	F

Si el contenido de una frase no tiene aplicación en tu caso, o bien es algo de lo que no podrías decir si es verdadero o falso, no hagas ninguna marca y deja los espacios en blanco.

Recuerda que debes dar tu propia opinión acerca de ti. Trata de ser SINCERO CONTIGO MISMO y usa tu propio criterio. Si puedes hacerlo, intenta no dejar las respuestas en blanco.

Al marcar tu contestación en la Hoja de respuestas asegúrate de que el número de la frase que tú contestas corresponde con el número colocado al lado del espacio que tú marcas. Rellena bien este espacio. Si deseas cambiar alguna respuesta, borra por completo la señal hecha y marca el otro espacio.

NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.  
AHORA, ABRE EL CUADERNILLO Y COMIENZA LA TAREA.

- 1- Me gustan las revistas de mecánica.
- 2- Tengo buen apetito.
- 3- Casi siempre me levanto por las mañanas descansado y como nuevo.
- 4- Rara vez me preocupo por mi salud.
- 5- El ruido me despierta fácilmente.
- 6- Mi padre es un buen hombre o (si ya ha fallecido) mi padre fue un buen hombre.
- 7- Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
- 8- Normalmente tengo bastante calientes las manos y los pies.
- 9- En mi vida diaria hay muchas cosas que me resultan interesantes.
- 10- Actualmente tengo tanta capacidad de trabajo como antes.
- 11- La mayor parte del tiempo me parece tener un nudo en la garganta.
- 12- Mis profesores la tienen tomada conmigo.
- 13- Me divierten las historias de detectives o de misterio.
- 14- Trabajo bajo una tensión (presión) muy grande.
- 15- De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas como para hablar de ellas.
- 16- Estoy seguro de que la vida es dura para mí.
- 17- Sufro ataques de náuseas y vómitos.
- 18- Muy rara vez sufro de estreñimiento.
- 19- A veces he deseado muchísimo marcharme de casa.
- 20- Nadie parece comprenderme.
- 21- A veces tengo ataques de risa y llanto que no puedo controlar.
- 22- A veces estoy poseído por espíritus diabólicos.
- 23- Cuando me encuentro en dificultades o con problemas creo que lo mejor es callarme.
- 24- Cuando alguien me hace una faena, siento deseos de devolvérsela si me fuera posible; y esto, por cuestión de principios.
- 25- Me molesta el estómago varias veces a la semana.
- 26- A veces siento ganas de maldecir.
- 27- Me acobardo ante las dificultades o las crisis.
- 28- Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.
- 29- He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
- 30- A veces uso laxantes para no engordar.
- 31- Nunca he tenido dificultades a causa de mi comportamiento sexual.
- 32- A veces he robado algunas cosas.
- 33- Tenso miedo a ir al coléalo.

- 34- A veces siento deseos de destrozar las cosas.
- 35- He tenido períodos de días, semanas o meses, en los que no podía ocuparme de las cosas, porque no tenía ánimos para nada.
- 36- Mi sueño es irregular e intranquilo.
- 37- La mayor parte del tiempo parece dolerme la cabeza por todas partes.
- 38- No siempre digo la verdad.
- 39- Si los demás no la hubieran tomado conmigo, tendría más éxito.
- 40- Mis razonamientos son ahora mejores que nunca.
- 41- Una vez a la semana, o más a menudo, siento calor por todo el cuerpo sin causa aparente.
- 42- Tengo tan buena salud física como la mayor parte de mis amigos.
- 43- Prefiero hacerme el desentendido con conocidos que no veo desde hace tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
- 44- Casi nunca he tenido dolores en el pecho o en el corazón.
- 45- Muchas veces preferiría sentarme y soñar despierto antes que hacer cualquier cosa.
- 46- Soy una persona muy sociable.
- 47- Frecuentemente he recibido órdenes de personas que no sabían tanto como yo.
- 48- No leo diariamente todos los editoriales del periódico.
- 49- No he llevado un tipo de vida adecuado y normal.
- 50- A menudo me parece sentir ardores, punzadas, o que se me quedan dormidas algunas partes del cuerpo.
- 51- A mi familia no le gusta la profesión o el tipo de trabajo que tengo elegido para mi futuro.
- 52- A veces insisto tanto en una cosa que los demás pierden la paciencia conmigo.
- 53- Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los demás.
- 54- Muy raras veces siento dolor en la nuca.
- 55- Pienso que una gran mayoría de la gente exagera sus desgracias para lograr la simpatía y ayuda de los demás.
- 56- Tengo molestias en la boca del estómago casi a diario.
- 57- A mis padres no les gustan mis amigos.
- 58- Soy una persona importante.
- 59- A menudo he deseado ser chica o (si eres chica) nunca me ha molestado ser chica.
- 60- Mis sentimientos no son heridos fácilmente.
- 61- Me gusta leer novelas de amor.
- 62- La mayor parte del tiempo me siento triste.
- 63- Sería mejor que se anulasen casi todas las leyes.

- 64- Me gusta la poesía.
- 65- A veces hago rabiar (jugando) a los animales.
- 66- Creo que me gustaría trabajar de guarda forestal.
- 67- En una discusión o debate me dejo vencer fácilmente.
- 68- Actualmente me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
- 69- Pienso que el colegio es una pérdida de tiempo.
- 70- Definitivamente no tengo confianza en mí mismo.
- 71- Normalmente siento que la vida vale la pena vivirla.
- 72- Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.
- 73- De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
- 74- Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
- 75- No me importa que se diviertan a mi costa.
- 76- Me gustaría ser enfermero.
- 77- Creo que la mayor parte de la gente mentiría con tal de conseguir lo que busca.
- 78- Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento. (Me arrepiento de más cosas o más frecuentemente que los demás).
- 79- Tengo muy pocos disgustos con los miembros de mi familia.
- 80- Me han echado del colegio una o más veces por mi mal comportamiento.
- 81- A veces siento grandes deseos de hacer algo dañino o escandaloso.
- 82- Me gusta asistir a reuniones o fiestas animadas y alegres.
- 83- Me he enfrentado a problemas con tantas posibilidades de solución que me ha sido imposible tomar una decisión.
- 84- Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
- 85- Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo.
- 86- Quiero a mi padre o (si ya ha fallecido) quise a mi padre.
- 87- Rara vez o nunca tengo espasmos o calambres musculares.
- 88- Parece que no me importa mucho lo que pueda sucederme.
- 89- A veces, cuando no me encuentro bien, estoy de mal humor.
- 90- Muchas veces siento haber hecho algo malo o incorrecto.
- 91- Casi siempre soy feliz.
- 92- Veo a mí alrededor cosas, animales o personas que otros no ven.
- 93- La mayor parte del tiempo mi cabeza o mi nariz parecen estar congestionadas.
- 94- Hay algunas personas tan mandonas que me gustaría hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.

- 95- Alguien me la tiene jurada.
- 96- Nunca he hecho algo peligroso sólo por la emoción de hacerlo.
- 97- A menudo siento como si tuviera una venda puesta fuertemente alrededor de mi cabeza.
- 98- Algunas veces me enfado.
- 99- Me divierte más el juego o una partida cuando apuesto.
- 100- La mayoría de la gente es honrada por temor a ser descubierta.
- 101- En el colegio a veces he sido enviado al director por mi mal comportamiento.
- 102- Mi forma de hablar es como siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni balbuceante, ni ronca).
- 103- Mis modales en la mesa no son tan correctos en mi casa como cuando salgo a comer fuera.
- 104- Cualquier persona que sea capaz y esté dispuesta a trabajar duramente, tiene muchas probabilidades de obtener éxito.
- 105- Me parece que soy tan listo como la mayor parte de los que me rodean.
- 106- Tengo muchos problemas con el estómago.
- 107- La mayoría de la gente utilizaría medios algo injustos para conseguir lo que quiere.
- 108- A veces me provocho el vómito después de comer, para no engordar.
- 109- Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
- 110- La visión de la sangre no me asusta ni me mareo.
- 111- A menudo no puedo comprender por qué he estado tan enfadado y malhumorado.
- 112- No me preocupa contraer enfermedades.
- 113- Nunca he vomitado o escupido sangre.
- 114- Me gusta coger flores o cultivar plantas en casa.
- 115- Frecuentemente encuentro que es necesario defender lo que es justo.
- 116- A veces mis pensamientos han ido más rápidamente y por delante que mis palabras.
- 117- Si pudiera entrar en un espectáculo sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
- 118- A menudo me pregunto qué razón oculta puede tener otra persona cuando me hace un favor.
- 119- Creo que mi vida en casa es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conozco.
- 120- Creo en la obligación de hacer cumplir la ley.
- 121- Las críticas o reprimendas me hieren profundamente.
- 122- Me gusta cocinar.
- 123- La mayor parte de mi conducta está controlada por el comportamiento de los que me rodean.
- 124- Ciertamente, a veces siento que soy un inútil.

- 125- Pertenezco a un grupo de amigos que intentamos mantenernos unidos ante cualquier adversidad.
- 126- Creo que existe otra vida después de ésta.
- 127- Me gustaría ser militar.
- 128- A veces siento deseos de liarme a puñetazos con alguien.
- 129- A menudo pierdo o desaprovecho oportunidades por no decidirme a tiempo.
- 130- Me molesta que la gente me pida consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante.
- 131- Suelo llevar un diario personal.
- 132- Creo que se está tramando algo contra mí.
- 133- En el juego prefiero ganar a perder.
- 134- Casi todas las noches me duermo sin ideas o pensamientos preocupantes.
- 135- En los últimos años he gozado casi siempre de buena salud.
- 136- Creo que me están persiguiendo.
- 137- Creo que frecuentemente he sido castigado sin razón.
- 138- Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
- 139- Lloro con facilidad.
- 140- No estoy engordando ni adelgazando.
- 141- No comprendo lo que leo con la misma facilidad que antes.
- 142- Nunca en mi vida me he sentido mejor que ahora.
- 143- A veces me duele la parte superior de la cabeza.
- 144- Tengo problemas con el alcohol o con las drogas.
- 145- Me molesta que alguien se haya burlado tan hábilmente de mí que yo haya tenido que reconocer que me engañó.
- 146- No me canso fácilmente.
- 147- Me gusta conocer a gente importante porque esto me hace sentir importante.
- 148- Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
- 149- No me preocuparía si algún familiar mío tuviera problemas con la ley.
- 150- No me preocupa lo que los demás piensen de mí.
- 151- Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una fiesta, incluso aunque los demás estén haciendo lo mismo.
- 152- Nunca me he desmayado.
- 153- Me gusta el colegio o el instituto.
- 154- Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.

- 155- Alguien ha estado intentando envenenarme.
- 156- Las serpientes no me dan mucho miedo.
- 157- Nunca, o rara vez, tengo mareos.
- 158- Mi memoria parece estar en buenas condiciones.
- 159- Estoy preocupado por el sexo.
- 160- Me es difícil entablar una conversación cuando conozco a gente nueva.
- 161- He tenido épocas durante las cuales he realizado actividades que luego no recordaba haberlas hecho.
- 162- Cuando estoy aburrido me gusta provocar algo excitante o divertido.
- 163- Tengo miedo de volverme loco.
- 164- Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
- 165- Frecuentemente noto que tiemblan mis manos cuando intento hacer algo.
- 166- Puedo leer mucho tiempo sin que se me cansen los ojos.
- 167- Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
- 168- Me duele la cabeza muy pocas veces.
- 169- Mis manos no se han vuelto torpes ni han perdido habilidad.
- 170- Me gusta leer y estudiar acerca de cosas en las que estoy trabajando.
- 171- A veces, cuando me encuentro en una situación incómoda, empiezo a sudar de tal modo que me llega a molestar muchísimo.
- 172- No he tenido dificultades para mantener el equilibrio al caminar.
- 173- Algo no marcha bien en mi cabeza.
- 174- No tengo crisis de alergia o asma.
- 175- He tenido ataques en los que perdía el control de mis movimientos o de la palabra, pero sabía lo que estaba pasando a mí alrededor.
- 176- No me agradan todas las personas que conozco.
- 177- A veces pienso en suicidarme.
- 178- Me gustaría no ser tan tímido.
- 179- Disfruto con muy diferentes tipos de juegos y diversiones.
- 180- Me gusta coquetear.
- 181- Mi familia me trata como si fuera un niño.
- 182- Mi madre es una buena mujer o (si ya ha fallecido) mi madre fue una buena mujer.
- 183- Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las rayas o grietas.
- 184- En comparación con otros hogares, en mi familia hay muy poco cariño y compañerismo.
- 185- Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.

- 186- Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
- 187- Tengo un problema físico que me impide disfrutar de actividades después del colegio.
- 188- Me gusta la ciencia.
- 189- No me cuesta pedir ayuda a mis amigos, incluso aunque no pueda devolverles el favor.
- 190- Me gusta muchísimo cazar.
- 191- A menudo mis padres se oponen a la clase de gente con la que salgo.
- 192- A veces chismorreó un poco.
- 193- Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de la gente.
- 194- Alguno de mis familiares tienen costumbres que me molestan y me irritan muchísimo.
- 195- A veces me siento capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
- 196- Rara vez noto los latidos de mi corazón y pocas veces se me corta la respiración.
- 197- Me gusta hablar sobre temas sexuales.
- 198- Me gusta visitar lugares en los que nunca había estado antes.
- 199- Me han sugerido un programa de vida basado en el deber y desde entonces lo he seguido cuidadosamente.
- 200- A veces he estorbado a alguien que trataba de hacer algo, no porque eso importara mucho, sino por cuestión de principios.
- 201- Me enfado fácilmente, pero se me pasa pronto.
- 202- He vivido bastante libre e independiente de las normas familiares.
- 203- Estoy muy preocupado.
- 204- Casi todos mis familiares simpatizan conmigo.
- 205- Tengo períodos de tanta inquietud que no puedo estar sentado mucho tiempo en la silla.
- 206- He sufrido desengaños amorosos.
- 207- Nunca me preocupo por mi apariencia física.
- 208- Frecuentemente sueño sobre cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
- 209- Creo que no soy más nervioso que la mayoría de la gente.
- 210- Tengo pocos o ningún dolor.
- 211- Mi forma de hacer las cosas tiende a ser mal interpretada por los demás.
- 212- Algunas veces, sin razón alguna, o incluso cuando las cosas me van mal, me siento animadamente feliz, como flotando entre nubes.
- 213- No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
- 214- He tenido momentos de turbación tal que interrumpí mis actividades, y no sabía qué estaba ocurriendo a mí alrededor.
- 215- Mis padres, realmente, no me quieren.

- 216- Puedo mostrarme amable con gente que hace cosas que considero incorrectas.
- 217- Me gusta estar en un grupo en el que se gastan bromas unos a otros.
- 218- Me cuesta comenzar a hacer cualquier cosa.
- 219- Creo que ya estoy condenado.
- 220- En el colegio me cuesta aprender.
- 221- No me molesta no tener mejor apariencia física.
- 222- Sudor muy fácilmente, incluso en días fríos.
- 223- Estoy totalmente seguro de mí mismo.
- 224- A veces no he podido evitar robar o llevarme algo de una tienda.
- 225- Es más seguro no confiar en nadie.
- 226- Me pongo muy excitado una vez por semana o con más frecuencia.
- 227- Cuando estoy con un grupo de gente, tengo dificultades para pensar temas adecuados de conversación.
- 228- Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de este estado.
- 229- Cuando salgo de casa no me preocupo de si la puerta y las ventanas quedan bien cerradas.
- 230- Creo que mis pecados son imperdonables.
- 231- Se me adormecen una o mas partes de mi piel.
- 232- No culpo a aquella persona que aprovecha de otra que se expone a ello.
- 233- Mi vista es ahora tan buena como lo ha sido siempre
- 234- A veces me ha divertido tanto el ingenio de un pícaro que he tenido la esperanza de que tuviera éxito.
- 235- A menudo he tenido la sensación de que los extraños me estaban mirando con ojos críticos.
- 236- Todas las cosas me saben igual.
- 237- Todos los días bebo una cantidad excesivamente grande de agua.
- 238- La mayor parte de la gente hace amigos porque es probable que les sean útiles.
- 239- Casi nunca noto que me zumben o me silben los oídos.
- 240- De vez en cuando siento odio hacia familiares que normalmente quiero.
- 241- Si fuese periodista me gustaría mucho hacer reportajes sobre deportes.
- 242- A nadie le preocupa mucho lo que a ti te suceda.
- 243- De vez en cuando me río con un chiste verde.
- 244- Comparándome con mis amigos, tengo muy pocos miedos.
- 245- No me sentiría molesto si en un grupo de gente me pidieran que iniciara una discusión o diera mi opinión sobre algo que conozco bien.

- 246- Siento siempre aversión por la ley cuando un criminal sale libre gracias a la habilidad de un abogado astuto.
- 247- He abusado del alcohol.
- 248- Por lo general no le hablo a las personas hasta que ellas me hablan.
- 249- Nunca he tenido problemas con la ley.
- 250- Á veces mi alma abandona mi cuerpo.
- 251- Me gustaría no ser perturbado por pensamientos sexuales.
- 252- Si varias personas se encuentran inculpadas, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo en lo que van a decir y no cambiarlo después.
- 253- Creo que mi sensibilidad es más intensa que la de la mayoría de la gente.
- 254- En ningún momento de mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
- 255- Para mí la vida es tensión (estrés) la mayor parte del tiempo.
- 256- Soy tan susceptible respecto de algunos temas que ni siquiera puedo hablar de ellos.
- 257- En el colegio o instituto me cuesta mucho hablar delante de los demás.
- 258- Quiero a mi madre o (si ya ha fallecido) quise a mi madre.
- 259- Incluso cuando estoy con gente, me siento solo la mayor parte del tiempo.
- 260- Tengo todas las simpatías que debiera recibir.
- 261- Me niego a participar en algunos juegos porque no soy hábil en ellos.
- 262- Me parece que hago amigos tan rápidamente como los demás.
- 263- Quien provoca la tentación dejando una cosa valiosa sin protegerla es tan culpable del robo como el mismo ladrón.
- 264- Me desagrada tener gente a mí alrededor.
- 265- Pienso que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
- 266- Soy más sensible que la mayoría de la gente.
- 267- Íntimamente, a la mayoría de la gente le molesta ayudar a los demás.
- 268- Muchos de mis sueños se relacionan con temas sexuales.
- 269- Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
- 270- Me siento avergonzado con facilidad.
- 271- Me preocupa el dinero.
- 272- Nunca he estado enamorado de nadie.
- 273- Me da miedo utilizar cuchillos u objetos muy afilados o puntiagudos.
- 274- Casi nunca sueño. |
- 275- Nunca he tenido parálisis ni sufrido una debilidad desacostumbrada en alguno de mis músculos.

- 276- Algunas veces pierdo o se me cambia la voz, incluso sin estar resfriado.
- 277- Mi padre o mi madre me obligan frecuentemente a obedecer, incluso cuando pienso que no tienen razón.
- 278- A veces percibo olores muy raros.
- 279- No puedo concentrarme en una sola cosa.
- 280- Tiendo a dejar de hacer algo que deseo cuando los demás piensan que no vale la pena realizarlo.
- 281- La mayor parte del tiempo me siento preocupado por algo o por alguien.
- 282- Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
- 283- Muchas veces desearía estar muerto.
- 284- Algunas veces me encuentro tan intranquilo que me cuesta conciliar el sueño.
- 285- Sin duda he tenido que preocuparme por más cosas de las que me correspondían.
- 286- Estoy seguro de que la gente habla de mí.
- 287- A veces oigo tan bien que me llega a molestar.
- 288- Olvido enseguida lo que la gente me dice.
- 289- A veces estoy lleno de energía.
- 290- A menudo cruzo la calle para evitar encontrarme con alguna persona.
- 291- A menudo siento como si las cosas no fueran reales.
- 292- Me gustan las fiestas y reuniones sociales.
- 293- Tengo la costumbre de contar objetos sin importancia, como las bombillas de un anuncio luminoso o cosas similares.
- 294- No tengo enemigos que deseen realmente hacerme daño.
- 295- Tiendo a ponerme en guardia con aquellos que se muestran más amables de lo que yo esperaba.
- 296- Tengo pensamientos extraños y raros.
- 297- Me pongo nervioso e inquieto cuando tengo que hacer un viaje corto.
- 298- Tengo épocas en las que me siento más animado que de costumbre sin que exista una razón especial.
- 299- Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
- 300- He tenido miedo de cosas o personas que sabía que no podían hacerme daño.
- 301- No me da miedo entrar solo en un salón donde hay gente reunida hablando.
- 302- Algunos de mis familiares han hecho algunas cosas que me han asustado.
- 303- A veces disfruto hiriendo a personas que amo.
- 304- Siempre que puedo evito encontrarme entre mucha gente.

- 305- Tengo más dificultad para concentrarme que la que parecen tener los demás.
- 306- En varias ocasiones he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
- 307- Se me ocurren palabras feas, a veces horribles, y no puedo deshacerme de ellas.
- 308- Algunas veces me ronda por la cabeza un pensamiento sin importancia y me molesta durante días.
- 309- Casi todos los días ocurre algo que me asusta.
- 310- Normalmente tengo que detenerme a pensar antes de actuar, incluso en asuntos sin importancia.
- 311- Tiendo a tomarme las cosas demasiado en serio.
- 312- Cuando estoy en un tren o autobús suelo hablar con personas que no conozco.
- 313- La gente debería intentar comprender sus sueños y guiarse por ellos o tomarlos como un aviso.
- 314- La gente dice de mis cosas ofensivas y vulgares.
- 315- Alguien controla mi mente.
- 316- En las fiestas o reuniones, antes que mezclarme entre la gente, prefiero sentarme solo o con otra persona.
- 317- La gente me decepciona con mucha frecuencia.
- 318- A veces he sentido que las dificultades me abrumaban tanto que no podía superarlas.
- 319- Me gusta ir a bailar.
- 320- En ocasiones mi mente parece funcionar más lentamente que de costumbre.
- 321- A veces he disfrutado al ser herido por una persona querida.
- 322- Me gustan los niños.
- 323- Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.
- 324- Si me dieran la oportunidad podría hacer algunas cosas que beneficiarían mucho a la humanidad.
- 325- A menudo me he encontrado con personas con fama de expertas, pero que no eran mejores que yo.
- 326- Me siento un fracasado cuando me hablan del éxito de alguien a quien conozco bien.
- 327- Con frecuencia pienso: "Me gustaría seguir siendo un niño".
- 328- Nunca soy tan feliz como cuando estoy solo.
- 329- Si me dieran la oportunidad podría ser un buen líder.
- 330- Normalmente la gente pide más respeto para sus propios derechos del que está dispuesta a conceder a los demás.
- 331- Me gustan las reuniones sociales por el simple hecho de estar con gente.

- 332- Una o más veces en mi vida he sentido que alguien, hipnotizándome, me obligaba a hacer algo.
- 333- Me cuesta bastante interrumpir, aunque sea por poco tiempo, una tarea que ya he iniciado.
- 334- A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas, simplemente porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
- 335- Disfruto con la animación de la multitud.
- 336- No me importa reunirme con gente desconocida.
- 337 Alguien ha estado intentando influir en mi mente.
- 338- Recuerdo haber fingido estar enfermo para evitar algo.
- 339- Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos.
- 340- Cuando las cosas van mal tiendo fácilmente a darme por vencido.
- 341- Me gusta que la gente conozca mi punto de vista sobre las cosas.
- 342- Sólo cuando bebo puedo expresar mis verdaderos sentimientos.
- 343- He tenido épocas en las que me sentía tan animado que me parecía que no necesitaría dormir durante días.
- 344- Estoy deseando que llegue el día en que me vaya de casa para siempre.
- 345- Mis amigos suelen estar frecuentemente en apuros.
- 346- No le temo al agua.
- 347- No estoy satisfecho con mi manera de ser.
- 348- Me gustaría vestir ropa cara.
- 349- Me da miedo estar solo en lugares amplios y abiertos.
- 350- Me siento intranquilo en lugares cerrados.
- 351- La única parte interesante de los periódicos son las tiras cómicas.
- 352- Tengo razones para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.
- 353- A menudo tengo pesadillas por las noches.54- Fácilmente puedo atemorizar a la gente, y a veces lo hago por diversión.
- 355- No me enfado fácilmente.
- 356- Nunca he comentado a nadie las cosas malas que he hecho.
- 357- Me pongo nervioso cuando la gente me hace preguntas personales.
- 358- Siento que no puedo planificar mi propio futuro.
- 359- Me enfado cuando mis amigos o familiares me aconsejan sobre cómo vivir mi vida.
- 360- Muy rara vez tengo periodos de tristeza.
- 361- Es correcto bordear los límites de la ley con tal de no violarla claramente.
- 362- No me gusta oír a la gente dar opiniones sobre la vida.

- 363- A menudo discrepo profundamente con personas muy próximas a mí.
- 364- A menudo me preocupo por cosas que suceden en el colegio o en el instituto.
- 365- Cuando las cosas se ponen realmente mal, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia.
- 366- Me han pegado mucho.
- 367- A menudo me dicen que tengo mal genio.
- 368- Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
- 369- Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
- 370- Frecuentemente en mis proyectos he encontrado tantas dificultades que he tenido que abandonarlos.
- 371- El futuro es demasiado incierto como para que una persona haga planes importantes.
- 372- Con frecuencia, incluso cuando todo me va bien, siento que nada me interesa.
- 373- A menudo la gente ha malinterpretado mis intenciones cuando trataba de corregirles o ayudarles.
- 374- No tengo dificultades al tragar.
- 375- Normalmente soy una persona tranquila y no me altero fácilmente.
- 376- Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fuesen tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que delatarles.
- 377- Me afectan tanto los desengaños que luego no puedo alejarlos de mi pensamiento.
- 378- A menudo me molesta tanto que alguien trate de *colarse* delante de mí en una fila, que no puedo dejar de llamarle la atención.
- 379- A veces pienso que no valgo para nada.
- 380- A menudo hago novillos en el colegio o instituto (no voy a clase cuando tengo que ir).
- 381- Uno o varios de mis familiares son muy nerviosos.
- 382- A veces he tenido que ser descortés con personas groseras o inoportunas.
- 383- Me preocupo mucho por posibles desgracias.
- 384- Me siento incómodo cuando la gente me halaga.
- 385- Tiendo a dejar algo que deseo hacer porque otros piensan que no lo estoy haciendo correctamente.
- 386- Me gusta todo lo emocionante.
- 387- Nunca he tenido visiones.
- 388- A menudo suelo lamentarme de tener mal genio o ser tan gruñón.
- 389- En el colegio mis calificaciones en conducta son generalmente malas.
- 390- Me fascina el fuego.

- 391- Cuando me encuentro en una situación difícil sólo digo aquella parte de la verdad que probablemente no me va a perjudicar.
- 392- Merezco un severo castigo por mis pecados.
- 393- Rápidamente me convengo por completo de una buena idea.
- 394- Debo admitir que a veces he estado demasiado preocupado por cosas sin importancia.
- 395- A menudo he trabajado para personas que se atribuyen el mérito de un buen trabajo y que echan la culpa de los errores a sus subordinados.
- 396- Algunos de mis familiares tienen mal genio.
- 397- Prefiero trabajos que requieran mucha atención a trabajos en los que pueda estar poco atento.
- 398- Mis familiares y parientes cercanos se llevan bastante bien.
- 399- No tengo ninguna esperanza en mi futuro.
- 400- La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente, incluso cuando ya he tomado una decisión.
- 401- Me pone de mal humor que la gente me meta prisas.
- 402- Varias veces por semana siento como si fuera a suceder algo espantoso.
- 403- Me gusta leer sobre temas científicos.
- 404- A veces siento que estoy al borde de una crisis nerviosa.
- 405- Odio a toda mi familia.
- 406- Mucha gente es culpable de mala conducta sexual.
- 407- La persona a la que he estado más unido, y a la que más he admirado, es una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
- 408- Algunas personas piensan que es difícil llegar a conocerme.
- 409- Me gusta leer los editoriales del periódico.
- 410- Paso solo la mayor parte de mi tiempo libre.
- 411- Me gustan las lecturas sobre temas serios.
- 412- He tenido épocas en las que perdía el sueño debido a una excesiva preocupación.
- 413- Sería feliz viviendo completamente solo en una cabaña en los bosques o en las montañas.
- 414- Tengo tan arraigados uno, o más, malos hábitos que es inútil combatirlos.
- 415- No puedo hacer ninguna cosa bien.
- 416- Soy muy cabezón (tozudo, terco o insistente).
- 417- Los fantasmas, o los espíritus, pueden influir en la gente para bien o para mal.
- 418- No soy responsable de las malas cosas que me suceden.
- 419- Los principales objetivos de mi vida están a mi alcance.

- 420- La enfermedad mental es un signo de debilidad.
- 421- Me siento incapaz de tomar una decisión importante.
- 422- Sólo con que mi salud fuese mejor mis problemas acabarían.
- 423- Creo que la gente debería guardarse sus problemas.
- 424- En estos días no estoy sintiendo mucha presión o estrés.
- 425- Pienso que mis profesores en el colegio son estúpidos.
- 426- Aunque no soy feliz en mi vida ya no puedo hacer nada para cambiarla.
- 427- Odio admitir que me siento enfermo.
- 428- Hay gente que está intentando apoderarse de mis pensamientos e ideas.
- 429- Tengo algunos hábitos que me hacen daño realmente.
- 430- Cuando hay que resolver los problemas habitualmente dejo que otros se hagan cargo de ellos.
- 431- A menudo es más provechoso hablar los problemas y las preocupaciones con alguien que tomar drogas o medicamentos.
- 432- Reconozco que tengo algunos defectos que no seré capaz de cambiar.
- 433- Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.434- Odio ir al médico, incluso cuando estoy enfermo.
- 435- Preferiría dar un paseo con los amigos antes que ir al colegio o asistir a un acontecimiento deportivo.
- 436- Quiero seguir estudios superiores.
- 437- Cuando tengo algún problema me ayuda el hablarlo con alguien.
- 438- Mis padres no me comprenden demasiado bien.
- 439- A menudo oigo voces sin saber de dónde vienen.
- 440- He pasado noches fuera de casa sin que mis padres supieran dónde estaba.
- 441- La gente no me encuentra atractivo.
- 442- La gente debería guiarse siempre por sus propias ideas, aunque ello significase saltarse las normas.
- 443- En mi vida he faltado mucho al colegio debido a las enfermedades.
- 444- Me molesta mucho pensar en hacer cambios en mi vida.
- 445- Suelo meterme en problemas por romper o destrozarse cosas.
- 446- La gente no es muy amable conmigo.
- 447- Normalmente espero tener éxito en las cosas que hago.
- 448- La mayoría de la gente piensa que puede contar conmigo.
- 449- Me cuesta mucho romper con los malos hábitos.

- 450- Me llevo bien con la mayoría de la gente.
- 451- En mi familia no tenemos problemas para hablar unos con otros.
- 452- Lo único bueno del colegio o instituto son mis amigos.
- 453- Los demás dicen que utilizo las rabietas para salirme con la mía.
- 454- Otros familiares parecen obtener más atención de la que yo recibo.
- 455- Frecuentemente me dicen que no muestro ningún respeto por los demás.
- 456- Me gusta escandalizar a la gente diciendo palabrotas.
- 457- Hago las tareas de la casa que me corresponden.
- 458- A veces, cuando bebo, me meto en peleas.
- 459- Mis notas en el colegio o instituto son como las de la media o mejores.
- 460- Nunca me he escapado de casa.
- 461- A menudo tengo que gritar para que me entiendan.
- 462- A menudo tengo que mentir para salir del paso.
- 463- No tengo amigos íntimos.
- 464- Los demás dicen de mí que soy un vago.
- 465- No me gusta tener que discutir o pelearme con la gente.
- 466- En el colegio, frecuentemente estoy aburrido o con sueño.
- 467- Disfruto fumando porros o drogas.
- 468- Suelo confundirme y olvidarme de lo que quería decir.
- 469- A veces hago lo contrario de lo que los demás quieren, sólo para que "se enteren".
- 470- Tengo tos la mayor parte del tiempo.
- 471- Evito a los demás para que no me tomen el pelo o me molesten.
- 472- Tengo muchos secretos que guardo para mí mismo.
- 473- Me parece que no me divierto tanto como otras personas de mi edad.
- 474- A menudo la gente dice de mí que tengo el problema de que bebo demasiado.
- 475- Normalmente estoy muy callado cuando me encuentro entre la gente.
- 476- Tengo un amigo íntimo con quien puedo compartir mis secretos.
- 477- Mis amigos suelen convencerme para hacer cosas que sé que son incorrectas.
- 478- He hecho algunas cosas malas que no quería hacer sólo porque mis amigos pensaban que debía hacerlas.